



Universidad de Murcia

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

“Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado”

Tesis Doctoral presentada para optar al grado de Doctor por:

José Antonio Piqueras Rodríguez

Director:

Dr. D. José Olivares Rodríguez

Murcia, Abril de 2005

A la memoria del Profesor Samuel M. Turner

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis doctoral, José Olivares Rodríguez, por su continua retroalimentación, sus muestras de confianza, las palabras de aliento y su alto nivel de profesionalidad y de humanidad.

Por su relevancia para este nuevo equipo de investigación y para mi persona, le agradezco a Luis Joaquín García-López tanto el haber sido "co-alma mater" de esta línea de trabajo, como su capacidad para transmitir su gran entusiasmo investigador.

A Samuel M. Turner y Deborah C. Beidel, por ser durante todo este tiempo claras referencias para nuestra investigación, por la oportunidad dada para poder trabajar con ellos y por su calidad humana indiscutible. Especialmente a Samuel, que descanse en paz.

A los profesores Francisco Xavier Méndez, María Dolores Hidalgo y Ana Isabel Rosa, por sus orientaciones, su gran apoyo y por ser también mis maestros académicos.

A Jani Ruiz, por ser el principal resorte en la Universidad durante los años compartidos en esta facultad, así como por tener el privilegio de acceder a un modelo tan excepcional de ser humano.

Para Víctor Ramos y Raúl Rivero las gracias por ser los mejores modelos como terapeutas, filósofos de la vida y amigos: “¡Chapeau!, de mayor quiero ser como vosotros”.

A Raquel Sánchez, la “gran desconocida” hasta que dejó de serlo. A mi gran amiga y colega, por lo compartido en estas lindes y lo que queda, gracias.

A mis amigos y colegas, Mireia Orgilés y José Pedro Espada, por vuestra ayuda en todos los sentidos y por vuestra amistad, tanto en el “lejano oeste” como en casa. Si algo aprendí al final de todas las experiencias compartidas es gracias a vosotros.

A mis maestros y amigos de New Jersey, Luis Montesinos y Juan Preciado, primero, por permitir y hacer deseable la estancia y, segundo, por su alto nivel de humanidad.

A mis también amigos y colegas Virginio García, Maravillas Boix y Antonio Palomares, José Luis Hernández y Antonio Vallés, así como al resto de miembros del equipo, por lo compartido: intereses, preocupaciones e incertidumbres.

A Blas José Belchí, por tantas y tantas cosas: sublime administrativo y mejor persona.

A mis compañeros de fatigas universitarias y amigos del alma: Agustín, Jero, Juan Carlos, Jesús y Damián.

A mis amigas las fóbicas sociales: Ana, Begoña, Beatriz y Sonia.

A Javier Abellán y Juan Fernández, por ser mis maestros de la mente.

A Paco Pérez-Crespo, por ser una excelente persona y mejor profesional de la Salud Mental.

A todas mis compañeras de ASPAJUNIDE, por enseñarme mucho y compartir horas.

A Juan Valero, gracias por confiar en mí.

A Plácido Cañadas, Antonio Guardiola y José Ortiz. Al primero por compartir una misma filosofía de vida y enriquecerme como persona, al segundo por su ayuda desinteresada con la tesis y sus orientaciones y al último, por interesarse por el proyecto y facilitarlo absolutamente todo.

A mis padres (José y Ana M^a), por soportar a su hijo y compartir sus ilusiones. Además de brindarme soporte material y personal ante el empeño dedicado a las tareas de investigación y por ser ejemplo de eterna paciencia ante la irritabilidad, impaciencia y ensimismamiento cotidiano de su hijo. También al resto de mi familia (tíos y primos) por su cariño y apoyo.

A mi “segunda” familia (Roque y Ana M^a) por todo, en la más amplia acepción de la palabra: soporte logístico y emocional.

A mis hermanos/as y cuñados/as, por brindarme apoyo incondicional, compartir mis ilusiones y ayudarme “intendente y logísticamente”.

Gracias a Carlos, a Miriam y al proyecto de bebé. Por vosotros merece la pena complicarse la vida.

A mi futura esposa, Rosa, por 11 años de experiencias fuente de aprendizajes, por ser mi principal y verdadera motivación y emoción, por el gran apoyo, la fe puesta en mi y también por su asistencia en la investigación. Tú eres mi gran tesis doctoral por escribir: Te quiero.

A todos los profesionales y centros educativos implicados en el desarrollo de esta investigación, así como a los alumnos colaboradores de 4º y 5º de Psicología, en especial a los entusiastas de la práctica terapéutica, por su aportación al equipo y a los adolescentes.

Un último reconocimiento está dirigido a los adolescentes con fobia social. Ellos son realmente el motor de nuestro trabajo. Nada merece más la pena que “ayudar a personas a aprender a sentirse mejor”.

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN	3
II. DELIMITACIÓN ACTUAL DEL CONSTRUCTO FOBIA SOCIAL	17
II.1. DESARROLLO HISTÓRICO	17
II.2. SUBTIPOS	27
II.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	43
II.3.1. Con trastornos del Eje I	43
II.3.1.1. <i>Agorafobia con o sin trastorno de pánico</i>	43
II.3.1.2. <i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	45
II.3.1.3. <i>Episodio depresivo mayor</i>	46
II.3.2. Con trastornos del Eje II	47
II.3.2.1. <i>Trastorno de personalidad por evitación</i>	47
II.3.2.2. <i>Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad</i>	54
II.3.2.3. <i>Trastorno esquizoide de la personalidad</i>	55
II.3.2.4. <i>Trastorno dismórfico corporal</i>	55
II.3.3. Diagnóstico diferencial en niños	56
II.3.3.1. <i>Mutismo selectivo</i>	56
II.3.3.2. <i>Trastorno de ansiedad por separación</i>	57
II.3.3.2. <i>Trastorno generalizado del desarrollo</i>	57
II.3.3.3. <i>Paruresis</i>	57
II.4. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS	59
II.4.1. Prevalencia de la Fobia Social	59
II.4.2. Variables demográficas	70
II.4.2.1. <i>Edad de inicio</i>	70
II.4.2.2. <i>Género</i>	73
II.4.2.3. <i>Estado civil, nivel socioeconómico y educativo</i>	75
II.4.2.4. <i>Otras variables sociodemográficas</i>	76
II.4.3. Comorbilidad	77
II.4.3.1. <i>Con otros trastornos de ansiedad</i>	78
II.4.3.2. <i>Con trastornos del estado del ánimo</i>	81
II.4.3.3. <i>Con abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas</i>	85
II.4.3.4. <i>Con trastornos de la conducta alimentaria</i>	90
II.4.4. Impacto de la Fobia Social	93
III. MODELOS Y TEORÍAS EXPLICATIVAS	101
III.1. MODELOS PSICOLÓGICOS	101
III.1.1. Modelos de condicionamiento clásico, aprendizaje observacional y transmisión de información	101
III.1.2. Modelos cognitivos	104

III.1.2.1. <i>Introducción</i>	104
III.1.2.2. <i>Sesgos cognitivos: La interpretación negativa de los acontecimientos y señales sociales</i>	114
III. 1.2.3. <i>Sesgos cognitivos: La memoria</i>	116
III. 1.2.4. <i>El modelo de Beck, Emery y Greenberg</i>	120
III. 1.2.5. <i>Modelo de Clark y Wells: Autofocalización y conductas de seguridad</i>	120
III. 1.2.6. <i>Modelo de Rapee y Heimberg</i>	132
III.1.3. <i>Modelo cognitivo-conductual de Olivares y Caballo (2003): Un modelo tentativo sobre el inicio, desarrollo y mantenimiento de la FS</i>	137
III.2. TEORÍAS NEUROBIOLÓGICAS	150
III.2.1. <i>Estudios de sistemas de neurotransmisión</i>	150
III.2.1.1. <i>Sistema noradrenérgico</i>	150
III.2.1.2. <i>Sistema dopaminérgico</i>	151
III.2.1.3. <i>Sistema serotoninérgico</i>	152
III.2.2. <i>Estudios del sistema neuroendocrino</i>	153
III.2.3. <i>Estudios de neuroimagen</i>	154
III.2.4. <i>Estudios del sistema inmunológico</i>	156
III.3. FACTORES HEREDITARIOS	158
III.3.1. <i>Estudios de gemelos</i>	159
III.3.2. <i>Antecedentes familiares</i>	160
IV. FACTORES DE VULNERABILIDAD	167
IV.1. <i>ACTITUD Y PATRONES DE CONDUCTA DE LOS PADRES</i>	167
IV.2. <i>INFLUENCIA DE LOS PARES DE IGUALES</i>	174
IV.3. <i>VARIABLES DE PERSONALIDAD</i>	178
IV.4. <i>INHIBICIÓN CONDUCTUAL</i>	180
IV. 5. <i>TIMIDEZ Y FOBIA SOCIAL</i>	183
IV.6. <i>HABILIDADES SOCIALES</i>	188
V. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LA FOBIA SOCIAL	195
V.1. <i>MEDIDAS INDIRECTAS: LOS AUTOINFORMES</i>	195
V.1.1. <i>Modalidades de entrevista: Evolución histórica</i>	195
V.1.1.1. <i>Entrevistas estructuradas</i>	196
V.1.1.2. <i>Entrevistas semiestructuradas</i>	197
V.1.1.3. <i>Entrevistas con formato de escala</i>	198
V.1.1.4. <i>Entrevistas alternativas al formato clínico convencional</i>	201
V.1.2. <i>Los Cuestionarios</i>	202

IV.1.2.1. <i>Cuestionarios específicos</i>	203
IV.1.2.2. <i>Cuestionarios que incluyen subescalas de Fobia Social</i>	219
V.1.3. Autorregistros.....	223
V.2. MEDIDAS DE OBSERVACIÓN.....	224
IV.2.1. Tests situacionales	224
V.3. REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS	227
VI. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS.....	233
VI.1. INTRODUCCIÓN.....	233
VI.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	234
VI.2.1. Tratamientos psicológicos en población adulta.....	234
VI.2.1.1. <i>Entrenamiento en habilidades sociales</i>	235
VI.2.1.2. <i>Entrenamiento en relajación</i>	237
VI.2.1.3. <i>Exposición</i>	238
VI.2.1.4. <i>Tratamientos cognitivo-conductuales</i>	240
VI.2.2. Tratamientos psicológicos en la infancia/adolescencia	247
VI.2.2.1. <i>Desde el marco de la Terapia de Conducta</i>	248
VI.2.2.2. <i>Desde otros contextos teóricos</i>	259
VI.2.2.3. <i>Programas de tratamiento para población adolescente</i>	260
VI.2.3. Factores asociados con los resultados de los tratamientos psicológicos	268
VI.3. TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS.....	276
VI.3.1. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs)	276
VI.3.1.1. <i>IMAOs irreversibles</i>	276
VI.3.1.2. <i>Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (IRMAs)</i> ..	278
VI.3.2. Betabloqueantes	280
VI.3.3. Benzodiazepinas	281
VI.3.4. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRIs)	283
VI.3.5. Otros.....	287
VI.3.5.1. <i>Antidepresivos tricíclicos</i>	287
VI.3.5.2. <i>Bupirona</i>	287
VI.3.5.3. <i>Clonidina</i>	288
VI.3.5.4. <i>Ondasetrona</i>	288
VI.3.5.5. <i>Anticonvulsivos</i>	289
VI. 3.5.6. <i>Péptidos</i>	289
VI. 3.5.7. <i>Antidepresivos</i>	290
VI. 3.5.8. <i>Selegilina (L-deprenyl)</i>	291
VI.3.6. Tratamientos psicofarmacológicos en la infancia/adolescencia.....	291
VI.4. COMPARACIÓN ENTRE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS	294

PARTE EXPERIMENTAL

I. INTRODUCCIÓN	303
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	311
II.1. OBJETIVOS.....	311
II.2. HIPÓTESIS	312
II.2.1. Hipótesis relativas a la significación estadística	312
II.2.1.1. <i>Comparaciones intra-grupo</i>	312
II.2.1.2. <i>Comparaciones inter-grupos</i>	314
II.2.2. Hipótesis relativas a la significación clínica	316
III. MÉTODO	321
III.1. SUJETOS	321
III.1.1. Reclutamiento.....	321
III.1.2. Descripción de la muestra	327
III.2. DISEÑO	328
III.3. PROCEDIMIENTO	329
III.3.1. Evaluación	329
III.3.1.1. <i>Instrumentos de evaluación</i>	329
III.3.1.2. <i>Evaluación de los efectos del tratamiento</i>	342
III.3.2. Descripción del programa de tratamiento IAFS	343
III.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	346
III.4.1. Equivalencia inicial de los grupos.....	346
III.4.2. Procedimientos estadísticos utilizados	349
IV. RESULTADOS	355
IV.1. RESULTADOS DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	355
IV.1.1. Comparaciones intragrupos	355
IV.1.1.1. <i>Respuestas de ansiedad social global</i>	356
IV.1.1.2. <i>Componente cognitivo</i>	361
IV.1.1.3. <i>Respuestas de evitación social</i>	362
IV.1.1.4. <i>Asertividad</i>	366
IV.1.1.5. <i>Autoestima</i>	367
IV.1.1.6. <i>Interferencia e inadaptación</i>	369
IV.1.1.7. <i>Déficit de habilidades sociales</i>	371
IV.1.1.8. <i>Número de situaciones sociales temidas</i>	373
IV.1.1.9. <i>Pruebas de observación (test situacionales)</i>	376

IV.1.2. Comparaciones intergrupos	385
IV.1.2.1. <i>Respuestas de ansiedad social global</i>	385
IV.1.2.2. <i>Componente cognitivo</i>	392
IV.1.2.3. <i>Respuestas de evitación social</i>	395
IV.1.2.4. <i>Asertividad</i>	398
IV.1.2.5. <i>Autoestima</i>	399
IV.1.2.6. <i>Interferencia e inadaptación</i>	401
IV.1.2.7. <i>Déficit de habilidades sociales</i>	403
IV.1.2.8. <i>Número de situaciones sociales temidas</i>	404
IV.1.2.9. <i>Pruebas de observación (test situaciones)</i>	408
IV.2. RESULTADOS RELATIVOS A LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA.....	414
IV.2.1. EFICACIA AL 100%	415
IV.2.1.1. En el postest	415
IV.2.1.2. En el seguimiento a los 6 meses	415
IV.2.1.3. En el seguimiento a los 12 meses	416
IV.2.2. EFICACIA AL 75%	417
IV.2.2.1. En el postest	417
IV.2.2.2. En el seguimiento a los 6 meses	417
IV.2.2.3. En el seguimiento a los 12 meses	418
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	423
VI. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS	437
VI.1. CONCLUSIONES	437
VI.2. LINEAS FUTURAS	438
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	443

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad en los Estados Unidos de América presentan la mayor prevalencia entre los diferentes trastornos mentales, concretamente un 16,4% de la población de Norteamérica sufre algún trastorno de ansiedad al cabo de un año. (Barlow, 2003). La cronicidad de su curso se halla por delante de la de los trastornos del estado de ánimo y de las adicciones. Por lo que se refiere a España, nuestro país, la cifra de personas que en el último año han tenido algún trastorno de ansiedad asciende a dos millones cuatrocientas mil personas (5,9%; Cano-Vindel, 2004b).

Ahora bien, la ansiedad no es sólo un problema para el individuo, también es un problema significativo para la sociedad, dado el elevado gasto que estos trastornos generan tanto en lo que respecta, por ejemplo, a la frecuencia de uso de los servicios públicos de atención sanitaria y de salud mental así como el gasto en psicofármacos o el derivado de la pérdida de productividad (Greenberg et al., 1999; Nisenson, Pepper, Schwenk y Coyne, 1998). Así, en relación con el gasto farmacéutico en España, la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (Cano Vindel, 2004a) informa que en el periodo 1997-2001 se consumieron casi 35 millones de fármacos de tipo ansiolítico o tranquilizante, aumentando el consumo de estos fármacos un 259,4% en el mismo periodo.

Pero a pesar de la alta tasa de incidencia y prevalencia de los trastornos de ansiedad, su curso crónico, y las repercusiones negativas a nivel personal y en la estructura socio-sanitaria de las economías occidentales, estos trastornos siguen siendo los grandes desatendidos por los servicios socio-sanitarios, tanto en España como en el resto de Europa y en los Estados Unidos de Norteamérica. Llama la atención el escaso uso que se hace por estos servicios de los tratamientos psicológicos eficaces reconocidos por la comunidad científica, pese a haber probado estos su eficacia frente a grupos de control sin tratamiento, lista de espera y tratamientos farmacológicos, llegando incluso a incrementar sus efectos beneficiosos en el período de seguimiento (Olivares, Sánchez-Meca y Rosa, 1999). Por lo tanto, entendemos que se hace necesario optimizar el uso de los recursos socio-sanitarios para evaluar y tratar con éxito los trastornos de ansiedad, lo que, a nuestro entender, pasa necesariamente por el aprovechamiento y mejora de la tecnología cognitivo-conductual en relación con la evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad.

En este contexto, nuestro estudio se centra en la Fobia Social (también denominada Trastorno de Ansiedad Social), que es considerada el trastorno de ansiedad más frecuente tanto en población clínica como comunitaria (v.gr., Jefferys, 1997; Tillfors, 2004). De hecho, en los últimos 25 años hemos asistido a un incremento del interés científico por el estudio de todos los aspectos relacionados con la Fobia Social (v.gr., Albano, Detweiler, Logsdon-Conradsen, 1999; Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow, 1995; Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001). Esto ha sido posible gracias a su inclusión como entidad diagnóstica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; APA, 1980) y su mantenimiento en posteriores revisiones del manual (DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994 y DSM-IV-TR, 2000), así como a la superación del período en que la Fobia Social era considerada como “el trastorno de ansiedad olvidado” (c.f. Liebowitz, Gorman, Fyer, y Klein, 1985).

Por lo que respecta a nuestro país, el avance en el estudio de la Fobia Social en población adulta ha tenido un desarrollo más tardío, si bien se ha producido un incremento de aportaciones científicas muy importante en los últimos años. Por ejemplo, se han publicado trabajos donde se revisa la delimitación conceptual del constructo “Fobia Social” (v.gr. Cano-Vindel y Espada-Largo, 2003; Díaz, Feixas, Pellungrini y Saúl, 2002); trabajos relativos a la evaluación del trastorno (v.gr., Caballo, Olivares, López-Gollonet, Iurrtia y Rosa, 2003; García-López, Olivares y Vera-Villarroel, 2003), trabajos relativos al tratamiento (v.gr., Garrido, Farré, Díaz, Riesco y Morales, 2002; Ruipérez, García-Palacios y Botella, 2002), estudios de caso único (v.gr., Espada, Quiles y Méndez, 2002; Baños, Botella y Quero, 2000; Cano, Castro y Ruiz, 1999; Piqueras, Olivares y Rosa, 2004) o bien revisiones cuantitativas llevadas a cabo sobre los tratamientos efectivos en Fobia Social (v.gr., Méndez, Sánchez-Meca y Moreno, 2001; Rosa, Sánchez-Meca, Olivares e Inglés, 2002; Rosa, Sánchez-Meca, Olivares y López-Pina, 2002).

Sin embargo, hasta hace pocos años este auge en el estudio de la Fobia Social se centró de forma casi exclusiva en la población adulta, a pesar de los datos que indican que es uno de los tres trastornos de la conducta más frecuentemente diagnosticado entre población infantil y adolescente (Albano et al., 1999; Beidel y Turner, 1998; Wittchen, Stein y Kessler, 1999). Algunas de las posibles causas de esta falta de interés hacia la Fobia Social infantil y/o adolescente son las que se comentan a continuación.

Con relación a la terapia de conducta, como recordaba Labrador (1997; p. 11), entre las limitaciones y lagunas que es posible encontrar en la breve historia de esta disciplina se hallan la relativamente escasa atención dedicada a las aplicaciones en niños y adolescentes, dado que el propio modelo de conducta anormal de la modificación de conducta hace referencia a una persona que debe tener ya los repertorios de conducta que le adapten al medio, más que a niños y adolescentes que estén en distintas fases de la adquisición de estos repertorios de conducta. Ello ha llevado a que durante bastante tiempo se haya procedido a la aplicación sistemática a la población la infantil y/o adolescente de procedimientos de tratamiento que habían sido diseñados para población adulta lo que, como recordaban Ollendick y Greene (1990), resulta totalmente inadecuado.

Otra potencial causa se halla en el hecho de que la población, la infantil/adolescente, no es quien generalmente solicita tratamiento psicológico. Como recuerdan Godoy y Cobos (1991), Labrador (1997) o Pelechano (1979), dado que son los adultos que conviven con el adolescente los que suelen detectar el problema y solicitan ayuda psicológica, ésta última viene generalmente influida por variables que afectan al adulto. Así, los padres de hijos con Fobia Social frecuentemente minimizan la importancia del problema, bien porque lo atribuyen a una característica de su personalidad, como por ejemplo su “timidez”, o bien porque simplemente lo consideran como una fase normal del desarrollo del niño y adolescente, por lo que no creen necesario solicitar ayuda especializada. Además, la mayoría de padres y educadores desconocen que los problemas de ansiedad son susceptibles de modificación y que, por tanto, pueden tratarse. De hecho, como recogen Turner y su equipo en algunos de sus trabajos (véase, por ejemplo, Beidel et al., 2001 y Beidel y Turner, 1998), la ansiedad social ha sido considerada también, en determinadas ocasiones y por diferentes investigadores, una condición transitoria y propia del desarrollo del niño y adolescente. Un problema añadido es que, estos niños y adolescentes afectados de Fobia Social, en contraste con otros niños y adolescentes con otros problemas de conducta, no suelen ser problemáticos, por lo que su Trastorno de Ansiedad Social generalmente pasa desapercibido para los educadores y no se solicita la ayuda necesaria. En este sentido, un hecho contrastado es que los familiares o los profesionales de la educación (profesores, orientadores o psicólogos escolares) suelen solicitar intervención psicológica más por excesos conductuales (hiperactividad, conductas agresivas,

consumo de sustancias) que por déficit de conducta (falta de habilidades sociales, depresión, ansiedad social). Esta afirmación es coherente con los resultados de algunos estudios recientes, que señalan que el conocimiento que padres y psicólogos u orientadores escolares tienen de la Fobia Social es mucho más pobre que el que demuestran tener de los trastornos externalizantes (véase, por ejemplo, Herbert, Crittenden y Dalrymple, 2004).

Pero incluso cuando se detecta su posible ocurrencia, no es fácil diagnosticar el trastorno a edades tempranas porque, en el caso de los niños y los adolescentes más jóvenes, su nivel de desarrollo cognitivo influye en su capacidad para discriminar entre sus miedos y las humillaciones, así como a la hora de etiquetar y clasificar sus emociones y las respuestas físicas asociadas como el vértigo o la elevación de la frecuencia cardíaca (Beidel y Turner, 1998; Southam-Gerow y Kendall, 2000). En la mayoría de los casos que llegan a la consulta no es el conocimiento de la existencia de la Fobia Social, sino el padecimiento subjetivo que conllevan los efectos desadaptativos que genera, lo que lleva a que se solicite ayuda para los adolescentes. Como señalan Moreno, Méndez y Sánchez-Meca (2000), con relativa frecuencia, se observa que muchos de los sujetos que acuden a la consulta del psicólogo remitidos por un trastorno del estado de ánimo u otros problemas desadaptativos como absentismo laboral, o perjudiciales para la salud como el abuso en el consumo de alcohol u otras drogas, presentan en el inicio de su historia clínica un cuadro de Fobia Social.

A todo ello hemos de añadir, siguiendo a Caballo y Mateos (2000) el desconocimiento por parte de los profesionales y de la población en general de la existencia de tratamientos eficaces para este trastorno, la renuncia por parte de los niños/adolescentes a relacionarse con extraños y, por tanto, con los terapeutas, la escasa atención de la clase médica a este problema y las estrategias de afrontamiento que desarrollan los individuos con Fobia Social, las cuales, a menudo, les llevan a adaptar su estilo de vida al trastorno.

Todo ello ha provocado que no haya sido hasta fechas muy recientes cuando realmente la Fobia Social en la población infantil y adolescente ha comenzado a ser considerada lo suficientemente relevante como para atraer hacia sí la atención de clínicos e investigadores (c.f., Kashdan y Herbert, 2001; Velting y Albano, 2001; Olivares, Rosa, Piqueras et al., 2002). Con relación a este asunto, hemos de prestar

atención a algunas aportaciones que nos pueden ayudar a comprender mejor por qué de un tiempo a esta parte un gran número de equipos de investigación han centrado interés hacia la infancia y adolescencia.

Según La Greca (1998, 1999b) existen numerosas razones que justifican el estudio de la Fobia Social en niños y adolescentes. En primer lugar, desde una perspectiva del desarrollo, los estudios de los miedos y preocupaciones en niños han identificado de forma consistente las preocupaciones de tipo social como un área importante de ansiedad que emerge durante los años de la “escuela primaria” (6-12 años) y que persiste a través de la adolescencia. Por lo tanto, está todavía realizar estudios sistemáticos de la significación clínica y evolutiva de estos miedos y preocupaciones sociales. En segundo lugar, la Fobia Social puede predisponer a la ocurrencia de problemas en las relaciones con iguales durante la adolescencia, que son críticas para un desarrollo emocional y social normal (Hartup, 1996). Así lo demuestran las evidencias que sugieren que los chicos que experimentan dificultades sociales con iguales entre los 6 y los 12 años tienen un riesgo substancialmente mayor de padecer problemas emocionales posteriores (p.ej., La Greca y Stone, 1993). En tercer lugar, la importancia clínica de la Fobia Social es incuestionable dado que se encuentra íntimamente relacionada con diversos trastornos de ansiedad en la infancia, como por ejemplo, el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Mutismo Selectivo.

Por su parte, Olivares (2001, 2005) recuerda que la adolescencia constituye una etapa crítica en el desarrollo social del individuo y que se trata de un período evolutivo caracterizado por importantes cambios en las relaciones interpersonales. En la adolescencia, los chicos y las chicas deben afrontar demandas sociales que, en ocasiones, pueden ser desmesuradas, con respecto a las competencias disponibles. Los adolescentes son conscientes acerca de la discrepancia existente entre como creen que los ven los demás y como se ven a sí mismos, estando sometidos a un proceso de evaluación continua por el resto de miembros del grupo de iguales con los que se relacionan cotidianamente y, frente a ello, han de establecer cuál es su rol y su ubicación en el grupo, a la vez que deben afrontar los sentimientos negativos de vergüenza, desasosiego e incertidumbre que pueden producirse en el caso de no responder socialmente de manera adecuada a como sería exigible desde el punto de vista de la normativa y la convención social (Olivares y Caballo, 2003; p. 492). En este

mismo sentido, Beidel y Randall (1994), señalan dos fenómenos fundamentales que predisponen a padecer Fobia Social. Por un lado, estaría el incremento de las demandas sociales para insertarse en la vida del adulto y, por otro, el desarrollo de las operaciones formales que posibilitaría al individuo la toma de conciencia de la discrepancia entre la perspectiva de los demás y la suya propia. Esto nos haría pensar que los individuos que presentan mayores dificultades en las relaciones interpersonales en la adolescencia tienen un riesgo mayor para padecer un trastorno relacionado con la ansiedad social, si bien un estudio reciente realizado por investigadores de este departamento no permite dilucidar si esas dificultades personales son causa, correlato o consecuencia de la Fobia Social (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001). En esta misma línea de investigación, centrada en el peso específico de la maduración socio-cognitiva y la edad respecto al padecimiento de la Fobia Social durante la adolescencia, otros autores (v.gr., Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink y Treffers, 2004) indican que los miedos a la evaluación y la actuación social se incrementan con la edad, mientras los miedos al peligro físico y al castigo se reducen, suponiendo esto un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno de ansiedad social en la adolescencia.

En síntesis, habida cuenta de la relevancia de las relaciones sociales en el desarrollo del adolescente no es de extrañar que la Fobia Social suponga una fuente importante de sufrimiento emocional y produzca un importante deterioro en este tramo de la vida (Leclubier et al., 2000). En este mismo sentido, Olivares y su equipo (v.gr., Olivares, 2001 y 2005; Olivares, Rosa y García-López, 2004; Olivares, Rosa, Piqueras, Méndez y Ramos, 2003) indican que, respecto de los procesos de cambio que se producen en la adolescencia, podemos afirmar que el desarrollo de la Fobia Social actúa de forma negativa sobre los procesos del desarrollo normal del adolescente dado que, al menos, interfiere en su rendimiento académico (v. gr., Beidel y Turner, 1998; McShane, Walter y Rey, 2004; Stein, Torgrud y Walker, 2000 y Wittchen y Beloch, 1996) y en sus relaciones sociales (Albano et al., 1995; Bech y Angst, 1996), pudiendo ello llevar al desarrollo de un episodio depresivo mayor (Inglés et al., 2001; Stein et al., 2001) o al abuso del consumo de alcohol u otras drogas como un medio de afrontar las situaciones sociales fóbicas (Clark y Kirisci, 1996; Lépine y Pélissolo, 1998; Sonntag, Wittchen, Höfler, Kessler y Stein, 2000). A todo esto hay que añadir que la Fobia Social precede a la aparición de otros trastornos del comportamiento y que con el paso del tiempo muestra una mayor resistencia al tratamiento. En este sentido abundan las conclusiones

de los trabajos realizados por Giaconia et al. (1994); Lecrubier (1998); Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996); Essau, Conradt y Petermann (1999) o Poulton et al. (1997). Así, Giaconia et al. (1994) encontraron que los sujetos con Fobia Social que informaban que la edad de inicio de su trastorno era anterior a los 14 años, tenían un riesgo significativamente más alto de presentar un trastorno comórbido. De igual modo, los resultados del trabajo de Lecrubier (1998), pusieron de manifiesto que los sujetos que recordaban una edad de inicio del trastorno previa a los 11 años, se beneficiaban menos del tratamiento psicológico. Por su parte Bragado et al. (1996) y Poulton et al. (1997) hallaron que la proporción de sujetos con un diagnóstico de Fobia Social se incrementaba con la edad, situándose el punto de inflexión en los 14-15 años; edad que además solía marcar hace unos años en muchos casos el cambio del colegio al instituto, con el consiguiente proceso de adaptación a un nuevo contexto y la necesidad de establecer un nuevo grupo de amigos, y un incremento de la relevancia del papel que representa la interacción con personas del sexo opuesto. Así mismo, Goodwin, Fergusson y Horwood (2004) hallaron una asociación entre conductas de retraimiento y el padecimiento de ansiedad infantil a los 8 años y un riesgo mayor para sufrir trastornos de ansiedad y depresión tanto entre los 16 y los 18 años como entre los 18 y los 21 años. Incluso otros autores como Morris, Hirshfeld-Becker, Henin y Storch (2004) recuerdan la importancia de la inhibición conductual como precursor de la ansiedad social y por supuesto la necesidad de una identificación temprana y una evaluación de la ansiedad social en niños pequeños. Así pues, todo ello parece indicar que la detección e intervención temprana cobra una especial relevancia en el período de la infancia y adolescencia.

Como decíamos, todas estas características de la ansiedad social en la infancia y la adolescencia han llevado a que en los últimos años esta manifestación clínica de los problemas de relación social haya suscitado un notable interés entre la comunidad científica. Este renovado interés por el estudio de la Fobia Social se ha traducido tanto en el ámbito epidemiológico, como en la evaluación y su tratamiento (La Greca, 1999b; Masia-Warner, Storch, Fisher y Klein, 2003; Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003; Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003; Velting y Albano, 2001) y cada vez contamos con un mayor número de trabajos relativos a este estadio de la vida.

Con relación a las publicaciones de autores españoles sobre la manifestación de este problema en niños y adolescentes su número parece insuficiente, aunque es cierto que

cada vez contamos con un mayor número de trabajos, como así lo indica algunas publicaciones que han visto la luz recientemente. Algunos ejemplos de este renovado interés se ha visto reflejado en el mencionado monográfico sobre avances en el estudio de la Fobia Social en la revista *Psicología Conductual*, donde, por ejemplo, se han presentado trabajos de revisión, tanto de los estudios epidemiológicos sobre Fobia Social en población infantil, adolescente y adulta, como de su tratamiento en niños y adolescente mediante un meta-análisis y, de los avances recientes y las nuevas directrices en la evaluación y tratamiento de este trastorno en jóvenes (Olivares, Caballo et al., 2003; Olivares, Rosa et al., 2003 y; Masia-Warner, Storch, Fisher y Klein, 2003, respectivamente). Otros trabajos recientes han centrado su atención en la evaluación del trastorno en esta población (v.gr., García-López et al., 2002; Olivares, García-López, Hidalgo y Caballo, 2004; Ingles, Méndez, Hidalgo, Rosa y Orgilés, 2003). Por último, una constante en el trabajo de nuestro grupo de investigación ha sido el desarrollo y mejora de tratamientos eficientes de la Fobia Social en adolescentes, especialmente de la Intervención para Adolescentes con Fobia Social, IAFS (Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005). En este sentido, desde el año 2000 se han publicado numerosos trabajos que ofrecen respaldo empírico para la utilización del IAFS. Así, ha mostrado su eficacia en estudios de caso (Olivares, Piqueras y García-López, 2004; Piqueras, Olivares y Rosa, 2004); en estudios no controlados (Olivares y García-López, 2001; Olivares, Ramos, Rosa y Piqueras, 2002; Olivares, Rosa y Vera-Villaruel, 2003); respecto a otros paquetes de tratamiento y un grupo control sin tratamiento (así, García-López, 2000; García-López et al., 2002; Olivares, García-López, Beidel et al., 2002); frente a otros grupos de control en lista de espera (Olivares, Rosa y Piqueras, 2005) o grupos de control activos, consistentes en tareas estrictamente educativas o de transmisión de información (Olivares, Rosa, Piqueras y Sánchez-García, 2004), llegando en todos los casos a incrementar los efectos del tratamiento en el período de seguimiento. Además el IAFS ha sido sometido a sendas revisiones meta-analíticas para comparar su eficacia frente a otras intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento de la Fobia Social en adolescentes y niños, llegándose en todos los casos a una conclusión general, el IAFS es un tratamiento altamente eficaz en su aplicación a población adolescente española con Fobia Social Generalizada (Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003; Olivares, Rosa et al., 2002; Olivares, Rosa, Piqueras, Méndez et al., 2003; Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos y Orgilés, 2003).

Sin embargo, no es suficiente con saber que un tratamiento es superior a la no-intervención o a uno o más protocolos, si no que se requiere obtener información sobre su eficacia relativa, es decir, sobre si los efectos se deben a elementos específicos del tratamiento o a factores terapéuticos generales como, por ejemplo, características del paciente o del terapeuta. Por ello se hace necesario que se siga profundizando, como recuerdan Masia-Warner et al. (2003), en el conocimiento de los moderadores y mediadores del cambio terapéutico. Dos trabajos con población adolescente pertenecientes a nuestro equipo han abordado cuestiones relativas a estas variables moderadoras de la eficacia del tratamiento. El primero de ellos, Ruiz (2003) trató de aportar evidencia acerca del efecto mediador del tamaño de los grupos de tratamiento en la eficacia del IAFS en adolescentes con FSG, mientras que Ramos (2004) puso a prueba la eficacia del IAFS original (con retroalimentación audiovisual parcial – sesiones 9-12-) frente al IAFS sin ninguna retroalimentación audiovisual y con retroalimentación audiovisual en todas las sesiones donde ello es posible (sesiones 3-12). En la actualidad nuestro equipo ya empieza a disponer de datos del seguimiento a un año relativos al peso de la atención individualizada, de forma complementaria al entrenamiento en grupo, del efecto de la mera transmisión de información frente al entrenamiento o del desmantelamiento de los componentes del paquete de tratamiento (IAFS-sin focalización de la atención, IAFS-sin reestructuración cognitiva, IAFS-sin focalización de la atención y sin reestructuración cognitiva, IAFS-sin exposición en imaginación, etc.)

Una de las variables que ha sido señalada como potencialmente mediadora en la eficacia del tratamiento de la Fobia social es la heterogeneidad que caracteriza a la Fobia Social, es decir, la existencia de los subtipos de Fobia Social. En este sentido, algunas revisiones meta-analíticas han mostrado las implicaciones clínicas y prácticas que tienen los subtipos en la eficacia del tratamiento (Moreno, Méndez y Sánchez-Meca, 2000; Moreno, Méndez y Sánchez-Meca, 2001; Sánchez-Meca, Rosa y Olivares, 2004). Pero, dado que todavía persiste la controversia acerca de la delimitación del subtipo generalizado de Fobia Social, esta cuestión irresoluta limita seriamente la validez de la afirmación anterior respecto a la importancia de los subtipos como variable intermedia en la eficacia de los tratamientos de la Fobia Social. Esta cuestión ha sido controvertida desde su inclusión en el DSM-III-R (APA, 1987), debido fundamentalmente a que el significado de la expresión “la mayoría de las situaciones

sociales” (p. 243) constituía y constituye aún hoy una delimitación poco operativa. Como consecuencia de la falta de operacionalización del constructo, se han propuesto distintas formas de delimitar el subtipo generalizado de Fobia Social que varían en función de la naturaleza de los criterios establecidos, ya sean racionales o empíricos (véase apartado II.2. Subtipos). En población adulta, los subtipos propuestos por Turner (Turner, Beidel y Townsley, 1992) y Heimberg (Heimberg y Holt, 1989) son los que han recibido más atención por parte de la comunidad científica. Otros estudios han abordado la delimitación de los subtipos de Fobia Social mediante procedimientos empíricos (v. gr., Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson, 2000; Iwase et al., 2000; Perugi et al., 2000).

El estado de esta cuestión respecto a la población infantil y adolescente es todavía muy limitado, en claro contraste con los numerosos estudios en población adulta que han estudiado los subtipos de la Fobia Social y sus implicaciones prácticas. Nuestro equipo ha abordado la cuestión de los subtipos de Fobia Social en diferentes trabajos (García-López, 2000; Olivares, 1998; Olivares y Caballo, 2003; Olivares y García-López, 2002; Olivares, Piqueras y López-Pina, 2005; Olivares Piqueras y Rosa, en prensa; Olivares, Piqueras, Rosa y Sánchez-García, 2004b; Olivares, Piqueras, Rosa y Sánchez-García, 2005a; Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002; Sánchez-Meca et al., 2004). Algunos de estos estudios han abordado esta cuestión siguiendo el esquema más convencional que marca el DSM-IV-TR (2000), mientras que los otros lo han hecho profundizando en una nueva propuesta de delimitación de los subtipos.

Al primer grupo corresponden dos estudios recientes. El primero de ellos, realizado con población adulta, ha consistido en la realización de un meta-análisis para comparar la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos y farmacológicos en función de si los sujetos cumplían criterios diagnósticos para el subtipo específico o generalizado de Fobia Social (Sánchez-Meca et al., 2004). Mientras, el segundo estudio, en este caso con población adolescente, ha estudiado las diferencias entre la Fobia Social generalizada y específica en variables clínicas y sociodemográficas de relevancia (Olivares, Piqueras y Rosa, en prensa).

Respecto a la segunda orientación en el estudio de los subtipos, este grupo no ha cejado en su empeño de avanzar en el conocimiento de este aspecto concreto del trastorno desde que la propuesta de Olivares (1998) fuese incluida en la primera tesis

doctoral producida en el seno de esta línea de investigación de nuestro equipo (García-López, 2000). Esta nueva clasificación tuvo su origen en intento de operacionalizar el criterio propuesto por la American Psychological Association respecto del subtipo Fobia Social Generalizada (APA, 1994 y 2000 --véase apartado II.2. “Subtipos”--). Esta operacionalización ha seguido siendo utilizada en estudios posteriores para definir la severidad de la ansiedad social de los sujetos (v.gr., Olivares y García-López, 2002; Ramos, 2004; Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002; Ruiz, 2003). Así mismo, la propuesta de Olivares (1998) ha sido incluida en el modelo explicativo formulado por Olivares y Caballo (2003), el cual permite enmarcar esta delimitación racional dentro de un esquema más amplio que contiene aspectos relativos a la génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno. Finalmente, la propuesta de los subgrupos de Fobia Social ha sido confirmada recientemente mediante un procedimiento empírico (Olivares, Piqueras y López-Pina, 2005; Olivares, Piqueras, Rosa y Sánchez-García, 2004b; Olivares, Piqueras, Rosa y Sánchez-García, 2005). Estos estudios han permitido identificar empíricamente cuatro subgrupos dentro del constructo “Fobia Social” empleando un análisis de cluster: “Fobia Social específica”, “Fobia Social levemente generalizada”, “Fobia Social moderadamente generalizada” y “Fobia Social gravemente generalizada”.

Siguiendo la línea de investigación de nuestro equipo, respecto de la delimitación de los subtipos de la Fobia Social en la adolescencia y el desarrollo y mejora de tratamientos eficientes para la Fobia Social en este tramo evolutivo, nuestro trabajo pretende aportar evidencia empírica en respuesta a la siguiente pregunta: ¿En qué medida el grado de generalización del trastorno de ansiedad social modula la eficacia del tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social?. Es decir, por un lado tratamos de averiguar en qué medida el grado de generalización del trastorno de ansiedad social afecta a la eficacia de una modalidad concreta de tratamiento psicológico (Intervención para Adolescentes con Fobia Social, IAFS; Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005;), en una población, la adolescente, en la que todavía no se ha realizado ningún estudio sobre ello y, por otro, pretendemos seguir aportando evidencia empírica respecto las circunstancias en las que se obtienen mayores beneficios en la aplicación de un paquete de tratamiento diseñado para ser aplicado en esta población, en el marco de un programa de detección e intervención temprana en el contexto comunitario.

Ahora bien, este trabajo no se centra en la distinción propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000); es decir, no tomaremos como referencia la distinción entre los subtipos específico y generalizado, sino que abordaremos nuestra investigación utilizando la propuesta de Olivares (1998) respecto de la subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado (véase Olivares y Caballo, 2003), siguiendo para su nomenclatura el estilo utilizado por la APA (2000; p. 2) para especificar la gravedad de diversos trastornos: leve, moderado y gravemente generalizado.

II. DELIMITACIÓN ACTUAL DEL CONSTRUCTO FOBIA SOCIAL

II.1. DESARROLLO HISTÓRICO

Aunque la Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social o FS en adelante) fue incluida dentro de la nomenclatura diagnóstica a finales del siglo pasado, se conoce la existencia de textos antiguos en los que se recogen algunos casos de personas que parecen presentar este trastorno. Remontándonos en el tiempo, Robert Burton (1845), en su obra “La Anatomía de la Melancolía”, recoge la descripción de un paciente de Hipócrates de cuyo trastorno que indica que “es más que una timidez, suspicacia o temerosidad. No se atreve a estar con otras personas por el miedo a que va a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla, y teme que va a ser deshonrado ante los demás. Piensa que cada persona le observa” (p.253). Otro tanto parecía ocurrir con Demóstenes, el gran orador griego, del que se dice que caminaba por la playa con pequeñas piedras en su boca para perfeccionar su dicción y así evitar equivocarse cuando tenía que hablar en público (c.f., Greist, 1995). Una de las pocas revisiones históricas publicadas sobre Fobia Social, la realizada por Péliissolo y Lépine (1995), recuerda como autores como Casper en 1846 (c.f. Péliissolo y Lépine, 1995) o Pitres y Regis (1897) habían descrito casos de angustia social en pacientes con “ereutofobia”. Del mismo modo, la evitación excesiva del contacto ocular, alteración que puede aparecer en sujetos con Fobia Social, fue descrita por Beard en 1879, citado por Marks (1987), como una forma de temor mórbido se acompaña de la desviación de los ojos e inclinación de la cabeza hacia abajo. Beard añadía que cuando en algunos casos sostenía entre sus manos la cabeza del paciente para enfrentar sus caras, incluso entonces involuntariamente desviaban sus ojos.

Sin embargo, no es hasta principios del siglo XX, en Europa, cuando Janet (1903) acuñó el término *phobie des situations sociales* con el objeto de describir a los sujetos que temían hablar en público, tocar el piano o escribir mientras les observaban. Hartemberg en 1910 (reeditado en 1921) describió diversas formas de ansiedad social bajo el término genérico de “timidez”. Posteriormente según Péliissolo y Lépine (1995), tras un período de relativo silencio sobre el tema, aparecen descripciones puntuales en la literatura alemana (*Kontaktneurosen*) e inglesa (*social neurosis*), así como algunas aportaciones del japonés Morita en los años 30. La distinción y descripción de la Fobia Social como forma diferenciada de otros trastornos de ansiedad fue propuesta por primera vez, también en Europa, por Marks y Gelder (1966). Estos autores

diferenciaron cuatro tipos de fobias: fobia a los animales, fobia específica, agorafobia y *Fobia Social*, entendida esta última como “un miedo ante situaciones sociales, expresado por timidez, miedo a ruborizarse en público, a comer en restaurantes, a encontrarse con hombres o mujeres, a ir a fiestas o bailes, o bien a temblar cuando se es el centro de atención” (p. 218).

Pese a que se conocían datos que sugerían la existencia de este trastorno a principios de siglo pasado y posteriormente se argumentó su diferenciación con respecto a otros tipos de fobias, las primeras ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-I y DSM-II; American Psychiatric Association, 1952, 1968) agrupaban todas las fobias en una sola categoría, siguiendo los postulados psicoanalistas.

Posteriormente, Nichols (1974) concretó todavía más la delimitación de la Fobia Social indicando que lo que la caracterizaba era la excesiva sensibilidad a la desaprobación, la crítica, una baja auto-evaluación, unas reglas rígidas acerca de cómo comportarse, ansiedad anticipatoria, una sensibilidad elevada ante el hecho de ser observado o evaluado por parte de los demás así como una interpretación desmesurada hacia el *feedback* sensorial relacionado con situaciones que pueden resultar embarazosas (es decir, prestar especial atención a los estímulos sociales potencialmente amenazantes).

A pesar de esto, la Fobia Social no se reconoce oficialmente como una entidad diagnóstica hasta la tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980). En esta edición la Fobia Social era considerada como un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos (véase Tabla II.1).

Tabla II. 1. Criterios del DSM-III para el diagnóstico de la Fobia Social

- A. 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.
- B. Malestar significativo debido a la alteración y reconocimiento por parte del individuo de que su temor es excesivo o irracional.
- C. Todo ello no es debido a otra alteración mental como, por ejemplo, la depresión mayor o un trastorno de personalidad por evitación.

De acuerdo con los criterios del DSM-III, los sujetos que cumplían los criterios requeridos para el diagnóstico de la FS no podían presentar además un diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación (TPE, en adelante), el cual era descrito como hipersensibilidad ante un posible rechazo, retraimiento social a pesar de existir un deseo de ser aceptado, reticencia a iniciar relaciones sociales a menos que se tengan garantías de ser aceptado y baja autoestima (véase Tabla II.2).

Tabla II.2. Criterios del DSM-III para el diagnóstico del Trastorno de la Personalidad por Evitación

Las siguientes son características del funcionamiento actual y a largo plazo del individuo, no se hallan limitadas a episodios de enfermedad y causan bien una incapacidad significativa del funcionamiento social o laboral, o bien malestar subjetivo.

- A. Hipersensibilidad al rechazo, por ejemplo, estar alerta aprensivamente a los signos de humillación social e interpretación de los acontecimientos inocuos como ridículos.
- B. Resistencia a entrar a formar parte de relaciones sociales, a no ser que se suministren garantías exageradas de aceptación incondicional.
- C. Retraimiento social, por ejemplo, el individuo se aparta de los contactos personales íntimos y se entrega a funciones sociales y vocacionales superficiales.
- D. Deseo de afecto y aceptación.
- E. Baja autoestima, por ejemplo, se minusvaloran los propios logros y preocupan en exceso los fracasos personales.
- F. Cuando esto se presenta antes de los 18 años, no se reúnen los criterios trastorno por evitación en la infancia o en la adolescencia.

Así, el aspecto característico del TPE en el DSM-III era más el miedo a las relaciones interpersonales que el miedo a la humillación o a sentirse avergonzado en situaciones sociales específicas. En el DSM-III, para el diagnóstico de la FS no se contemplaba el deterioro en el funcionamiento sociolaboral, mientras que el TPE debía causar “incapacitación significativa en el funcionamiento social o laboral”. Además, se indicaba que no se debía establecer el diagnóstico de FS si la ansiedad se podía explicar mejor por la presencia de un TPE. Sin embargo, en una aparente contradicción, en el apartado de TPE se mencionaba que la FS podía ser diagnosticada como una complicación del TPE si los miedos a situaciones sociales específicas estaban presentes en el contexto de una ansiedad interpersonal más general o extendida.

A este respecto, teniendo en cuenta la descripción de ambos trastornos en el DSM-III, diversos autores consideran que la FS y el TPE podrían equivaler al subtipo específico y generalizado, respectivamente, recogidos en las posteriores ediciones del DSM (c.f. Herbert, 1995).

En este sentido, a pesar de lo establecido por el DSM-III, Falloon, Lloyd y Harpin (1981) propusieron distinguir entre FS específica (ante una situación concreta- por ejemplo, comer en público-) y generalizada, cuando los miedos se presentaban en una gama amplia de situaciones sociales. Yendo también más allá del concepto de FS circunscrito a situaciones específicas de actuación social (hablar, comer, escribir en público), Amies, Gelder y Shaw (1983) definieron la FS como una ansiedad incontrolable que es experimentada por una persona cuando se encuentra en compañía de otras, la cual se incrementa en situaciones formales y está acompañada por el deseo de evitar la situación social.

Pese al interés por investigar estas y otras cuestiones, una revisión de la literatura existente sobre el tema llevada a cabo por Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein (1985), hace llegar a estos autores a la conclusión de que la FS era “el trastorno de ansiedad olvidado”. De hecho el interés no empieza a ser mayoritario hasta la publicación de la tercera edición revisada del DSM-III (DSM-III-R; APA, 1987), la cual marca un punto de inflexión a partir del que se desarrolla exponencialmente el número de trabajos que han investigado sobre este tema (Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995).

Dado que la evidencia científica puso de manifiesto que una alta proporción de sujetos con FS tenían más de una situación social (Hazen y Stein, 1995), en el DSM-III-R (APA, 1987) se introdujo el subtipo generalizado, que hacía referencia a los sujetos que mostraban ansiedad ante la mayoría de situaciones sociales, y el criterio de interferencia sociolaboral. Asimismo no sólo se permitió el diagnóstico conjunto de la FS y el TPE, sino que además se sugería. Para una descripción de los criterios, véanse Tablas II.3 y II.4. Los sujetos que no presentaban el subtipo generalizado eran incluidos dentro de la categoría FS “no generalizada”, “específica” o “discreta”. Para más detalle, véase el apartado de Subtipos de la FS (apartado II.2.).

Mientras que las anteriores versiones del DSM estaban basadas principalmente en el juicio de investigadores y de psicólogos o psiquiatras que trabajaban en el marco clínico

y que habían demostrado una avalada experiencia, el equipo que se ocupó de la redacción del DSM-IV (*Task Force's* o grupo de consenso), también tuvo en cuenta los datos generados por los estudios experimentales.

Sin embargo, respecto a la FS el grupo de consenso señaló varios aspectos que permanecían sin aclarar: (a) la ambigua definición de la frase “la mayoría de situaciones sociales” para describir el subtipo generalizado, (b) la validez del sistema de clasificación de los subtipos de la FS, el cual se basa en la existencia de diferencias cuantitativas (número de situaciones sociales) en vez de diferencias cualitativas (ansiedad ante situaciones de interacción social *vs.* ansiedad ante situaciones de actuación social), y (c) la ausencia de un subtipo intermedio (entre generalizado y específico) que pudiera ser empleado para describir a los sujetos que presentan miedo ante varias (pero no todas) las situaciones sociales.

Tabla II.3. Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de la Fobia Social

- A. Miedo persistente a una o más situaciones (situaciones sociales fóbicas) en las que el individuo se expone a ser observado por los demás y teme que pueda hacer alguna cosa o actuar de tal manera que pueda resultar humillante o embarazoso para él. Entre los ejemplos se incluye el miedo a no poder hablar en público, el temor de atragantarse cuando se come frente a otros, de ser incapaz de orinar en un urinario público, de temblar cuando se escribe en presencia de los demás y de decir cosas sin sentido o no ser capaz de contestar correctamente a las diversas cuestiones.
- B. Cuando coexiste otro trastorno del eje III o del eje 1, el miedo correspondiente al párrafo A es totalmente independiente de esta última alteración. Por ejemplo, el miedo no es debido a tener una crisis de angustia (trastorno por angustia), a tartamudear (tartamudeo), a temblar (enfermedad de Parkinson) o a manifestar una conducta alimentaria anormal (anorexia nerviosa o bulimia).
- C. Durante algunas de las fases del trastorno la exposición a los estímulos fóbicos específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.
- D. Las situaciones fóbicas se evitan o bien se resisten con gran ansiedad.
- E. La conducta de evitación interfiere la actividad profesional, las actividades sociales habituales y las relaciones con los demás, o bien produce un intenso malestar en relación con el miedo.
- F. El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.
- G. Cuando el individuo tiene menos de 18 años, el trastorno no cumple los criterios de trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia.

Especifíquese Tipo Generalizado cuando la situación fóbica incluya la mayor parte de situaciones sociales y considérese también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

Puesto que el grupo de consenso no logró unificar criterios respecto a tales cuestiones, se optó por mantener en el DSM-IV (APA, 1994) los criterios del DSM-III-R (APA, 1987).

Con respecto al DSM-III-R, el DSM-IV (véase Tabla II.5) prácticamente no realiza cambios. En la FS los cambios son más de redacción que de contenido y en el TPE, se sustituye el criterio 2 (véase Tabla II.4) por el criterio 6 (véase Tabla II. 6). Y por último, el Texto Revisado del DSM-IV (DSM-IV-TR; APA, 2000) no ha introducido ninguna modificación.

Tabla II.4. Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico del Trastorno de Personalidad por Evitación

Una pauta generalizada de malestar en el contexto social, miedo a una evaluación negativa y temor, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cuatro de las siguiente características:

- (1) el sujeto es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación
- (2) carece de amigos o confidentes íntimos (o sólo tiene uno), al margen de los parientes de primer grado
- (3) no desea relacionarse con la gente a no ser que esté seguro de ser bien aceptado
- (4) evita las actividades sociales o profesionales que supongan un contacto interpersonal significativo, por ejemplo, rechaza una promoción que aumente las demandas sociales;
- (5) se encuentra violento en las situaciones sociales debido al miedo de decir algo tonto o inapropiado o de ser incapaz de responder a alguna pregunta
- (6) tiene miedo a quedar en ridículo ante los demás por el hecho de sonrojarse, llorar o manifestar signos de ansiedad
- (7) exagera las dificultades potenciales, los peligros físicos o los riesgos implícitos en cualquier actividad al margen de la rutina habitual: por ejemplo, puede anular planes que implican relación social alegando que se encontrará cansado cuando llegue al lugar donde se celebran.

Tabla II.5. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la Fobia Social

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

Tabla II.5. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la Fobia Social (Cont.)

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

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

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

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

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p.ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación).

Tabla II.6. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno de la Personalidad por Evitación

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
- (2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
- (3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
- (4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
- (5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad
- (6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
- (7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras

Hasta el momento hemos hablado acerca de cómo ha evolucionado el concepto de FS en las respectivas versiones del manual DSM. Sin embargo, en Europa también se

emplea el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Respecto a este último, hemos de recordar que mientras que la FS fue incluida dentro de la nomenclatura diagnóstica del DSM en 1980, no es hasta 1992 cuando la CIE-10 recoge la FS como categoría diagnóstica independiente. Hasta entonces, en la CIE-9, al igual que en el DSM-III, sólo se hablaba de trastornos fóbicos. En la Tabla II.7 se presentan los criterios diagnósticos de la FS según la CIE-10, en los cuales no se hace mención alguna a criterios específicos para la población menor de 18 años.

Tabla II.7. Criterios diagnósticos de la CIE-10 para el diagnóstico de la Fobia Social

- A. Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes)
- B. Ese temor puede ser discreto (comer en público, hablar en público, interacciones con personas del sexo opuesto) o difuso (abarca casi todas las situaciones fuera del círculo familiar)
- C. Suele asociarse con una baja autoestima y con miedo a la crítica.
- D. Las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras son manifestaciones principales de la ansiedad y no secundarias a otros trastornos (ideas delirantes u obsesivas).
- E. La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- F. La situación fóbica se evita siempre que ello es posible.
- G. Si la diferenciación entre Fobia Social y agorafobia fuera muy difícil hay que dar preferencia a la agorafobia. No debe realizarse un diagnóstico de depresión a menos que pueda identificarse claramente un episodio depresivo completo

Si bien ambos manuales coinciden a la hora de señalar como cualidad esencial de la FS el miedo a ser observado o evaluado por otras personas con la expectativa de que ese juicio vaya a ser negativo o humillante, existen diferencias entre ellos.

Jiménez, González, Bascarán, Celso y Bobes (1999) ponen de manifiesto algunas de las diferencias diagnósticas encontradas entre el DSM-IV y la CIE-10. El DSM-IV considera que el miedo o el comportamiento de evitación no pueden explicarse mejor por otro trastorno mental (angustia con o sin agorafobia, ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad) además de no deberse a los efectos fisiológicos de otras sustancias (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica. Este criterio es mucho menos extenso en la CIE-10 que se refiere sólo a que no deben ser secundarios a otros

síntomas como obsesiones o delirios. Por otra parte, el DSM-IV ordena especificar si se trata del subtipo generalizado cuando los temores hacen referencia a “la mayoría de las situaciones sociales”, mientras que la CIE-10 menciona en la definición de la FS la posibilidad de que algunas de las fobias sociales sean “restringidas” y otras “difusas”. Mientras que el DSM-IV incluye un criterio de interferencia en la vida cotidiana del individuo y de malestar clínicamente significativo, la CIE-10 no hace mención alguna a estos aspectos.

La CIE-10 por su parte, describe con más detalle la presencia de síntomas físicos específicos como el rubor, temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción, especificando incluso el miedo a vomitar en público; mientras que el DSM-IV se refiere, de manera más general, a una respuesta de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. Otros de los aspectos que no aparecen en el DSM-IV y son mencionados en la CIE-10 es la presencia de baja autoestima en los sujetos con FS.

En cuanto al diagnóstico diferencial, la CIE-10 recomienda establecerlo con agorafobia y depresión y el DSM-IV aconseja el diagnóstico diferencial con el TPE cuando se trata de FS generalizada.

De todos modos, como Jiménez et al. (1999) señalan, estas discrepancias “más que enfrentar a los dos sistemas de clasificación, hacen que se complementen a la hora de realizar un diagnóstico clínico del trastorno por ansiedad social” (p. 31).

A continuación realizaremos una revisión de la evolución de los criterios diagnósticos para aquellos sujetos menores de 18 años (incluyendo tanto adolescentes como población infantil), objeto fundamental de esta tesis. En el DSM-III (APA, 1980) dentro de los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia se incluyó el trastorno de evitación, situando en otro apartado el trastorno esquizoide. Esta separación tuvo como objetivo delimitar ambos trastornos dada la confusión que había ocasionado el diagnóstico de “Reacción de retirada o de aislamiento” del DSM-II (APA, 1968), el cual era descrito como timidez y ansiedad social (descriptores de ansiedad social) así como indiferencia y escasa gratificación por las interacciones sociales (términos que hacían referencia al trastorno esquizoide).

También en el DSM-III, dentro de los trastornos de ansiedad que comienzan durante las primeras edades, se introduce el trastorno de ansiedad excesiva. Dos de los criterios, el tercero y el sexto, indicaban: “preocupación excesiva en torno a la propia competencia en distintos aspectos (académico, deportivo y social)” y “exagerada autoevaluación o susceptibilidad a sentirse humillado en una situación embarazosa”. El solapamiento de estos criterios con otros correspondientes a la FS, provocaron diagnósticos erróneos que llevaron a una confusión a la hora de interpretar los resultados de estudios epidemiológicos y clínicos. Como señalan Ballesteros, Conde y Geijo (1996), ello hacía que las tasas de comorbilidad entre ambos trastornos fueran elevadas, siendo en realidad una comorbilidad debida a artefactos nosológicos. En el DSM-IV este trastorno quedó subsumido en el trastorno por ansiedad generalizada.

De igual manera, en el DSM-IV se decidió eliminar el trastorno de evitación infantil e incluir criterios específicos para este período de edad de cara al diagnóstico de la FS. En este sentido, se indica que la ansiedad ante las situaciones sociales no debe estar limitada a la interacción con adultos sino que también debe mostrarse ante sus iguales. Por otra parte, se indica que la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos (fundamentalmente en el caso de los niños) y que puede faltar el reconocimiento de que el miedo es excesivo e irracional. Finalmente se establece que la duración de las respuestas de ansiedad social deben mantenerse durante un mínimo de 6 meses. Por lo demás, los niños y adolescentes han de cumplir el resto de criterios expresados en el DSM-IV para población adulta (véase Tabla II.5). Sin embargo, no todos los criterios se han derivado de investigaciones experimentales, por lo que sería preciso continuar las investigaciones para un mejor conocimiento y delimitación de las características psicopatológicas de la FS en este período de edad.

En relación con los criterios diagnósticos del DSM-IV relativos al TPE, en ellos se indica que este trastorno comienza al principio de la edad adulta, sin especificar ningún criterio específico para población infantil o adolescente (véase Tabla II.6).

Por último, como Bobes, González, Sáiz, Bascarán y Bousoño (2001) señalan, un aspecto que actualmente es de gran interés por la comunidad científica es el de la denominación del trastorno. Aunque el DSM-IV emplea el término “Trastorno de Ansiedad Social” (TAS a continuación) y el de “FS” indistintamente, en la actualidad existe una tendencia a favor del primero. Es importante hacer esta aclaración ya que el

término FS podría implícitamente categorizar al de Trastorno por Ansiedad Social como una forma de fobia simple y correrse el riesgo de trivializar el curso crónico y severo deterioro que está asociado al TAS (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers y Stein, 2000; Moutier y Stein, 1999).

La FS, además, ha cambiado de forma significativa desde su primera inclusión como entidad diagnóstica en el DSM-III hasta el momento actual, fundamentalmente en el sentido de considerar que la mayoría de sujetos no presentan miedo a una única situación social, sino que éste se generaliza a más situaciones sociales. El establecimiento del subtipo generalizado en el DSM-III-R y su mantenimiento en el DSM-IV y DSM-IV-TR ha conllevado un nuevo análisis de los resultados de las investigaciones sobre la FS, en tanto en cuanto se ha puesto en tela de juicio si el subtipo generalizado y específico son entidades nosológicamente diferentes a nivel cuantitativo o a nivel cualitativo, aspecto éste que va a ser tratado a continuación.

Pese a lo dicho anteriormente, el constructo FS, definido básicamente como miedo a la evaluación negativa por parte de los demás en situaciones sociales ha permanecido desde los primeros intentos de conceptualización realizados a principio del siglo pasado, lo cual parece señalar que el elemento central del trastorno que nos ocupa es estable a lo largo del tiempo y se ha mantenido a lo largo de las modificaciones que se han realizado en los criterios diagnósticos de los manuales DSM.

II.2. SUBTIPOS

El concepto de FS y su diagnóstico ha producido un gran debate en la comunidad científica durante los últimos años. Gran parte de dicho debate se ha centrado en la heterogeneidad de esta categoría diagnóstica, lo que ha llevado a los investigadores a intentar delimitar distintos subtipos del trastorno. Un primer intento en este sentido lo encontramos en el trabajo de Schlenker y Leary (1982), quienes propusieron distinguir entre aquellos sujetos que temían a la mayoría de situaciones sociales que ocurren frecuentemente (v.gr., participar en conversaciones y reuniones sociales o asistir a fiestas) y aquellos que tenían dificultades para afrontar situaciones menos frecuentes, orientadas a la actuación (v.gr., tocar un instrumento en público, dar una conferencia, etc.). De esta forma, establecieron dos categorías de ansiedad social: (a) la *ansiedad social de relación* (ansiedad general), cuando los miedos están referidos a la relación del sujeto con otras personas en el contexto de las relaciones sociales habituales y (b) la

ansiedad de rendimiento (ansiedad específica), cuando el individuo se siente el centro de atención de los demás (actuar en público). Posteriormente, el subtipo generalizado de FS fue incluido en el DSM-III-R (APA, 1987). Pero su inclusión fue controvertida desde el principio debido fundamentalmente a que el significado de la expresión “la mayoría de las situaciones sociales” (p. 243) constituía una delimitación poco operativa.

Cuando el grupo de consenso trabajaba en la redacción del DSM-IV se sopesaron distintas alternativas a la definición del subtipo generalizado (véase Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer, y Liebowitz, 1993) y por defecto, al subtipo denominado por diferentes investigadores como “específico”, “no-generalizado”, “circunscrito” o “limitado” (Heimberg, 1986; Levin et al., 1993; Liebowitz et al., 1988; Turner, Beidel y Townsley, 1992). Sin embargo, finalmente se optó por mantener la estructura propuesta por el DSM-III-R ya que en ese momento el DSM-IV se estaba acabando y la evidencia empírica que hasta entonces existía no parecía ser suficiente para justificar un cambio. Esta decisión, como recuerdan Hazen y Stein (1995), ha impedido disponer de una delimitación más operativa acerca del subtipo generalizado y con ello también ha imposibilitado la toma de decisiones y la investigación acerca de qué técnica(s) aplicar en función del subtipo de FS que presente el sujeto. Como resultado, las definiciones de lo que se entiende por FS generalizada pueden variar a través de los estudios llevados a cabo, e incluso algunos investigadores han usado criterios que no se corresponden con la definición del DSM-IV (APA, 1994).

Como consecuencia, existen distintas formas de delimitar el subtipo generalizado de FS que varían en función de la naturaleza de los criterios establecidos. Heimberg y Holt (1989) sugieren la clasificación de los subtipos de FS siguiendo un esquema de tres categorías: (a) FS generalizada cuando el sujeto experimenta ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales (como en el DSM-III-R); (b) FS “circunscrita” cuando el sujeto experimenta ansiedad en un “número limitado” de situaciones “discretas”; y (c) FS no generalizada, cuando el sujeto experimenta ansiedad en un número limitado de situaciones de interacción con o sin miedo en situaciones de actuación. En un estudio posterior, Heimberg, Hope, Dodge, y Becker (1990), asignan el subtipo de FS específica a los sujetos que experimentan miedo únicamente en situaciones circunscritas (v.gr. hablar en público); y aquellos con miedo a la mayoría de las situaciones sociales son asignados al subtipo de FS generalizada.

El grupo de consenso para el DSM-IV (Task Force on DSM-IV; APA, 1991), basándose en un criterio mixto (cuantitativo y cualitativo), presentó una alternativa al DSM-III-R (APA, 1987), muy similar a la de Heimberg y Holt (1989), que consistió en adoptar un sistema de tres subtipos: (a) FS generalizada, si el sujeto experimenta ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales; (b) FS de actuación, si el sujeto experimenta ansiedad en un número limitado de situaciones de actuación en público; y (c) FS de interacción limitada, si las situaciones temidas se restringen a una o dos situaciones sociales de interacción. Por situaciones de actuación se entienden aquellas que implican “actividades que el sujeto puede realizar cuando está solo pero que le producen ansiedad en presencia de otros”, mientras que las situaciones de interacción hacen referencia a aquellas “actividades que requieren la participación activa de otra persona” (Heimberg, Holt et al., 1993, p. 263).

Turner, Beidel y Townsley (1992), adoptando un criterio estrictamente cualitativo, asignan el subtipo generalizado de FS a los sujetos que experimentan miedo en al menos una de las siguientes situaciones: “fiestas (reuniones sociales), iniciar conversaciones, o mantener conversaciones” (situaciones de interacción social); frente a la FS específica que se caracteriza como “miedo sólo a situaciones sociales de actuación tales como dar charlas, hablar en reuniones, comer o escribir en público, o usar aseos públicos” (p.327). De esta forma, un sujeto que experimenta ansiedad en una sola situación de relación social recibe un diagnóstico de FS generalizada ya que como hemos comentado, la clasificación se basa en criterios cualitativos y no cuantitativos.

Mannuzza et al. (1995), siguiendo un criterio cuantitativo distinguen entre FS generalizada, cuando el sujeto teme o evita “la mayoría de situaciones sociales” tanto de actuación como de interacción, y el subtipo no generalizado, cuando el sujeto teme o evita “menos de la mayoría de las situaciones sociales” tanto de actuación como de interacción.

Stein (1997), informa de que en la práctica clínica la mayoría de los pacientes con FS se pueden dividir en tres categorías: (a) los que presentan únicamente miedo a hablar en público, (b) los que muestran miedo a hablar en público acompañado de miedo a una o dos situaciones de actuación y, (c) los que informan de miedo a una gran variedad de situaciones sociales tanto de actuación como de interacción. Los dos primeros grupos conformarían lo que otros autores llaman FS específica, mientras que el último

constituiría el subtipo generalizado de FS tal y como es operacionalizado por Mannuzza et al. (1995). En un estudio posterior (Stein et al., 1998) establece tres subtipos de FS siguiendo una combinación de los criterios cuantitativo y cualitativo: (a) FS discreta: cuando el sujeto experimenta miedo en al menos una situación de actuación, (b) FS no generalizada: cuando el sujeto experimenta miedo únicamente en una o dos situaciones de interacción (FS de interacción limitada) o cuando además informa de miedo en al menos una situación de actuación, y (c) FS generalizada: cuando el sujeto muestra miedo en tres o más situaciones de interacción.

Un año después, el análisis realizado por Kessler, Stein y Berglund (1998) con la información procedente del *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1994), mostró que la amplia muestra de encuestados (N = 8.098) podía ser dividida en dos subtipos de FS: a) aquellos que únicamente temían hablar en público, y b) aquellos que temían al menos otra situación social (tanto de actuación como de interacción) con o sin miedo a hablar en público. Estos subtipos posteriormente son denominados por Stein y Chavira (1998) como FS a hablar en público y FS compleja respectivamente.

Como los propios autores señalan, estos subtipos no son idénticos a los encontrados en estudios clínicos donde se identifican: (a) un subtipo caracterizado por miedo en situaciones de actuación tales como escribir o comer en público además de miedo a hablar en público, (miedo éste último difícil de encontrar en clínica como miedo único y que en este estudio constituye por sí solo un subtipo), y (b) el subtipo denominado FS generalizada caracterizado por miedo tanto en situaciones de actuación como de interacción. El hecho de no encontrar esta distinción en el *National Comorbidity Survey* puede deberse a que en ese estudio son evaluadas sólo seis situaciones sociales, de las que cinco de las cuales son de actuación (hablar ante un pequeño grupo de personas, hablar en público, comer o beber delante otras personas, usar aseos públicos y escribir en público) y una de relación (hablar con otras personas).

Más recientemente, Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson (2000), han llevado a cabo, en población comunitaria, un análisis de grupos basándose en cuatro variables: a) malestar, b) número de situaciones sociales temidas, c) grado de deterioro funcional, y d) número de criterios cumplidos para el trastorno de personalidad por evitación según el DIP-Q (DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire; Ottoson et al. 1998). Del análisis emergieron tres categorías en función de la puntuación

obtenida en todas las variables: subtipo generalizado (puntuación alta), no generalizado (puntuación media), y FS discreta (puntuación baja).

Stein, Torgrud y Walker (2001), han llevado a cabo un estudio epidemiológico, también en muestra comunitaria, en el cual evalúan doce situaciones sociales, el doble de las evaluadas por Kessler et al. (1998), de las cuales seis son de actuación y seis de interacción. Siguiendo un criterio estrictamente cuantitativo consistente con el DSM-IV (APA, 1994), los sujetos son asignados al subtipo de FS generalizada si experimentan miedo en 7 ó más situaciones sociales y el resto son diagnosticados con FS no generalizada. Sin embargo, los autores de ambos estudios llegan a la conclusión de que aunque estas distinciones pueden ser utilizadas en la práctica clínica, en la población general no se puede hablar de categorías claramente diferenciadas. A este respecto, Furmark et al. (2000) observan que los subtipos difieren a lo largo de un continuo de severidad de la FS (leve, moderada y severa), y Stein et al. (2001) al estudiar el impacto de la FS en distintos ámbitos, descubren que la interferencia tanto en el ámbito educativo, como laboral y personal, se incrementa proporcionalmente al número de situaciones temidas y que este incremento es continuo y gradual sin la evidencia clara de la existencia de un umbral, lo cual les lleva a cuestionar el modo de operacionalizar los subtipos de FS siguiendo las pautas del DSM-IV (APA, 1994).

Otro tipo de investigaciones han basado la construcción de nuevas clasificaciones de los subtipos de FS en la utilización de nuevas taxonomías. Así, en un estudio reciente (Iwase et al., 2002), se llevó a cabo una clasificación empírica de los subtipos de FS en población clínica. En el análisis de conglomerados emergieron cuatro subtipos de FS: (1) Ofensivo, caracterizado por una mayor gravedad en la sintomatología ya que cualquier situación podía provocar respuestas de ansiedad; (2) Ansiedad interpersonal, caracterizado por un miedo a la interacción social en la vida diaria; (3) tipo de ansiedad de ejecución; y (4) tipo medio. Los resultados también mostraron que las personas pertenecientes a los subtipos que implicaban un rango más amplio de situaciones sociales temidas o evitadas (tipo ofensivo y de ansiedad interpersonal) eran las que presentaban mayores problemas de adaptación y padecimiento subjetivo.

Por otra parte, Quero, Baños, Botella y Gallardo (2003) evaluaron en qué medida los subtipos propuestos por Turner et al. (1992) y los propuestos por Heimberg et al. (1989) diferenciaban a una muestra de personas diagnosticadas con FS en variables clínicas y

psicopatológicas relevantes. Examinaron también la utilidad de las situaciones listadas en la ADIS-R (DiNardo et al. 1985) como heurísticos a la hora de realizar tipologías de FS. Los resultados mostraron que, independientemente de la clasificación tomada como referencia, las personas que tenían un mayor rango de situaciones sociales presentaban un grado mayor de psicopatología, obteniéndose tres subtipos de Fobia Social: Miedo a hablar en público (MHP), Miedo a interactuar con personas del sexo opuesto y con figuras de autoridad (Fobia Social Circunscrita –FSC-) y Fobia Social Generalizada (FSG). Según estos autores, la FSG ocasiona una mayor interferencia en la vida de la persona y es más probable que tenga asociado un TPE. Las personas con este subtipo de FS suelen estar más deprimidas, ser más ansiosas, tener un mayor rasgo de neuroticismo, tener un mayor miedo a la evaluación negativa, evitar más las situaciones sociales y, éstas les producen, en general un malestar y ansiedad mayores.

Como hemos podido comprobar, numerosos estudios en población adulta han estudiado la delimitación en subtipos de la FS. Sin embargo, la investigación en población adolescente es todavía limitada pese a que ya disponemos de varios trabajos tanto extranjeros como españoles. Entre los extranjeros disponemos de uno con población adolescente con una edad media de 14.6 años (Hofmann et al., 1999), otro con población adolescente y “adultos jóvenes” cuyas edades oscilan entre 14 y 24 años (Wittchen, Stein y Kessler, 1999) y un tercero con población adolescente polaca (Rabe, Dietrich y Gmitrowicz, 2004). En el ámbito español también encontramos algunos trabajos con población adolescente española en los que ya se aborda esta problemática (García-López, 2000; Olivares, 1998; Olivares y Caballo, 2003; Olivares y García-López, 2002; Olivares, Piqueras y López-Pina, 2005 y Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002).

En el ámbito epidemiológico distintos trabajos han dado a conocer datos relativos tanto a la prevalencia como a la comorbilidad de los subtipos en población adolescente. Así, Rabe et al. (2004) hallaron datos de la prevalencia de los subtipos de FS (específico y generalizado) en un grupo representativo de adolescentes de Lodz (Polonia), hallando un 17% con FSE y un 7% con FSG, así como también comorbilidad con problemas de alcohol y drogas y suicidio.

Los criterios utilizados para la delimitación de los subtipos han sido variados, como ya hemos visto. Dos ejemplos más en este sentido, pero en este caso con participación

de adolescentes, son los que se recogen en los trabajos de Hofmann et al. (1999) y Wittchen et al. (1999). Hofmann et al. (1999) solicitaron a una muestra de 33 adolescentes norteamericanos con FS que nombraran sus 10 situaciones sociales más temidas y que las puntuasen según una escala de 9 puntos (rango: 0-8). Posteriormente dos jueces independientes clasificaron estas situaciones en función de las categorías expresadas por Holt et al. (1992): interacciones/charla formal, interacciones/charla informal, observación por parte de los demás y asertividad. El criterio requerido para ser asignado al subtipo generalizado era informar de una moderada ansiedad (una puntuación de 4, donde 8 es la puntuación máxima) en todas las categorías. En caso contrario se asignaba al subtipo no generalizado. Por su parte, Wittchen et al. (1999) llevaron a cabo, en Alemania, un estudio epidemiológico con una muestra comunitaria de 3.021 adolescentes y jóvenes adultos y asignaban a los sujetos al subtipo generalizado de FS cuando: a) cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), b) temían tres o más de las seis situaciones evaluadas por la *M-CIDI (Munich-Composite International Diagnostic Interview; Wittchen y Pfister, 1997)*, y c) la persona reconocía que su miedo y evitación a dichas situaciones estaban presentes casi siempre desde su inicio.

En España, Olivares (1998) construyó una propuesta racional e integradora para subdividir y operacionalizar el subtipo generalizado de la Fobia Social, más tarde incluida en el marco del modelo tentativo elaborado por Olivares y Caballo (2003, véase apartado III. Modelos psicológicos de la FS). Olivares (1998) entiende que para operacionalizar la formulación actual de los subtipos propuestos por la APA (1994) es preciso distinguir, primero, entre Fobia Social de actuación y de relación (en la línea propuesta por Turner, Beidel y Townsley, 1992) y, después, entre Fobia Social específica y generalizada (APA, 1994). Desde esta propuesta actuación y relación no son cualitativamente diferentes (véase Olivares y Caballo, 2003), pero sí conllevan intensidades de incertidumbre distintas, interfieren de modo significativamente distinto en la actividad cotidiana del sujeto y generan diferentes intensidades de padecimiento subjetivo.

La propuesta asume que el grado de malestar e interferencia generado por las situaciones sociales que están mediadas por la necesidad de relación social será mayor que el producido por aquellas otras que están referidas a situaciones en las que la

relación directa con el otro no es necesaria (actuación) o esta se reduce a una sola situación de relación. Así mismo, entiende también que el malestar y la interferencia serán tanto mayores cuanto mayor sea el número de situaciones sociales fóbicas en las que esté implicada la relación del sujeto con otros. Es decir, se hipotetiza que en la Fobia Social de actuación al sujeto le será menos difícil controlar el malestar mediante respuestas de escape parcial que en la relación con otro u otros; de igual modo, en una situación de actuación la participación activa del otro u otros se percibiría más controlada por la misma estructura de la situación que en el contexto de un proceso de relación social.

Esta propuesta se articuló integrando las aportaciones de Turner, Beidel y Townsley (1992) y Heimberg, Holt et al. (1993). Así, en primer lugar, tomando como referencia el criterio cualitativo sugerido por Turner et al. (1992) se clasifican las situaciones sociales temida en dos grandes grupos: de actuación y de relación/interacción. Siguiendo este criterio cualitativo nuestro equipo ha clasificado los 13 ítems recogidos en la sección de FS del ADIS-IV-L (Di Nardo, Brown y Barlow, 1994) del siguiente modo: (a) Ítems o situaciones que generan ansiedad social de actuación: hablar en público, comer o beber en público, escribir delante de otras personas y usar aseos públicos, y (b) Ítems o situaciones que desencadenan ansiedad social de relación (participar en reuniones, en fiestas, en reuniones escolares o en dinámica de la clase; hablar con personas desconocidas, dirigirse a personas con autoridad, decir que no a alguien que te pide algo, pedir algo a alguien, iniciar una conversación, mantener una conversación o citarse con una persona del sexo opuesto). De acuerdo con este primer criterio, la clasificación de cualquier situación social temida por el sujeto se realizaría atendiendo a si ésta requiere o no de la participación directa o potencial de otro u otros sujetos si se produce, es decir, si se trata de una situación que sólo requiere de la actuación o conlleva necesariamente la relación con el otro u otros; es decir, la propuesta asume la delimitación de los subtipos en Fobia Social de actuación y Fobia Social de relación, en función del grado de participación directa del otro u otros. En segundo lugar, la propuesta incluye un requisito o condición mixta (cualitativa-cuantitativa) necesaria para clasificar a los sujetos dentro del Trastorno por Ansiedad Social/Fobia Social; esta segunda condición operacionaliza el subtipo generalizado de la Fobia Social en razón al grado de interferencia y malestar, utilizando el estilo de la APA, del modo que sigue: se asigna a los sujetos que cumplen los criterios para el diagnóstico de Fobia Social (DSM-

IV y TR; APA, 1994 y 2000) y presentan ansiedad social a tres subgrupos diagnósticos (Fobia Social levemente generalizada - FSLG -, moderadamente generalizada - FSMG – y gravemente generalizada - FSGG -). Para que un sujeto pueda ser incluido en el subtipo generalizado se requiere que necesariamente presente al menos Fobia Social en dos situaciones catalogadas de relación/interacción social en la primera condición o cualitativa. Cumplido este requisito obtendrá un diagnóstico de FSLG cuando el número de situaciones sociales temidas oscile entre un mínimo de dos y un máximo de cinco situaciones, de FSMG cuando informe ansiedad social entre seis y nueve situaciones, y por último, FSGG cuando muestre ansiedad en diez o más situaciones. Este requisito (la existencia al menos de dos situaciones sociales temidas de relación) delimita por exclusión el subtipo específico. Es decir, si el sujeto sólo teme una situación social éste será clasificado en el subtipo “Fobia Social específica”, requiera o no de la relación con los demás. En este mismo sentido, si un sujeto presentara seis situaciones fóbicas, por ejemplo, siendo sólo una de ellas de relación, también sería adscrito al subtipo “Fobia Social específica” dado que el gradiente de incertidumbre, así como el grado de malestar y la interferencia a él asociados (Olivares, 1998; Olivares y Caballo, 2003), sólo estaría circunscrito a la ocurrencia de esas situaciones concretas, pero no se encontraría generalizado a la necesidad de la participación activa y directa del sujeto en la relación para el mantenimiento del proceso de intercambio social.

Hasta ahora, nuestro equipo ha delimitado la FS generalizada siguiendo la propuesta de Olivares (1998) a fin de controlar en nuestros trabajos el papel modulador de los niveles de esta variable en el efecto del tratamiento de la Fobia Social con adolescentes (véase García-López, 2000; García-López et al., 2002; Olivares y García-López, 2002; Olivares et al., 2002; Ramos et al., 2002; Ruiz, 2003; Ramos, 2004).

La propuesta de Olivares (1998) ha recibido apoyo empírico en dos trabajos recientes realizados por nuestro equipo (Olivares, Piqueras y López-Pina, 2005; Olivares, Piqueras et al., 2004b). En esta investigación se emplearon técnicas de análisis factorial y análisis de cluster (análisis de conglomerados) para analizar las puntuaciones de miedo y evitación informadas por los sujetos en las diferentes situaciones que recoge la subescala de Fobia Social del ADIS-IV, entrevista diagnóstica semiestructurada delimitada por los criterios para el diagnóstico de este trastorno recogidos por el DSM-IV y el DSM-IV-TR (APA, 1994 y 2000). La muestra estuvo integrada por adolescentes

pertenecientes al contexto comunitario escolar y el tramo evolutivo se ubicó entre los 14-18 años. Los resultados de ambos estudios avalan que el perfil de los subtipos derivado empíricamente coincide con la propuesta de Olivares (1998) empleada hasta ahora por nuestro equipo, es decir, muestran la existencia de dos tipos de situaciones sociales (las de actuación frente a las de relación social) y confirman la hipótesis de la existencia de dos subtipos de Fobia Social: Fobia Social específica frente al subtipo generalizado, y dentro de éste último permiten distinguir, a su vez, tres subgrupos diagnósticos con importantes implicaciones clínicas tanto en el ámbito del pronóstico como en el del diagnóstico y el tratamiento: Fobia Social levemente generalizada, moderadamente generalizada y gravemente generalizada. En la tabla II.8. muestra una síntesis de las diferentes propuestas de delimitación de la FS en población adulta y adolescente.

Tabla II.8. Propuestas de delimitación de los subtipos de Fobia Social

Autor/es	Subtipos	Situación social
Schlenker y Leary, (1982)	FSG	Mayoría de situaciones sociales
	FSE	Situaciones menos habituales
DSM III-R (APA, 1987)	FSG	Mayoría de las situaciones sociales
Heimberg y Holt, 1989	FSG	Ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales
	FSC	Ansiedad en un “número limitado” de situaciones “discretas”
	FSnG	Ansiedad en un número limitado de situaciones de interacción con o sin miedo en situaciones de actuación
Heimberg, Hope et al. (1990) (Además de FSG, FSC y FSnG)	FSE	Miedo solamente en determinadas situaciones circunscritas (v.gr., hablar en público)
Task Force on DSM-IV; APA (1991)	FSG	Ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales
	FSA	Actividades que el sujeto puede realizar cuando está solo pero le producen ansiedad en presencia de otros
	FSIL (FS de interacción limitada)	Ansiedad en una o dos situaciones de interacción social
Turner, Beidel y Townsley (1992),	FSG	Miedo en, al menos una, de las siguientes situaciones: “fiestas (reuniones sociales), iniciar conversaciones o mantener conversaciones (situaciones de interacción social)
	FSE	Miedo sólo a situaciones sociales de actuación, tales como dar charlas, hablar en reuniones, comer o escribir en público o utilizar los servicios públicos”
Mannuzza, Schneier, Chapman, Liebowitz, Klein y Fier (1995),	FSG	Miedo o evitación de “la mayoría de situaciones sociales
	FSnG	Resto de casos

Tabla II.8. Propuestas de delimitación de los subtipos de Fobia Social (Continuación)

Autor/es	Subtipos	Situación social
Hoffman et al. (1998): Situaciones sociales: - interacciones/charla formal, - interacciones/charla informal - observación por parte de los demás - asertividad.	FSG	Moderada ansiedad (4) en todas las categorías.
	FSnG	Resto de casos
Stein y Chavira (1998)	FSE	Miedo en situaciones de actuación como escribir o comer en público, además del miedo a hablar en público
	FSG	Miedo en situaciones de actuación y también en las de interacción
Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson (2000)	FSG	En función de: a) malestar; b) número de situaciones temidas; c) grado de deterioro funcional; y, d) número de criterios cumplidos para el trastorno de personalidad por evitación según el DIP-Q (DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire; Ottoson et al. 1998)
	FSnG	
	FSD (discreta)	
Stein, Torgrud y Walker (2001)	FSG	Miedo en 7 o más situaciones sociales
	FSnG	Inferior a 7 situaciones
García López (2000); Olivares y Caballo (2003); ▪ FS de Actuación ▪ FS de Relación	FS Específica	- Ansiedad en una o más situaciones de actuación, independientemente del número de ellas, o - Ansiedad ante una sola situación de interacción social más otras situaciones de actuación social
	FS levemente generalizada	Ansiedad ante un mínimo de dos y un máximo de cinco situaciones, siempre y cuando, al menos, la mayoría de tales situaciones impliquen una interacción social
	FS moderadamente generalizada	Ansiedad entre seis y nueve situaciones
	FS gravemente generalizada	Ansiedad en diez o más situaciones
Iwase, Nakao, Takaishi, Yurifuji, Ikewaza y Takeda (2002)	FS tipo ofensivo	Mayor gravedad en la sintomatología
	Tipo de ansiedad interpersonal	Miedo a la interacción social en la vida diaria
	Tipo de ansiedad de ejecución	Miedo a actuar ante los demás
	Tipo medio	Nivel medio en la sintomatología
Quero, Baños, Botella y Gallardo (2003)	MHP (Miedo a hablar en público)	Miedo a hablar delante de un auditorio
	FSC (FS Circunscrita)	Miedo a interactuar con personas del sexo opuesto y con figuras de autoridad
	FSG	Miedo en más de dos situaciones

Como puede observarse, la falta de una definición operativa del subtipo generalizado permite una amplia variedad de interpretaciones, lo que dificulta las comparaciones entre los estudios llevados a cabo y afecta a la fiabilidad de la delimitación entre los subtipos. Además, la ambigüedad que se asocia con el subtipo generalizado podría reducirse si los criterios diagnósticos del DSM incluyeran un listado de las situaciones

sociales a analizar y estableciera un punto de corte o umbral. En este sentido, las diferencias entre los estudios debido al número de situaciones sociales evaluadas también pueden estar afectando a la fiabilidad de la distinción entre el subtipo generalizado (a continuación, FSG) y el específico (a continuación, FSE). En la tabla II.9 se muestra una síntesis de las situaciones sociales fóbicas más frecuentes entre adultos, adolescentes y niños con este trastorno de ansiedad.

Tabla II.9 Situaciones sociales fóbicas más frecuentes en adultos, adolescentes y niños

FUENTES			
ADIS-IV-L, DiNardo y Barlow (1994)	Albano (1995)	ADIS-IV-C, Albano y Silverman (1996)	CIDI, Stein et al. (2000)
Adultos y Adolescentes	Adolescentes	Niños	Adultos
Fiestas o reuniones sociales	Presentarse a exámenes o concursos	Reuniones tipo boy-scout o equipos deportivos	Acudir a una fiesta o evento social similar
Participar en reuniones o en la clase	Asistir a actividades extraescolares tales como bailes, eventos deportivos, club social, etc.	Ir a fiestas, bailes o actividades escolares nocturnas	Dar una charla hablar en público
Hablar en público	Dar una lección oral	Dar la lección o leer en alto en clase	Hablar en una reunión o en clase
Hablar con personas desconocidas	Caminar por los pasillos	Caminar por el pasillo o guardar cosas en la taquilla	Pasear por una habitación en al que los demás están sentados
Comer en público	Comer en Público (especialmente en la cafetería del colegio)	Comer delante de otros	Comer o beber delante de otras personas
Usar aseos públicos	Pedir ayuda o aclaración al profesor o al tutor	Usar los aseos de la escuela	Usar aseos que no sean los de su casa
Escribir en público (tomar apuntes)	Llamar a un compañero para pedirle apuntes	Escribir en la pizarra	Escribir delante de gente que observe
Citas (quedar con un/a chico/a)	Citarse con alguien, llamar o invitar a un amigo a hacer algo	Citarse con alguien, llamar o invitar a un amigo a hacer algo	Hablar pensando que lo que se dice pueda parecer una tontería
Dirigirse a personas con autoridad (padres, profesores, el director, personas mayores)	Dirigirse a personas con autoridad, incluyendo dependientes o amigos adultos de los padres	Dirigirse a personas adultas	Dirigirse a personas de autoridad
Decir que no a alguien que te pide algo	Situaciones asertivas como dejar que te gasten una broma o negar la petición de unos apuntes	¿Es difícil que te niegues a prestar algo si no quieres? ¿Si alguien te gasta bromas es difícil para ti decirle que te deje en paz?	Devolver algún objeto a un establecimiento
Pedir algo a alguien	Pedir comida en un restaurante	Hacer preguntas en clase	Mirar a los ojos
Iniciar una conversación	Iniciar o incorporarse a una conversación con iguales	Iniciar o incorporarse a una conversación	Ser presentado a un desconocido
Mantener una conversación	Trabajar en proyectos de grupo	Hacer trabajos o jugar con otros niños	
	Ir a clase de gimnasia, música o cualquier otra que implique actuación	Actuaciones deportivas o musicales	
	Contestar al teléfono o al timbre de la puerta	Hablar por teléfono	
	Fotografiarse para los álbumes del colegio	Fotografiarse para los álbumes del colegio	
		Preguntar dudas al profesor	
		Hablar con personas que no conoces mucho	
		Hacer gimnasia en clase	

Nota: Las situaciones en cursiva son las incluidas originalmente en la CIDI y las restantes fueron añadidas por el grupo de Stein.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, pasamos a presentar los datos resultantes de los trabajos de investigación que respaldan la existencia de diferencias en diferentes variables epidemiológicas, clínicas o de otro tipo entre los subtipos de FS.

Respecto a la prevalencia encontrada en función de los subtipos, los datos no son consistentes. Existen estudios en población adulta (v.gr., Kessler et al., 1998; Ruipérez et al., 2002; Turner, Beidel y Jacob, 1994; Scholing y Emmelkamp, 1993b) y adolescente (García-López, 2000) donde la mayor parte de los sujetos con FS son asignados al subtipo generalizado, frente a otros en población adulta (Furmark et al., 2000; Stein et al., 2001) y en población adolescente (Hofmann et al., 1999; Olivares Piqueras y Rosa, en prensa; Rabe et al., 2004; Wittchen et al., 1999), donde el porcentaje de FSG es menor al encontrado para la FS no generalizada. Esto puede deberse a que los estudios difieren tanto en la nacionalidad de la población, como en aspectos metodológicos, técnicas de clasificación, tipo de evaluación e incluso períodos de prevalencia.

En relación con la prevalencia de la FS en función del sexo se ha constatado que el número de chicas que cumplen los criterios para el diagnóstico del subtipo FSG es significativamente mayor que el de chicos. La mayoría de las investigaciones realizadas con población adulta y adolescente ponen de manifiesto una prevalencia más alta de mujeres con FS que de varones (ratios de 3:2 y 2:1 -véase Furmark, 2002-) y una gravedad de la ansiedad social más elevada en las chicas (v.gr., Essau et al., 1999 o Wittchen et al., 1999). Por ejemplo, Wittchen et al. (1999) encontraron más del doble de chicas que chicos con FSG (5.5% vs. 2.7%), en una muestra comunitaria de adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 17 años. En un estudio reciente de nuestro equipo (Olivares, Piqueras y Rosa, en prensa) se observa que las adolescentes con FSG son más del doble que los chicos (63% vs. 28%), las chicas presentan un mayor porcentaje de FSG que de FSE (63% vs. 37%), contrariamente a lo que parece ocurrir en los chicos (28% FSG vs. 72% FSE).

Respecto a otras variables sociodemográficas, distintos autores han encontrado que los sujetos adultos que presentan FSG, respecto a los que son identificados con FSE, muestran una edad de inicio más temprana, un menor nivel educativo, una mayor tasa de desempleo, un mayor porcentaje de solteros, un número superior de familiares de primer grado que también reciben un diagnóstico de FS y una mayor proporción de

sujetos que hacen uso de psicofármacos (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Furmark, et al., 2000; Heimberg, Hope et al., 1990; Holt, Heimberg, Hope y Liebowitz, 1992; Levin et al., 1993; Mannuzza et al., 1995; Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995; Tran y Chambless, 1995). En población adolescente, al igual que en adultos, se ha encontrado que los sujetos con FSG informan de una edad de inicio más temprana, mayor deterioro funcional y persistencia de los síntomas, tasas más elevadas de tratamiento médico o psicológico, así como mayor frecuencia de historia clínica familiar y de trastornos de la conducta (Olivares, Piqueras y Rosa, en prensa; Wittchen et al., 1999).

Respecto a algunas variables clínicas relevantes en la FS entre adolescentes, Olivares, Piqueras y Rosa (en prensa) y Olivares, Piqueras, Rosa y Sánchez-García (2005a) concluyen también en este trabajo lo siguiente: (i) la ausencia de diferencias significativas tanto en la edad media de inicio como en la cronicidad del trastorno entre los sujetos del subtipo FSE y los del FSG; (ii) la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas (medidas de autoinforme) a favor de las adolescentes con diagnóstico de FSG, lo que puede traducirse como mayor malestar e interferencia y consecuencias más graves en el proceso de desarrollo individual y social y; (iii) la constatación de la conveniencia de seguir manteniendo al menos la distinción entre FSE y FSG, de cara tanto a la predicción del curso como respecto de la delimitación de tratamientos específicos, dado que parecen representar grupos claramente distintos respecto de la severidad del trastorno en este tramo evolutivo.

Asimismo, los sujetos adultos con FSG informan una mayor comorbilidad con otros trastornos del eje I y II, en comparación con los sujetos con FSE (Heimberg et al., 1990; Herbert, Hope y Bellack, 1992; Holt et al., 1992; Kessler et al., 1998). Sin embargo, en población adolescente los escasos datos de los que disponemos hasta ahora son contradictorios. Por un lado, y en consonancia con los estudios en población adulta, Wittchen et al. (1999) o Chavira, Stein, Bailey y Stein (2004) encontraron que los adolescentes con FSG tienen mayor tasa de comorbilidad, mientras que en el trabajo de Hofmann et al., (1999), en población norteamericana, los sujetos con FSG no difieren en las tasas de comorbilidad de aquellos con FS no generalizada. De nuevo el distinto procedimiento para determinar lo que se entiende por un subtipo generalizado puede haber afectado a los resultados. Recientemente, Olivares, Piqueras y López-Pina (2005)

mostraron datos relativos a la existencia de un porcentaje mayor de comorbilidad con otros trastornos psicológicos en el subtipo de FS gravemente generalizada, seguido de la FS moderadamente generalizada, la FS levemente generalizada y por último la FS específica.

También se han encontrado diferencias respecto a los subtipos en función de las variables de personalidad. En comparación con los sujetos con FSE, aquellos con FSG muestran un mayor grado de neuroticismo (Norton, Cox, Hewitt y McLeod, 1997), introversión y un mayor número de ellos informa una historia de timidez en la infancia (Mannuzza et al., 1995; Stemberger et al., 1995).

Por otra parte, también se ha estudiado en qué medida existen diferencias entre los subtipos cuando se emplean distintos instrumentos de evaluación: autoinformes, pruebas de observación conductual y registros psicofisiológicos. En cuanto a los autoinformes, se ha encontrado que los sujetos con FSG muestran mayor severidad social (mayores puntuaciones en las escalas empleadas) en las respuestas de ansiedad y una mayor interferencia en la vida del sujeto en comparación con aquellos con FSE (Brown et al., 1995; Heimberg et al., 1990; Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992; Hope, Herbert y White, 1995; Turner et al., 1994); miedo elevado a la evaluación negativa e interferencia cognitiva durante la exposición a estímulos sociales de carácter amenazante (Hofmann, Gerlach, Wender y Roth, 1997; McNeil, Ries et al., 1995; Tran y Chambless, 1995); así como mayor dificultad en los problemas interpersonales (Kachin, Newman y Pincus, 2001). Por lo que respecta a los adolescentes, los resultados del estudio de Olivares, Piqueras y Rosa (en prensa) muestra que los sujetos con FSG presentan valores superiores a los del subtipo específico (FSE) en todas las variables registradas mediante medidas de autoinforme (ansiedad social general, respuestas de evitación social, componente cognitivo, ansiedad social ante la interacción y la actuación, inadaptación, autoestima, conducta asertiva y habilidades sociales), alcanzando en todos los casos las diferencias significación estadística.

Por lo que respecta a las pruebas de observación conductual, los resultados han demostrado que los sujetos con FSG, en comparación con los FSE, muestran un mayor número de pensamientos negativos y un menor número de positivos, así como una duración superior del tiempo que permanecen en silencio y en general, una habilidades sociales más pobres (Boone et al., 1999; Tran y Chambless, 1995). Por el contrario, los

sujetos con FSE, en comparación con los FSG, revelaron una tasa de latencia de respuesta más elevada ante estímulos (palabras) relacionados con la situación de hablar en público pero no con estímulos relativos al contexto de interacción social (Boone et al., 1999; Heimberg et al., 1990; Hofmann et al., 1995; Levin et al., 1993; McNeil et al., 1995; Turner et al., 1992) y mayor tasa cardíaca (Boone et al., 1999). Debido a este hecho, algunos autores (v.gr., McNeil, Ries y Turk, 1995) han establecido una similitud entre las diferencias de los subtipos y los términos de ansiedad y miedo. En este sentido, por miedo se entiende una activación psicofisiológica elevada ante una situación específica mientras que la ansiedad se considera como más difusa y menos consistente con instrumentos de medida, tales como la reactividad psicofisiológica. Si esto se pudiera aplicar a los subtipos de FS, la FSG podría ser más una característica de las respuestas de ansiedad y la FSE corresponder a una respuesta de miedo. Yendo más allá, Boone et al. (1999) cuestionan que la FSE sea una entidad distinta a una fobia específica. Por lo tanto, esta es una cuestión que sigue requiriendo de la aportación de evidencia empírica para ser resuelta.

Por último, varios trabajos se han centrado en investigar en qué medida los efectos diferenciales de ciertos tratamientos psicológicos y farmacológicos para la FS varían en función de los subtipos. Un ejemplo de estos trabajos respecto a los tratamientos psicológicos, han sido los que se han ocupado de evaluar la eficacia del Terapia Cognitivo-Conductual en Grupo (*Cognitive-Behavioral Group Therapy, CBGT*; Heimberg, Dodge et al., 1990) en los subtipos de FS, que encontró que los sujetos con FSG presentaban mayor sintomatología antes y después del tratamiento que aquellos con FS no generalizada, pero los efectos del tratamiento fueron similares para ambos grupos (Hope, et al., 1995; Brown, Heimberg y Juster, 1995). Si la literatura es breve sobre los efectos diferenciales de tratamientos psicológicos, menos se conoce aún sobre los tratamientos farmacológicos. Se sugiere que diferentes fármacos pueden ser más efectivos para subtipos concretos (Levin et al., 1993; Levin, Schneier y Liebowitz, 1989). No obstante, se necesitan más estudios para clarificar esta área de investigación tal como indicamos en el apartado VI, relativo a los tratamientos de este trastorno.

SÍNTESIS

Si bien en los últimos años, tal como señalan Lépine y Chignon (1994), existe bastante acuerdo en admitir únicamente dos entidades dentro de las FS: FS simple

(discreta) y FS generalizada, y también en considerar que el subtipo generalizado supone una interferencia más grave en la vida cotidiana (Stein, Torgrud y Walker, 2000; Ruipérez et al., 2002), a día de hoy no existe consenso a la hora de determinar si existen diferencias cuantitativas o cualitativas entre los subtipos de la FS. Un grupo de autores aboga por la existencia de un *continuum* entre la FSE, FSG y FSG más TPE, sosteniendo que tan sólo existen diferencias a nivel cuantitativo. Por el contrario, otros sostienen que la FSG y la FSE constituyen trastornos diferentes en su génesis, que presentan diferencias en el pronóstico y requieren distintos tratamientos. A nuestro parecer, esta última postura supone reducir la psicología al modelo biomédico, el cual establece categorías para etiquetar a los sujetos en ejes o trastornos a veces incluidos de forma artificial, como es el caso del trastorno de evitación (DSM-III) o el trastorno por ansiedad excesiva (DSM-III-R), los cuales fueron incluidos en la nomenclatura diagnóstica y posteriormente eliminados dada la inexistencia de datos que permitieran avalarlos. Frente a esto, entendemos que ambos subtipos pertenecen a una dimensión de orden superior, denominada ansiedad social o como Caballo (1995) sugiere dentro de una nueva clasificación denominada “Trastorno de relaciones interpersonales”.

II.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con la inclusión de la FS dentro de la nomenclatura diagnóstica en 1980 (DSM-III, APA) se incrementó el interés y los esfuerzos para investigar sobre este campo. Asimismo el establecimiento de un diagnóstico diferencial de éste respecto a otros trastornos de ansiedad cobró mayor relevancia dada la alta comorbilidad que la FS presenta con otros trastornos del eje I y II (véase II.4.3.). A continuación presentamos los trastornos sobre los que más se ha trabajado de cara a su diagnóstico diferencial.

II.3.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS DEL EJE I

II.3.1.1. Agorafobia con o sin trastorno de pánico

El motivo para la confusión entre el trastorno de agorafobia con o sin trastorno de pánico y la FS estriba en que los sujetos con agorafobia también muestran miedo y evitación a las situaciones sociales, aunque el origen de ese temor es diferente (Heckelman y Schneier, 1995). Así, los agorafóbicos tienen miedo a experimentar un ataque de pánico o perder el control en situaciones sociales en las que puede ser difícil o imposible escapar, mientras que para los sujetos con FS el aspecto central es el miedo a

ser observado y evaluado negativamente en las situaciones sociales (McCabe y Antony, 2002). A este respecto, Marks (1970) indicó que mientras que los sujetos con agorafobia temen las multitudes, los sujetos con FS temen los individuos que componen la multitud. Otro ejemplo es que mientras que los sujetos con agorafobia evitan sitios como los grandes almacenes debido al temor a tener un ataque de pánico, los sujetos con FS las evitan para impedir el contacto con otras personas. Así, ante la pregunta “si el Corte Inglés estuviera vacío, sin personas dentro, ¿te pondría nervioso entrar?”, un sujeto con agorafobia respondería que sí y otro con FS afirmaría que no. De manera general, en el estudio de Amies (1983) se encontró que las situaciones que provocaban mayor ansiedad en los sujetos con FS eran: el ser presentado, el dirigirse o estar con personas de autoridad, usar el teléfono, tener visitas en casa y el ser observado mientras se hace algo. En cambio, en los sujetos con agorafobia las situaciones más temidas eran: estar solo, estar en lugares desconocidos, cruzar calles o utilizar transportes públicos.

Otra diferencia estriba en que los sujetos con FS no temen las respuestas psicofisiológicas en sí mismas, sino que su temor radica en que los demás noten sus respuestas psicofisiológicas, al contrario que lo que pasa en los sujetos con agorafobia con o sin trastorno de pánico. Además en los sujetos con FS, las respuestas psicofisiológicas sólo se manifiestan en presencia de, o anticipando, situaciones sociales, mientras que los sujetos con agorafobia también temen la presencia de estas respuestas en situaciones en las que no hay gente a su alrededor (p.ej., mientras están solos en casa). A este respecto, como señalan Moutier y Stein (1999): “es importante averiguar el miedo que antecede a la evitación y si el paciente tiene ansiedad cuando está solo” (pp. 6).

Distintas investigaciones han examinado en qué medida ambos trastornos difieren en sus respuestas psicofisiológicas o en las variables sociodemográficas. Así, respuestas psicofisiológicas tales como el rubor, sudor o temblor parecen ser más frecuentes en sujetos con FS, mientras que en la agorafobia con o sin trastorno de pánico las más frecuentes son: dificultades en la respiración, taquicardia, mareos, dolor de cabeza o visión borrosa (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Gorman y Gorman, 1987; Davidson, 2000; Reich, Noyes y Yates, 1988).

Respecto a las variables sociodemográficas, Mannuzza, Fyer, Liebowitz y Klein (1990) hallaron que la edad de inicio de la FS era inferior a la de los sujetos con

agorafobia (mitad de la adolescencia vs. principios de la veintena). Junto a esto, Norton, et al. (1996) encontraron que los sujetos con FS, en comparación con los sujetos con agorafobia con o sin trastorno de pánico, presentaban un nivel educativo más alto, un número superior de solteros y de desempleados, mayor proporción de sujetos con abuso y/o dependencia del alcohol y presentan una mayor interferencia en su vida familiar, laboral, social o de pareja. Por el contrario, se constata la inexistencia de diferencias significativas en el porcentaje de intentos o ideaciones suicidas y en la tasa de comorbilidad con trastornos del estado del ánimo. Por último, Jansen, Arntz, Merckelbach y Mersch (1994) hallaron que el criterio 6 del TPE permitía diferenciar entre los sujetos con FS frente a los que presentaban agorafobia (véase II.3).

II.3.1.2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

La FS se distingue del TAG en que este último incluye una preocupación irracional ante un amplio número de situaciones (los estudios, el dinero, la familia, la salud propia o de un familiar, las relaciones con otras personas o bien cosas sin importancia) mientras que los temores que presenta el sujeto con FS se restringen al miedo a la evaluación negativa en situaciones sociales. Sin embargo, un número considerable de sujetos con TAG muestran un trastorno adicional de FS (Brawman-Mintzer et al., 1993), lo cual no es de extrañar ya que una de las situaciones evaluadas en el TAG está relacionada con las relaciones interpersonales.

Algunos estudios han examinado en qué medida ambos trastornos difieren entre sí. Cameron, Thyer, Nesse y Curtis (1986), Reich *et al.*, (1988) y Versiani, Mundim, Nardi y Liebowitz (1988) encontraron que los sujetos con FS, comparados con los sujetos que presentan TAG, informaban de mayores respuestas psicofisiológicas de sudor y rubor, pero una menor frecuencia de dolores de cabeza, menos pensamientos relativos al miedo a morir y menos dificultades para conciliar el sueño. No obstante, estas diferencias son indicadores pobres de cara a establecer un diagnóstico diferencial. Heckelman y Schneier (1995) consideraron que la principal diferencia estriba en la presencia del miedo a la humillación o a la observación por parte de los demás. Si esto se produce junto con otras preocupaciones y además se cumple el resto de criterios del TAG y FS, se podría establecer ambos diagnósticos.

II.3.1.3. Episodio depresivo mayor (EDM)

Tanto los sujetos con FS como con EDM manifiestan ansiedad ante las situaciones sociales y evitan éstas. El elemento central para la distinción entre ambos diagnósticos radica en el factor que motiva o causa estas respuestas de ansiedad. La evitación social dentro del contexto de un EDM generalmente es consecuencia de una falta de energía o anhedonia. Por el contrario, los sujetos con FS describen que el EDM es resultado del aislamiento social, el cual les ha conducido a una progresiva evitación de situaciones sociales. Al contrario que los sujetos con EDM, el sujeto con FS cree que si fuera capaz de preocuparse menos por la evaluación de los demás, disfrutaría estando en compañía de otras personas. Heckelman y Schneier (1995) consideran que cuando la FS y el EDM se dan de forma conjunta, el diagnóstico de FS debe haberse realizado sólo si la FS tuvo un inicio anterior al de la depresión.

En un estudio reciente Smári, Pétursdóttir y Þorsteinsdóttir (2001) hacen referencia a la importancia que tiene diferenciar los aspectos relativos a la competencia en el EDM y la FS en la adolescencia ya que, aunque se solapan muchas de sus dramáticas consecuencias (como el aislamiento social), los mecanismos que gobiernan cada trastorno parecen no ser los mismos. La FS está estrechamente relacionada con la competencia social percibida (Beidel y Turner, 1998; Spence et al., 1999) y escasamente relacionada con la competencia en áreas como la académica o la capacidad física. La depresión, está relacionada con baja competencia percibida en las diferentes áreas evaluadas (académica, capacidad física, competencia general, calificaciones académicas o deportivas) y no especialmente en la competencia social (Cole, Martin, Powers y Trulio, 1996; Cole, Peeke, Martin, Trulio y Seroczynski, 1998) aunque también está incluida. Los resultados de este estudio están en consonancia con la hipótesis de que la depresión está precedida por déficits en varias áreas relativas a la percepción de competencia y que en la FS sería la baja percepción de competencia social y no otras competencias las que sustentarían el problema.

Finalmente, un punto a considerar es el hecho de que en los sujetos con FS y con un diagnóstico adicional de EDM se observa un incremento de la probabilidad de ideación e intentos suicidas (Schneier et al., 1992). Este dato ha de tenerse en cuenta de cara a preveer las posibles complicaciones derivadas de la presencia del EDM.

II.3.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS DEL EJE II

II.3.2.1. Trastorno de personalidad por evitación (TPE)

La conceptualización del trastorno del TPE en el DSM-III estaba centrada en Millon (Reich, 2000), y para este autor la diferenciación entre la FS y el TPE era evidente: mientras que el problema nuclear del TPE es la relación con otras personas, el problema nuclear de la FS es la actuación en situaciones públicas. Hoy en día, los datos empíricos, fundamentalmente clínicos, no permiten mantener esa diferenciación (Bobes et al., 2001).

Desde que en el DSM-III-R se incluyó el diagnóstico conjunto de la FS y el TPE, diversas investigaciones han señalado la alta tasa de comorbilidad existente entre ambos trastornos (Herbert et al., 1992; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Jansen et al., 1994; Olivares, Piqueras y Rosa, 2005b; Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002; Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer y Liebowitz, 1991; Tillfors, et al., 2001; Turner, et al., 1992). Este hecho es definido por Moutier et al. (1999) como “comorbilidad generada por un comité” (*comorbidity by committee*), “ya que cada vez parece estar más claro que el TPE simplemente indica un subgrupo de pacientes con trastorno de ansiedad social de tipo generalizado” (c.f. Bobes et al., 2001). En concreto, respecto a los subtipos de FS, aproximadamente el 60% de los sujetos con FSG también reciben un diagnóstico de TPE (Marteinsdottir, Furmark, Tillfors, Fredikson y Ekselius, 2001), en comparación con el 20% de los sujetos con FS no generalizada. A este respecto hay que indicar que para la FSG los datos del trabajo de Ramos et al. (2002) arrojan unos índices notablemente altos en la población infanto-juvenil (81.57%), mientras que Olivares, Piqueras y Rosa (2005b) han hallado una tasa de comorbilidad del 78% entre TPE y FSG.

Estas altas tasas de comorbilidad entre la FS (especialmente el subtipo generalizado) y el TPE no son de extrañar, dado el elevado solapamiento entre ambas condiciones en lo relativo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV (véase II.1). Es más, ambas ediciones del DSM aconsejan considerar el diagnóstico adicional del TPE cuando el sujeto reúna los criterios de FSG, lo cual ha llevado a plantear la cuestión de si existen diferencias cualitativas o únicamente cuantitativas entre ambos trastornos.

A este respecto, al menos tres de los siete criterios del DSM-IV para el TPE (criterios 1, 4 y 7 para Johnson, Turner, Beidel y Lydiard, 1995; y criterios 4, 5 y 6 para Bobes et al., 2001) revelan un grado alto de solapamiento con la FSG. Teniendo en cuenta que para el diagnóstico del TPE es necesario cumplir cuatro criterios, un sujeto con FS sólo necesitaría cumplir uno más para también reunir los criterios del TPE. Los estudios de Holt, et al., (1992), Turner et al., (1992), y Herbert et al., (1992), utilizando los criterios del DSM-III-R confirman este solapamiento. Estos autores encuentran que existe una proporción importante de casos de FS que no cumplen los criterios diagnósticos del TPE, mientras que la situación inversa es mucho menos frecuente; la mayor parte de los casos de TPE cumplen los criterios de FS. El porcentaje de pacientes que teniendo el diagnóstico de FS cumplían también los criterios del TPE era del 33%, 17% y 61% respectivamente (Holt et al., 1992; Turner et al., 1992; Herbert et al., 1992). Mientras que el 100% de los pacientes con TPE tenían además FS.

Toda esta confusión respecto a estas categorías diagnósticas viene como consecuencia de que, en relación con el DSM-III, en el DSM-III-R se ampliaron los criterios de FS de cara a incluir el componente de ansiedad ante la interacción social, lo cual condujo a que se modificaran los criterios para el TPE, centrándose más en el malestar y en el miedo a la evaluación negativa en las situaciones sociales y no tanto en las relaciones personales y en el concepto de baja autoestima. De esta forma, el sujeto que presentaba miedo a la mayoría de situaciones sociales es diagnosticado de FSG en el DSM-III-R mientras que en el DSM-III lo hubiera sido de TPE. Este dato es de especial importancia para analizar los resultados provenientes de los estudios que emplearon los criterios del DSM-III. La controversia acerca del solapamiento entre ambos trastornos continúa de forma similar en el DSM-IV, aunque los criterios de TPE han pasado a centrarse en el malestar ante las relaciones más que en la interacción social *per se*. Como Bobes et al. (2001) afirman, “parece, a pesar de la opinión de los expertos, que el problema se mantiene, ya que la Revisión del Texto del DSM-IV (DSM-IV-TR; APA, 2000) no ha introducido ninguna modificación en estos aspectos respecto a la versión sin revisar” (pág. 195).

De acuerdo con la evidencia empírica disponible se constata que:

1. El TPE se presenta tres veces más en la FSG que en la FSE.
-

2. Los sujetos que presentan FSG y TPE difieren de los sujetos con FSG pero sin TPE en que en los primeros aparece una menor proporción de casados, menor nivel socioeconómico, mayor comorbilidad con un trastorno del eje I o II, mayor severidad de las respuestas de ansiedad social y mayor interferencia en su vida familiar, social, laboral o de pareja (Boone et al., 1999; Brown et al., 1995; Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992; Tran y Chambless, 1995; Turner et al., 1992).

3. Existe controversia en los resultados hallados entre los sujetos con FS vs. TPE respecto a la presencia de un déficit en habilidades sociales. Marks (1985) puso de manifiesto que los sujetos con TPE presentaban déficit en habilidades sociales mientras los sujetos con FS no. Sin embargo, de acuerdo con los criterios diagnósticos que empleó Marks en su estudio (DSM-III), en la actualidad es probable que los sujetos con FS fueran diagnosticados de FS específica (FSE) y los que denominó como TPE fueran sujetos con FSG (con o sin TPE), con lo que se apoyaría la existencia de un déficit en habilidades sociales en los sujetos con FSG (con o sin TPE). Estudios posteriores basados en el DSM-III-R y DSM-IV han encontrado que los sujetos con FSG con o sin TPE no diferían en los instrumentos de evaluación que medían las habilidades sociales del sujeto (aspectos molares) en una prueba de observación conductual (Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992; Turner et al., 1992). Por el contrario, evaluando tanto aspectos molares como moleculares, Boone et al. (1999) hallaron diferencias significativas en un aspecto molecular pero no así en los aspectos molares, lo cual sí es consistente con los trabajos previos.

4. Parecen no existir diferencias significativas en los sujetos con FSG y TPE vs. FSG sin TPE en relación con medidas cognitivas (*Stroop test*), de acuerdo con los resultados obtenidos por McNeil, et al., 1995).

5. Los sujetos con FSG y TPE muestran respuestas psicofisiológicas distintas a los sujetos con FSG y que no presentan TPE. Hofmann, et al., (1995) hallaron diferencias significativas en la tasa cardiaca, en contraste con lo encontrado por Turner et al. (1992). No obstante, esta discrepancia puede deberse a diferencias metodológicas en el procedimiento.

6. Tras recibir tratamiento psicofarmacológico, los sujetos que presentan conjuntamente FS y TPE han disminuido el número de criterios requeridos para el diagnóstico del TPE en el posttest (c.f., Heimberg, 1996).

7. La presencia de TPE se ha asociado negativamente con el resultado del tratamiento cognitivo-conductual en dos trabajos (Feske y Chambless, 1995; Lucas y Telch, 1993). No se ha observado esto en otros trabajos, en los que la respuesta al tratamiento es similar, independientemente de la presencia del TPE (Boone et al., 1999; Brown et al., 1995; Feske, Perry, Chambless, Renneberg y Goldstein, 1996; Hope, et al., 1995; McNeil et al., 1995; Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, Meij y van Dyck, 2002; Van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997). Por otra parte, se ha puesto de manifiesto que los tratamientos conductuales también son eficaces para los sujetos con TPE (Alden y Capreol, 1993; Hofmann et al., 1995; Renneberg, Goldstein, Phillips y Chambless, 1990). De los resultados de estos estudios se desprende que los tratamientos psicológicos para la FS además parecen reducir el número de criterios del TPE que cumple el sujeto después de la terapia. Además, en base a su experiencia, Beidel y Turner (1998) han observado que los sujetos con FS y TPE no responden bien a las técnicas de inundación en vivo o en imaginación, dado que no toleran bien la intensa activación psicofisiológica que se produce durante la aplicación de esta técnica, por lo que se halla una mayor tasa de abandonos. Junto a esto, los autores han encontrado que la exposición gradual es más eficaz para los sujetos con FS y TPE, especialmente si se combina con un entrenamiento en habilidades sociales.

La respuesta al tratamiento de los sujetos con TPE es un dato que ha llevado a considerar si el TPE es un “verdadero trastorno de personalidad”, puesto que de acuerdo con la conceptualización de los trastornos de personalidad, éstos tienen un peor pronóstico en comparación con los trastornos del eje I. En este sentido, sería razonable pensar que la FSG con TPE debería ser más difícil de tratar que la FSG sin TPE. De igual modo sería esperable que los tratamientos de tiempo limitados para la FS (p.ej., SET y CBGT, Véase VI.1) no resultaran eficaces en el caso del TPE. Por el contrario, los resultados de los trabajos mencionados anteriormente no apoyan ninguna de estas afirmaciones. En un reciente trabajo (Olivares, Ramos, Rosa y Piqueras, 2002) se ha constatado que con la aplicación del IAFSG (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada*), en el contexto de un programa de detección e intervención temprana en el marco comunitario (sujetos entre los 14 y los 17 años), se produce una remisión superior del TPE que de la FS en aquellos que presentan FSG y TPE (83,33% vs. 45,10%). Estos datos se suman a los de aquellos que aportan evidencia empírica

contraria a la hipótesis en la que se sustenta el mantenimiento de la mencionada entidad nosológica como trastorno de personalidad.

En varios estudios se observa que tanto el TPE como la FS responde bien al tratamiento psicofarmacológico (Fahlen, 1995; Liebowitz, Schneier, Campeas, Hollander, Hatterer, Fyer, Gorman, Papp, Davies, Gully y Klein, 1992; Versiani, Nardi, Mundim, Alves, Liebowitz y Amrein, 1992). En un estudio reciente (Oosterbaan et al., 2002) la respuesta al tratamiento ha sido similar en sujetos con FS independientemente de la presencia del TPE.

Aunque los resultados de los tratamientos psicológicos no son unánimes, parecen indicar que los sujetos con FSG (con o sin TPE) muestran grados similares de respuesta al tratamiento cognitivo-conductual (Brown et al., 1995), o dicho de otro modo, el TPE no parece interferir en la eficacia del tratamiento psicológico.

A partir de estos datos, Heimberg (1996) defiende que, por una parte parecen existir diferencias cuantitativas entre la FSG y la FSG con TPE y en su opinión, no son dos condiciones limítrofes de los trastornos de ansiedad como indicaba Widiger (1992); por otra, este autor manifiesta que ha llegado el momento de considerar las implicaciones conceptuales acerca de cómo hablamos sobre estos dos trastornos y los situamos simultáneamente en el Eje I y en el Eje II. Por todo ello, Heimberg (1996) considera que la FSG con TPE no es una verdadera fobia (pese a que su situación en el Eje I pueda resultar adecuada), puesto que el sujeto experimenta ansiedad a demasiados estímulos como para poder ajustarse adecuadamente a esta etiqueta, incluso aunque los estímulos están relacionados con el miedo al escrutinio y a la evaluación negativa. Para el sujeto con FSG la experiencia resulta más similar a una versión social de lo que percibe un sujeto con un trastorno de ansiedad generalizada. De hecho, según su opinión, el DSM-IV parece haber reconocido implícitamente esta postura al incluir el término “trastorno de ansiedad social” como sinónimo de FS. Por lo tanto, para este autor la FSG podría considerarse como un trastorno de ansiedad interpersonal que a menudo comienza en la adolescencia y que puede influir sistemáticamente y negativamente en el desarrollo de patrones de personalidad y en una baja autoestima.

Otros autores apoyan la hipótesis de un *continuum* entre la FSE, la FSG sin TPE y la FSG con TPE, donde el TPE representaría una forma grave y generalizada de la FS (Boone et al., 1999, Herbert et al., 1992; Hofmann et al., 1995; Holt et al., 1992; Levin

et al., 1993; Olivares, Ramos et al., 2002; Tillfors et al., 2001; Tran y Chambless, 1995). A este respecto, Bobes et al., (2001) proponen que “el TPE deje de ser considerado como tal y pase a formar parte del espectro psicopatológico del trastorno de ansiedad social (eje I)” (pág. 197). Por otra parte, como indican Turner et al. (1992), el rasgo central de la FS es el miedo a la evaluación negativa y este aspecto también parece esencial en el TPE. De los resultados de su estudio se desprende que los sujetos con FSG vs. TPE difieren en el nivel de miedo a la evaluación negativa, lo que sugiere que estos trastornos simplemente están reflejando distintos niveles de severidad o gravedad dentro del constructo ansiedad social.

Frente a esta última postura, otros sostienen que la clave para el apoyo a la existencia de diferencias cualitativas puede encontrarse en el criterio de interferencia de la FS (criterio E), puesto que no siempre los sujetos con TPE cumplen este criterio (c.f., Giner, Cervera y Ortuño, 1999). Además, varios estudios han mostrado que no todos los sujetos con TPE reúnen éste u otros de los criterios de la FS (Alnaes y Torgersen, 1988; Gasperini, Battaglia, M., Diaferia, G. y Bellodi, L. 1990).

El Grupo Internacional de Consenso sobre Ansiedad y Depresión (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Bobes, Beidel, Ono y Westenberg, 1998), acordó la conveniencia de considerar al TPE como una forma de FS, más que como un trastorno del eje II. Esta postura es compartida en el ámbito europeo (Lecrubier et al., 2000).

Los criterios en los que se apoyan los expertos son de tres tipos (Bobes et al., 2001):

- 1) Criterio epidemiológico. Basándose en los estudios epidemiológicos y en la realidad clínica, el grupo de expertos resalta la escasa prevalencia en el ámbito clínico del TPE como una entidad diagnóstica única, sin comorbilidad con la FS.
 - 2) Criterio terapéutico. El DSM-IV define a los trastornos de la personalidad como patrones permanentes, estables y de larga duración. Según esta concepción, si un trastorno de la personalidad abandonara su carácter de permanente y estable, debiera abandonar el eje II y pasar al eje I. En el caso del TPE la realidad clínica y los estudios recientes han puesto de manifiesto la respuesta terapéutica del TPE a los tratamientos que resultan eficaces para la FS, poniendo en duda la naturaleza permanente y estable de dicho trastorno.
 - 3) Criterio histórico. En la historia reciente de la nosografía psiquiátrica existe precedente de paso de algunos trastornos de la personalidad del eje II al eje I.
-

Así, la personalidad enérgica de los epilépticos, la personalidad depresiva, y la esquizotípica, en la actualidad han pasado a formar parte del eje I englobados en los trastornos orgánicos, los trastornos del humor y los trastornos esquizofrénicos respectivamente.

Resumiendo lo dicho, hasta el momento no existe una conclusión clara acerca del tipo de relación que existe entre la FS y el TPE. Mientras el DSM-IV establece diferencias cualitativas entre ambos trastornos (incluyéndolos en ejes diferentes), diversos trabajos sugieren sólo la existencia de diferencias cuantitativas. Este estado de la investigación sigue dejando abiertas las siguientes posibilidades:

- a) La FSG con TPE puede ser simplemente una manifestación más grave de la FSG que se presenta sin TPE (diferencias cuantitativas)
- b) La FSG y el TPE pueden ser dos trastornos diferentes, pero ambos interfieren en la interacción del sujeto con otras personas y pueden ocurrir o no de forma simultánea en la misma persona (diferencias cualitativas)
- c) La combinación de la FSG y el TPE puede producir un malestar tal que de lugar al inicio de un trastorno del estado del ánimo. Ante esto cabría plantearse en qué medida la presencia del EDM puede estar actuando como una variable mediadora que incrementa el grado de interferencia de la FS en la vida social, familiar, laboral o de pareja (p.ej., menor capacidad para lograr mayores ingresos, menor probabilidad de formar pareja).
- d) La similitud de los criterios de la FSG y el TPE puede estar conduciendo a un debate artificial, ya que pueden representar el mismo trastorno descrito de diferente forma, por diferentes investigadores o por distintos grupos de trabajo dentro del proceso de revisión del DSM. Para nuestra opinión, esta posibilidad es la que nos parece más de acorde con la evidencia disponible.

Por todo ello, se precisa de un mayor número de trabajos que permitan arrojar luz a estas cuestiones, especialmente en lo relativo a la población adolescente, dada la inexistencia de resultados acerca del diagnóstico diferencial entre la FS (FSE o FSG) y el TPE en este período de edad.

II.3.2.2. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP)

Aunque algunos estudios muestran que aproximadamente el 13% de los sujetos con FS presenta también un TOCP (Turner et al., 1992), otros estudios más recientes (Olivares, Piqueras y López-Pina, 2005; Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa (2002) muestran, en población adolescente, unos índices notablemente más elevados (44-46,05%).

Los sujetos con este trastorno se caracterizan por ser perfeccionistas, escrupulosos y mantener reglas rígidas acerca de su conducta (Antony, Purdon, Huta y Swinson, 1998). De igual manera, los sujetos con FS muestran una excesiva preocupación por su conducta, creyendo que debe ser perfecta o de lo contrario los demás les juzgarán negativamente (p.ej., “mi conversación debería ser interesante, como mi conversación no va a ser lo suficientemente interesante, es mejor que me calle”).

Sin embargo, aunque los sujetos con TOCP temen la evaluación negativa de los demás (cometer un error delante de los demás, no ser perfectos), no se atribuyen a sí mismos el fracaso de la situación social, sino que tienden a atribuir el problema a otras personas o a las condiciones ambientales.

Por el contrario, los sujetos con FS siempre se atribuyen a sí mismos los errores cometidos pese a que no sea así. Beidel y Turner (1998) creen que este es un punto importante de cara a seleccionar o determinar qué tipo de técnicas aplicar, especialmente porque en los casos en los que el sujeto externaliza la fuente de su malestar, es poco probable que la exposición a la situación elicite un nivel de activación. En este sentido, estos autores han encontrado que ante una situación de exposición consistente en permanecer en una situación donde se prevee una evaluación negativa ante los demás, el sujeto con TOCP racionaliza la situación, argumentando que es artificial y por tanto, no es eficaz para su caso, lo que sin duda interfiere el procedimiento de la exposición. Finalmente, dada la alta comorbilidad encontrada entre la FS y el TOCP, estos mismos autores consideran que el perfeccionismo, junto con otros factores de vulnerabilidad, podría jugar un papel en la génesis de la FS. No obstante, un porcentaje importante de sujetos (54,16%) con un diagnóstico comórbido de TOCP también se benefician del tratamiento para la FS (Olivares, Ramos et al., 2002).

II.3.2.3. Trastorno esquizoide de la personalidad

Los sujetos con este trastorno suelen acudir a tratamiento psicológico porque algún allegado está preocupado por las escasas relaciones sociales que establece el sujeto. El factor que lo diferencia de la FS es que mientras que los sujetos con FS desean interactuar con otras personas, los sujetos con un trastorno esquizoide prefieren su propia compañía frente al interés por relacionarse socialmente. De hecho, estos sujetos no se suelen encontrar nerviosos cuando se encuentran en una situación social, simplemente prefieren no implicarse en actividades de carácter social.

No obstante, sería de interés investigar si estos sujetos presentan una historia pasada de FS. Si fuera así, puede ser que la restricción de toda interacción social les haya llevado a interpretar que los demás no les proporcionan nada positivo, pero sí les hacen ponerse nerviosos y pasarlo mal. Asumirían que no hay nada que ellos no puedan conseguir por sí mismos, llegando a considerarse autosuficientes.

II.3.2.4. Trastorno Dismórfico Corporal

No existe investigación en la actualidad respecto a cuáles serían las causas que subyacen a la evitación de las situaciones sociales debido a la imagen que algunas personas tienen acerca de su propio cuerpo; una imagen distorsionada en muchas ocasiones y sobre todo rechazada (Moutier y Stein, 1999). Una posibilidad es que la preocupación excesiva imaginada (criterios para el trastorno dismórfico según el DSM-IV) está relacionada con la imagen que el sujeto se crea de sí mismo (objeto social), lo que vendría a coincidir con una de las características específicas de la FS sugerida por autores como Clark (2001) o Wells (2001), y/o las repercusiones que el sujeto cree tendrá de su imagen en la audiencia (Roth y Heimberg, 2001).

Algunos sujetos, en su desesperación dismorfofóbica, han llegado a someterse a intervenciones quirúrgicas. En concreto, la simpatectomía torácica está indicada para la hiperhidrosis palmar y para el rubor facial, pero no propiamente para la FS como recuerdan Salaberría y Echeburúa (2003).

Sería relevante pues investigar acerca de estas variables para poder diferenciar ambos trastornos en el futuro o evidenciar que la imagen física (objeto social) que uno se crea de sí mismo sería una de las características de las personas afectadas por FS. Además, la implicación que la imagen de uno mismo tiene a la hora de la retroalimentación

audiovisual es una característica determinante en la aplicación de la técnica, pues como se ha podido comprobar en las exposiciones que los sujetos han efectuado en las sesiones a las grabaciones efectuadas, sus declaraciones en algunas ocasiones eran del tipo: “no me gusta mi aspecto físico, no me gusta la imagen que veo en el monitor, me veo feo/a, que gordo/a estoy”.

II.3.3. DIAGNOSTIVO DIFERENCIAL EN NIÑOS

Tal como se describe en el DSM-IV y se sigue recogiendo en el DSM-IV-TR (APA, 1994; 2002), los niños también pueden presentar FS. Existen dos criterios a tener en cuenta muy importantes cuando se efectúa un diagnóstico en niños: el niño debe mostrar capacidad para las relaciones de amistad con adecuación a su nivel de edad (es decir, no se efectuaría el diagnóstico en niños autistas o con retrasos en el desarrollo), y la ansiedad se debe manifestar en las relaciones con sus iguales, no sólo con los adultos.

II.3.3.1. Mutismo Selectivo

Algunos autores consideran que el mutismo selectivo es una forma especial de ansiedad social que puede ocurrir en los niños. Este problema consiste en la incapacidad para hablar en situaciones específicas en presencia de otras personas. Existen estudios que informan de este tipo de ansiedad social y que los individuos con este diagnóstico también cumplen los criterios para la TAS (Moutier y Stein, 1999), pero no así paradójicamente para la FS, pues, a edades tempranas es muy difícil suponerle al niño con este trastorno la capacidad de desarrollo cognitivo requerida para llegar a tener miedo a ser evaluado negativamente (Olivares, 1999), pese a que el 70% tenga algún familiar de primer grado con historia clínica de FS como indican Moutier y Stein (1999). Por su parte, Yeganeh, Beidel, Turner, Pina y Silverman (2003) pusieron a prueba si los sujetos con mutismo selectivo y FS presentaban más ansiedad social que los niños con FS sin mutismo selectivo. Encontraron que esto no era así, ya que no existían diferencias en las diferentes pruebas empleadas en la comparación. Además el mutismo selectivo se correspondía a un síndrome clínico más amplio, donde no quedaba claro que estuviera implicado un nivel extremo de ansiedad social, pero si otros componentes relacionados con problemas de conducta externalizantes.

II.3.3.2. Trastorno de Ansiedad por Separación

Como consecuencia de que el rechazo o fobia escolar está a veces implicado tanto en la FS como en el trastorno de ansiedad por separación, el diagnóstico diferencial es especialmente importante cuando tenemos un niño afectado por este problema. Aunque en ambos trastornos están implicadas personas desconocidas, en la ansiedad por separación la situación implica una separación de las figuras de apego y el niño se encontraría cómodo en una situación social en las que éstas estuvieran presentes mientras que en la FS no sería la separación en sí misma, sino la exposición al escrutinio o presencia de otras personas aunque las personas de apego estuviesen presentes (Sandín, 1997).

Respecto a la fobia o rechazo escolar, recientemente McShane et al. (2004) han hallado, en una población de jóvenes tratados de rechazo escolar, que tres años después del tratamiento de este problema, la FS, junto a las dificultades de aprendizaje, eran los predictores más potentes de un funcionamiento problemático en el área académica. Incluso la FS, especialmente el subtipo generalizado, tiene una implicación relevante en el abandono escolar prematuro, como así lo demuestra Ameringen, Manzini y Farvolden (2003)

II.3.3.3. Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Al igual que ocurre en el trastorno esquizoide de la personalidad, aunque exista una evitación de las situaciones sociales, la razón para ello sería un manifiesto desinterés por la relación con los otros sin embargo, en la FS, la persona siente deseos de establecer relaciones con los demás pero la ansiedad sería la que causaría la dificultad para mantener dicha relación (Botella y Gallardo, 1999).

II.3.3.4. Paruresis

La paruresis también requiere ser tenida en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de la FS y otros trastornos pues, la paruresis o “síndrome de la vejiga tímida”, es un trastorno que impide poder orinar en presencia de otras personas cuando se utilizan servicios públicos o se pretende orinar en cualquier sitio que no sea el propio hogar y hay personas cerca. Es por esta razón por la que incluimos aquí la posibilidad de que pueda producirse confusión diagnóstica entre este trastorno y la FS, pues existiendo muy poca investigación acerca de su naturaleza, prevalencia o si se trata tal vez de

alguna disfunción neurofisiológica (Soifer y Ziprin, 2000), este trastorno puede ser considerado como una situación no mencionada con anterioridad entre las comunes que afectan a sujetos con FS.

Aunque, como comentábamos más arriba, son escasos los estudios, algunos sitúan la prevalencia entre el 7-32 % (Elitzur, 2000). Existen asimismo muy pocos trabajos respecto a su tratamiento. No obstante la intención paradójica, diversas formas de exposición, la relajación e incluso técnicas gestálticas, han sido mencionadas como efectivas (Elitzur, 2000). Por otro lado, las aproximaciones farmacológicas parecen no prometer mucho al respecto (Jasper, 1998).

En un estudio, Watson y Freeland (2000) muestran interesantes resultados medidos mediante la reducción en el número de segundos para iniciar la micción cuando habían condicionado una palabra mientras los sujetos orinaban en su hogar y luego reproducían la palabra en servicios públicos o fuera de su casa en presencia de otras personas mientras orinaban.

SÍNTESIS

En conclusión, como hemos constatado, al igual que lo que sucede en otros trastornos de ansiedad, conjuntamente con la FS se suele presentar un trastorno adicional, bien sea del eje I o II. De entre todos estos, se observa un elevado solapamiento de los criterios diagnósticos de la FS y el TPE, lo que ha conducido a cuestionarse el actual status del TPE como un trastorno de la personalidad, actualmente cualitativamente distinto a la FS. Respecto al trastorno esquizoide de la personalidad y al trastorno generalizado del desarrollo, estudios en el futuro deberían probar si el diagnóstico de ambos trastornos puede mantenerse separadamente o constituirían subtipos de FS. En relación al trastorno dismórfico corporal, investigaciones futuras pueden darnos la clave de hasta qué punto la autoimagen es la que propicia la ansiedad por la no-aceptación de uno mismo o esa ansiedad está generada por lo que los demás puedan pensar de la propia imagen.

Por lo que respecta a los trastornos de inicio en la infancia y/o adolescencia, el mutismo selectivo ha sido considerado como un trastorno de ansiedad social por unos autores. Además un mudo selectivo puede recibir un diagnóstico de FS comórbido si se cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para ambos trastornos. Pero como el

mutismo selectivo en algunas variables es diferente a la FS Infantil exige tratamientos específicamente diseñados para este tipo de trastorno de inicio en la infancia. En cuanto al trastorno de ansiedad por separación el rasgo diferencial vendría atendiendo a sí la ansiedad se da ante las personas que no son familiares o sería la separación de las figuras de apego la causante de la ansiedad. Finalmente, la paruresis parece que podría ser considerada como una las situaciones relacionadas con la FS pues, aún sugiriéndose una hipotética disfunción neurofisiológica, la farmacología no ha resultado efectiva cuando sí lo han sido diversas técnicas psicológicas como más arriba comentábamos.

Desde nuestra posición como terapeutas de conducta, las implicaciones de un trastorno comórbido en el eje I o II deben ser tenidas en cuenta tanto porque pueden limitar la eficacia de los tratamientos como porque los sujetos que los presenten requieran un mayor número de sesiones de tratamiento para alcanzar la misma magnitud de los efectos que los sujetos que no los presentan o porque esta particularidad conlleve la necesidad de modificar, incorporar, eliminar o dedicar un mayor tiempo a alguno de los componentes que integran los programas de tratamiento específicamente diseñados para la FS. Todo ello siempre de acuerdo con los resultados del análisis funcional cuando sean tratamientos individualizados.

II.4. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

II.4.1. PREVALENCIA DE LA FOBIA SOCIAL

En primer lugar, procederemos a revisar los trabajos en población adulta que se llevaron a cabo antes del reconocimiento de la FS como entidad diagnóstica (*American Psychiatric Association*, 1980) para posteriormente evaluar las tasas de prevalencia obtenidas según se hayan aplicado los criterios del DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV (Tabla II.9). Para finalizar, presentaremos aquellas investigaciones que han estudiado la prevalencia de la FS en población adolescente (Tabla II.10).

Con anterioridad a la publicación del DSM-III se llevaron a cabo dos trabajos empleando muestras universitarias. En el primero de ellos, Bryant y Trower (1974) encontraron que el 10% de la muestra mostraban grandes dificultades o evitaban situaciones que implicaban interacción social.

Posteriormente, Zimbardo (1977) observó que el 42% de estudiantes universitarios se describían como tímidos, si bien no se dispone de datos concernientes a la severidad o a

la interferencia que pudiera haber ocasionado esta etiqueta en la vida de los sujetos. Teniendo en cuenta que ambos trabajos se llevaron a cabo en población universitaria, así como la ausencia de una definición precisa acerca de lo que se conceptualizaba como FS, no está clara la posibilidad de generalizar estos resultados a la población general.

Una vez reconocida la FS como entidad nosológica por la APA (1980) y de acuerdo con su definición (ansiedad ante situaciones sociales específicas), distintas investigaciones han evaluado su prevalencia utilizando para ello la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981), una entrevista altamente estructurada que fue diseñada para su administración por personas sin experiencia clínica. A continuación exponemos aquellas investigaciones que emplearon el DIS para evaluar la prevalencia de la FS.

En primer lugar, hemos de citar el *Epidemiological Catchment Area Survey* (ECA; Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992), el cual abarcó cuatro regiones de los Estados Unidos de Norteamérica: Baltimore, St. Louis, Durham y Los Angeles. En este trabajo se evaluaron tres situaciones sociales: comer en público, hablar delante de un pequeño grupo de personas conocidas y hablar a extraños o conocer gente nueva. La tasa de prevalencia fue del 2.4%.

Evaluando estas mismas situaciones sociales y de acuerdo con los datos de la ECA en la región de Carolina del Norte, Davidson, Hughes y Blazer (1993) informaron de tasas del 3.8%. Consistente con estos resultados en el estudio previo de Georges, Hughes y Blazer (1986) se encontró un porcentaje del 3.1%. Por contra, datos de estudios en otros países americanos indicaron una prevalencia inferior, en torno al 1.6% en Puerto Rico (Canino et al., 1987) y al 1.7% en Canadá (Bland, Orn y Newman, 1988).

En Europa, las tasas de prevalencia fueron del 0.99% en Italia (Faravelli, Innocenti y Giardinelli, 1989), del 2.5% en Alemania (Wittchen, Essau, Zerssen, Krieg y Zaudig, 1991), y del 3.5% en Islandia (Steffánson, Lindal, Björnsson y Gudmundsdottir, 1991; Lindal y Steffánson, 1993). En el continente austral, en concreto en Nueva Zelanda, fue del 3% (Wells, Bushnell, Hornblow, Joyce y Oakley-Browne, 1989). Finalmente, en los

países asiáticos se obtuvieron tasas del 0.6% en Taiwan (Hwu, Yeh y Chang, 1989) y del 0.53% en Corea del Sur (Lee et al., 1990).

No está claro el motivo por el que se han encontrado tasas de prevalencia más bajas en los países asiáticos. Chapman, Mannuzza y Fyer (1995) han apuntado a factores culturales y, en concreto al trastorno denominado “Taijin Kyofusho” (TSK), como una fuente de variación que permitiera explicar estos resultados. Este trastorno está caracterizado por miedo a ofender a los demás mediante conductas inapropiadas (oler mal, hablar en voz alta) o por mostrar una apariencia ofensiva para los demás (Chang, 1984; Ono et al., 2001; Takahashi, 1989). Así, mientras en los países occidentales las personas con FS pueden temer actuar de un modo que sea humillante o embarazoso para ellos, los sujetos con TSK temen que su conducta puede humillar u ofender a los demás. Un estudio reciente avala el TSK como una variante cultural de la FS en población japonesa (Kleinknecht, Dinnel, Kleinknecht, Hiruma y Harada, 1997). Dado que el DIS no recogía ítems que evaluaran estos aspectos, es probable que se haya producido una subestimación de las tasas de prevalencia en estos países.

Respecto al uso del DIS como instrumento diagnóstico, una limitación de los estudios descritos anteriormente es que la sección del DIS relativa a la FS no coincidía completamente con la definición del DSM-III. En este sentido, el DIS: (a) evaluaba sólo tres tipos de situaciones sociales; (b) no requería que el sujeto tuviera miedo a ser humillado o a hacer el ridículo en una situación social y (c) no aplicaba el criterio de exclusión de la FS como consecuencia de una enfermedad médica u otro trastorno mental. Estas variables pueden haber afectado a las tasas de prevalencia informadas previamente. De este modo, el número restringido de situaciones sociales que evaluaba el DIS pudo incrementar el número de falsos negativos. Frente a esto, el hecho de que no se necesitara cumplir el criterio A (miedo a la humillación o al ridículo) y el C (enfermedad médica) del DSM-III, pudo incrementar el número de falsos positivos. En resumen, por una parte las tasas de prevalencia informadas por los estudios que hicieron uso del DIS pueden haber sido menores que si se hubieran aplicado los criterios del DSM-III-R y por otro lado, pudiera existir también una sobrevaloración de la tasa de prevalencia de la FS, dado el incumplimiento de los criterios A y C del DSM-III.

Pese a lo comentado, diferentes estudios internacionales han mostrado tasas de prevalencia similares, de acuerdo con los criterios del DSM-III y utilizando otros

instrumentos de evaluación. Así, Pollard y Henderson (1988) diseñaron y emplearon una entrevista estructurada para su administración telefónica en un área de los EE.UU. Las situaciones sociales evaluadas fueron cuatro: hablar en público, comer y escribir en público y usar aseos públicos. Estos autores informaron una tasa de prevalencia del 22.6% respecto a los miedos irracionales en estas situaciones; sin embargo, cuando se aplicaron estrictamente los criterios del DSM-III, la tasa bajó a un 2%.

En Europa, en concreto en Suiza, Degonda y Angst (1993) llevaron a cabo un estudio longitudinal durante un período de 11 años. Estos autores diferenciaron entre tres grupos: sujetos con agorafobia, FS y sujetos con ambos trastornos. Las tasas de prevalencia fueron del 3.8% en el grupo de FS y un 1.6% en el que presentaba ambos trastornos. En Islandia, Steffánson et al. (1991) hallaron una prevalencia del 3.5%, una tasa similar al estudio suizo.

Hasta este momento se han presentado los resultados de los estudios que han seguido los criterios del DSM-III. Seguidamente expondremos aquellos realizados bajo la clasificación del DSM-III-R. Como se ha indicado previamente (véase II.2), el DSM-III-R incluyó el subtipo generalizado, entendiéndose éste como ansiedad ante un número amplio de situaciones sociales, mientras que en el DSM-III la FS se conceptualizaba como miedo únicamente ante situaciones sociales específicas.

Cronológicamente, los primeros estudios se realizaron en Europa. Así, en Suiza, Wacker, Mullejans, Klein y Battegay (1992) estudiaron la prevalencia de este trastorno. Usando una versión modificada del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Robins et al., 1988), estos autores hallaron una proporción del 16%. Empleando también el CIDI, en población francesa, Lépine et al. (1993) informaron de una tasa de prevalencia del 4.1% y Weiller et al. (1996) una tasa del 14.4% en una muestra de pacientes de atención primaria. En España, Crespo et al. (1998) aplicó el cuestionario Q-DIS-III-R, basado en criterios del DSM-III-R, a una muestra femenina de un barrio de Pamplona y encontró una prevalencia del 8.9%. Otros estudios europeos han informado de tasas de prevalencia del 7.8% en Holanda (Bijl, Ravelli y Van Zessen, 1998), 4.0% en Italia (Faravelli, Zucchi, Vivani, Salmoria y Perone, 2000) y del 13.7% más recientemente en Noruega (Kringlen, Torgersen y Cramer, 2001).

En población norteamericana, Kendler et al. (1992) encontraron una prevalencia de la FS del 11.5% en una muestra de gemelas estadounidenses, empleando como instrumentos de evaluación una versión modificada del DIS (basándose en los criterios del DSM-III-R). En Canadá, Stein, Walker y Forde (1994) examinaron su prevalencia en un estudio realizado mediante entrevistas telefónicas. Los datos revelaron que el 33% de los sujetos informaban sentirse “mucho más nerviosos que otras personas” en al menos una de las siete situaciones sociales. Sin embargo, cuando los criterios del DSM-III-R se aplicaron, la tasa de prevalencia se redujo al 7.1%.

Una crítica a este trabajo fue formulada por Kessler (1995), argumentando que una de las situaciones temidas por los sujetos con FS es hablar por teléfono. Por ello, este autor considera que “buscar la prevalencia de la FS mediante entrevistas telefónicas es como entrevistar a la gente en lo alto del *Empire State Building* para estimar la prevalencia de la acrofobia” (p. 4). Frente a esto, Roca, Bernardo y Gili i Planas (1998) indican que “el argumento diametralmente opuesto también podría ser cierto: en un hipotético *ranking* de situaciones sociales generadoras de fobia, una entrevista cara a cara con una persona extraña, sobre aspectos personales y psicopatológicos, podría resultar más amenazante que una entrevista telefónica” (p. 45). Por ello, estos autores consideran que es posible que los sujetos con FS pueden constituir una de las muestras que plantea mayores dificultades y resistencias a la hora de realizar un estudio epidemiológico.

Por otra parte, a través de una muestra estratificada de todo EE.UU., Kessler et al. (1994) llevaron a cabo la *National Comorbidity Survey*, hallando estos investigadores una prevalencia del 13.3%. Esta proporción englobaba a aquellos que presentaban únicamente miedo a hablar en público –un gran auditorio– (2.9%), quienes sólo manifestaban ansiedad a hablar ante un grupo de personas (1.9%) y un 8.5% de sujetos que presentaban ansiedad a una o más de las siguientes situaciones sociales: beber, comer, escribir, usar aseos públicos o bien hablar con otras personas (Kessler, Stein y Berglund, 1998). También empleando una muestra estratificada pero esta vez en Canadá, DeWitt, McDonald y Offord (1999) hallaron una prevalencia del 12.7%. Sin embargo, se han encontrado tasas de prevalencia más bajas en otros estudios llevados a cabo también con población norteamericana y que utilizaron el mismo instrumento de evaluación, el CIDI. Así, Offord, Boyle, Campbell, Goering, Lin, Wong y Racine

(1996) informaron de una prevalencia del 6.7% y Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, y Kessler (1996) hallaron una tasa todavía menor, del 4.5%.

En un estudio realizado por Vega et al. (1998) en una muestra de adultos de origen mexicano y residentes en EEUU se informó de una prevalencia del 5.3% en los adultos mexicanos que habían emigrado a EEUU y del 10.9% en los nacidos en EEUU, siendo la tasa de toda la muestra del 7.4%.

Por último, Feehan, McGee, Nada y Williams (1994) en Nueva Zelanda hallaron una prevalencia del 11.1%. Destacar que esta tasa es muy similar a la encontrada en Estados Unidos por Kendler et al. (1992) y que ambos estudios utilizaron como instrumento de evaluación una versión modificada del DIS (DIS-III-R).

Por último, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, y en población norteamericana Stein, Walker y Forde (1996) empleando una metodología similar a la de un estudio previo (Stein et al., 1994), informaron de tasas del 10% de miedo severo a hablar en público (por severo se entendió puntuar 6 ó 7 en una escala con un rango 1-7). Asimismo, respecto a la controversia acerca de sí el miedo a hablar en público ha de considerarse como una FS, estos autores apoyan el mantenimiento del miedo severo a hablar en público dentro del constructo FS. Pese a que este trabajo no muestra directamente tasas de prevalencia relativas a la FS, de sus datos parece poder deducirse una prevalencia del 5.2% de FS de tipo generalizado. En un estudio mas reciente realizado por Stein et al. (2000), a través de una encuesta en dos poblaciones canadienses (Alberta y Winnipeg) con un total aproximado de dos mil encuestados, muestran un prevalencia en población adulta de 7,2% cuando las situaciones que incluía la entrevista CIDI fue aumentada de 6 a 12. Cuando las situaciones consideradas eran las que originalmente incluía la entrevista, la prevalencia bajaba a un 6,8%. En la Tabla II.8. se muestran las seis situaciones del CIDI y las seis que fueron añadidas por el grupo de Stein.

En Europa, y concretamente Furmark et al. (1999) en Suecia y Péliissolo, André, Moutard-Martin, Wittchen y Lépine, (2000) en Francia, han encontrado tasas de prevalencia del 15.6% y 7.3% respectivamente. Ambos estudios llevaron a cabo el proceso de evaluación a través del correo postal.

Para finalizar con los trabajos basados en los criterios del DSM-IV, decir que la prevalencia más baja ha sido hallada en un estudio reciente con población australiana (Andrews, Henderson y Hall, 2001) el cual informa de una tasa del 1.0%.

Tabla II.10. Miedos sociales en las comunidades de Winnipeg y Alberta (N = 1956), excluida la Fobia Social.

SITUACIONES TEMIDAS	
DE ACTUACIÓN	DE RELACIÓN
Dar una charla / hablar en público*	Hablar pensando que lo que se dice pueda parecer una tontería*
Hablar en una reunión o en clase*	Dirigirse a personas de autoridad
Pasear por una habitación en la que los demás están sentados	Mirar a los ojos
Usar aseos que no sean los de su casa	Acudir a una fiesta o evento social similar*
Escribir delante de gente que observe*	Devolver algún objeto en un establecimiento
Comer o beber delante de otras personas*	Ser presentado a un desconocido

*Situaciones que originalmente incluía la CIDL.

El hecho de que las tasas de prevalencia varíen a lo largo de los diferentes estudios que puede deberse a aspectos metodológicos como el número de situaciones evaluadas y la naturaleza de las mismas, los instrumentos de evaluación utilizados, características de la muestra, y especialmente los umbrales o límites que determinan el diagnóstico o no de FS respecto a los criterios de interferencia o malestar. A este respecto, Furmark et al. (1999), informan de una variación de la prevalencia que oscila desde 1.9% a 20.4%, en función de si los criterios establecidos son más estrictos o más conservadores. Estudios previos como el de Pollard y Henderson (1988) también informaron de tasas que variaban del 2.0% al 22.6% en función del nivel de malestar significativo utilizado. Del mismo modo, Stein et al. (1994) hallaron que las tasas de prevalencia de la FS oscilaban desde 1.9% a 18.7% en función del nivel de interferencia psicosocial establecido. Y este mismo autor, unos años más tarde (Stein et al., 1996) informa de una prevalencia del 10% cuando el punto de corte se establece en 6 ó 7 sobre un rango de 1 a 7, tasa que se incrementa hasta el 16% al bajar el límite a 5 ó 6.

Además, como puede observarse en la Tabla II.11., en general las tasas de prevalencia de los estudios que siguen los criterios del DSM-III-R y DSM-IV son más elevados que las del DSM-III. Chapman et al. (1995) argumentan que esto puede ser debido a que mientras que en el DSM-III no se permitiría el diagnóstico conjunto de FS y Trastorno de Personalidad por Evitación, en el DSM-III-R y DSM-IV se permite e incluso lo sugiere.

Dado el elevado solapamiento existente entre estos trastornos (Antony, 1997; Widiger, 1992), es probable que el diagnóstico de FS haya sido minimizado por los

criterios que eran necesarios reunir en el DSM-III. Por último, el DSM-III-R y el DSM-IV han definido la FS como ansiedad ante las interacciones sociales frente a miedo ante situaciones sociales específicas, tal como se recogía en el DSM-III, lo cual parece corresponderse más a lo encontrado en sujetos con este trastorno (véase el apartado anterior).

Pese a que existen numerosos estudios sobre la prevalencia de la FS en población adulta, se han llevado a cabo pocos trabajos en población adolescente. A continuación, expondremos las tasas relativas tanto a estudios epidemiológicos como a los disponibles a través de los datos de autores que trabajan con población clínica.

A diferencia de lo ocurrido con los estudios realizados en población adulta, los primeros trabajos epidemiológicos en población adolescente se llevaron a cabo tras la publicación del DSM-III-R. Siguiendo un orden cronológico, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) examinaron una muestra de 792 niños neozelandeses de 11 años de edad, informando de tasas del 1%. Cuando estos mismos sujetos fueron reevaluados a la edad de 15 años, la tasa de prevalencia fue del 1.1% (McGee et al., 1990). Sin embargo, es muy probable que este porcentaje sea mayor, ya que en este estudio el miedo a hablar en público fue clasificado como fobia específica y no como FS.

En este mismo año, Kashani y Orvaschel (1990) llevaron a cabo un estudio transcultural en EE.UU. con una muestra de 210 sujetos durante tres períodos de edad: 8, 12 y 17 años, hallando una prevalencia del 0.0%, 1.4% y 1.4%, respectivamente. Estos mismos autores proporcionaron datos acerca de la tasa de prevalencia relativa al miedo a situaciones sociales, para cada una de estas edades. Ésta fue del 21.4% a los 8 años, 45.7% a los 12 años y del 55.7% a los 17 años, lo que parece indicar que este tipo de miedo se incrementa con la edad.

Los resultados presentados por Kashani y Orvaschel (1990) son consistentes con el trabajo de Poulton et al. (1997), quienes encontraron que la proporción de adolescentes con ansiedad social a los 15 años era superior a la informada por los mismos sujetos a los 13 años (8.3% vs. 5.0%), el de Bragado et al. (1996), donde se observan porcentajes del 1.3%, 4.8% y 6.3% en los rangos de edad de 6-9, 10-13 y 14-17 años, respectivamente, así como el trabajo de Essau et al. (1999), quienes descubrieron que la proporción de sujetos con FS a los 14-15 años (2.0%) se cuadruplicaba con respecto a la de los 12-13 años (0.5%).

Beidel y Turner (1998) consideran que estas tasas pueden ser incluso inferiores a las reales, ya que bajo los criterios del DSM-III-R, los sujetos que presentaban ansiedad social, también podían reunir los criterios del trastorno de ansiedad excesiva infantil (ahora incluido en el trastorno de ansiedad generalizada) o del trastorno de evitación infantil (actualmente englobado en la FS). Estos autores señalan que si se combinaran las tasas de prevalencia de estos trastornos halladas en el trabajo de Kashani y Orvaschel (1990), se obtendría una prevalencia del 9.6%, la cual es similar a la encontrada tanto en estudios epidemiológicos en población adulta (Kessler et al., 1994; Stein et al., 1994) como en los datos proporcionados por investigadores que trabajan en centros de salud mental.

Por otra parte, Reinherz, Giaconi, Lefkowitz, Pakiz y Frost (1993) hallaron una tasa de prevalencia del 11.6% en una muestra de adolescentes (M=17.9 años). También en EE.UU., Shaffer et al. (1996) encontraron una tasa del 7.6% en la infancia y del 3.7% en la adolescencia. No obstante, estos últimos autores reconocen que estos datos deben ser tomados con precaución, ya que el objetivo del estudio era evaluar las propiedades psicométricas del DIS para niños, y no presentar datos representativos para la población general.

En un estudio llevado a cabo en Alemania, Wittchen, Stein y Kessler (1999) se examinó la tasa de prevalencia de la FS en una población comunitaria de 3201 sujetos (rango de edad: 14-24 años). Los resultados ponen de manifiesto que el 7.3% de la muestra presentaba FS y un 2.2% cumplía los criterios de FS generalizada, de acuerdo con el DSM-IV. Si se acota el rango de edad a los 14-17 años, la tasa se reduce al 4.0% y 1.2% para el diagnóstico de FS y FS generalizada, respectivamente. En ese mismo país y año, Essau et al. (1999) hallaron una prevalencia del 1.6% (rango de edad: 12-17 años), la cual se incrementaba hasta el 2.0% tras acotar el rango de edad a los 14-17 años. Un año después, Lieb et al. (2000) encontraron, en una muestra de 1047 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, tasas de prevalencia del 5.6% para FS, 4.4% para FS no generalizada y del 1.1% para FS generalizada.

Tabla II.11. Tasas de prevalencia de la Fobia Social en estudios llevados a cabo en población adulta

PAÍS	AUTORES	AÑO	N	EVALUACIÓN	PREVALENCIA (%)			MANUAL DSM
					H	M	Total	
Reino Unido	Bryan y Trower	1974	223	-----	-	-	10	-----
Estados Unidos	Zimbardo	1977	-----	-----	-	-	42	-----
Estados Unidos	Schneier et al.	1992	10314	DIS	2.0	3.1	2.4	DSM-III
Estados Unidos	George et al.	1986	3648	DIS	-	-	3.1	DSM-III
Estados Unidos	Bourdon et al.	1988	18572	DIS	2.3	3.2	-	DSM-III
Estados Unidos	Davidson et al.	1993	3801	DIS	-	-	3.8	DSM-III
Puerto Rico	Canino et al.	1987	1513	DIS	1.5	1.6	1.6	DSM-III
Canadá	Bland et al.	1988	3258	DIS	1.4	2.0	1.7	DSM-III
Canadá	Dick et al.	1994	3258	DIS	1.1	1.4	1.2	DSM-III
Italia	Faravelli et al.	1989	1110	DIS	1.4	0.54	0.99	DSM-III
Alemania	Wittchen et al.	1992	483	DIS	-	-	2.5	DSM-III
Islandia	Steffánson et al.	1991	-----	DIS	-	-	3.5	DSM-III
Islandia	Lindal y Stefanson	1993	862	DIS	2.5	4.5	3.5	DSM-III
Nueva Zelanda	Wells et al.	1989	1498	DIS	4.3	3.0	3.0	DSM-III
Taiwan	Hwu et al.	1989	5005	DIS	0.24	0.95	0.6	DSM-III
Corea del Sur	Lee et al.	1990	3134	DIS	0.0	1.0	0.53	DSM-III
Estados Unidos	Pollard y Henderson	1988	500	Telefónica	-	-	2.0	DSM-III
Suiza	Degonda y Angst	1993	2201	SPIKE	3.1	4.4	3.8	DSM-III
Suiza	Wacker et al.	1992	470	CIDI	-	-	16	DSM-III-R
Francia	Lépine et al.	1993	1787	CIDI	2.1	5.4	4.1	DSM-III-R
Francia	Weiller et al.	1996	2096	CIDI	14.6	14.2	14.4	DSM-III-R
España	Crespo et al.	1998	237	Q-DIS-III-R	-	-	8.9	DSM-III-R
Holanda	Bijl et al.	1998	7046	CIDI	5.9	9.7	7.8	DSM-III-R
Italia	Faravelli et al.	2000	2355	Entrevista Estructurada	-	-	4.0	DSM-III-R
Noruega	Kringlen et al.	2001	2066	CIDI	9.3	17.2	13.7	DSM-III-R
Estados Unidos	Kendler et al.	1992	2163	DIS-III-R	-	-	11.5	DSM-III-R
Canadá	Stein et al.	1994	526	Telefónica	-	-	7.1	DSM-III-R
Estados Unidos	Kessler et al.	1994	8098	CIDI	11.1	15.5	13.3	DSM-III-R
Canadá	DeWitt et al.	1999	7871	CIDI	-	-	12.7	DSM-III-R
Canadá	Offord et al.	1996	9953	CIDI	5.4	7.9	6.7	DSM-III-R
Estados Unidos	Magee et al.	1996	8098	CIDI	3.8	5.2	4.5	DSM-III-R
Estados Unidos	Vega et al.	1998	3012	CIDI	6.1	8.8	7.4	DSM-III-R
Nueva Zelanda	Feehan et al.	1994	930	DIS-III-R	7.6	14.8	11.1	DSM-III-R
Canadá	Stein et al.	1996	500	Telefónica	-	-	10	DSM-IV
Canadá	Stein et al.	2000	1956	CIDI	-	-	7.2	DSM-IV
Suecia (Sweden)	Furmark et al.	1999	1202	Por correo	12.2	18.5	15.6	DSM-IV
Francia	Pélissolo et al.	2000	12873	Por correo	-	-	7.3	DSM-IV
Australia	Andrews et al.	2001	10641	CIDI	-	-	1.0	DSM-IV

H: Hombre; M: Mujer; DIS: Diagnostic Interview Schedule; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; DIS-III-R: Diagnostic Interview Schedule for DSM-III-R.

En España, Bragado et al. (1996) encontraron una tasa de prevalencia del 6.3% en una muestra de adolescentes (rango de edad: 14-17 años). No obstante, una limitación de este estudio viene dada por la composición de la muestra, ya que ha consistido en sujetos con un diagnóstico de FS específica (miedo a hablar en público), el cual además se realizó a través de las puntuaciones de una escala, sin tener en consideración el criterio de interferencia, tal como se recoge en el DSM-III-R o DSM-IV.

Tabla II.12. Tasas de prevalencia de la Fobia Social en población adolescente

PAÍS	AUTORES	AÑO	POBLACIÓN	N	EDAD	EVALUACIÓN	PREVALENCIA	DSM
Estados Unidos	Strauss y Francis	1989	Clínica	---	---	---	9.0%	DSM-III-R
Estados Unidos	Albano et al.	1995	Clínica	22	13-17	ADIS-C	14.1%	DSM-III-R
Nueva Zelanda	McGee et al.	1990	Comunitaria	943	15	---	1.1%	DSM-III-R
Estados Unidos	Kashani y Orvaschel	1990	Comunitaria	210	17	CAS	1.4%	DSM-III-R
Estados Unidos	Reinherz et al.	1993	Comunitaria	386	M=17.9	DIS-III-R	11.6%	DSM-III-R
Estados Unidos	Shaffer et al.	1996	Comunitaria	---	---	DIS-C	3.7%	DSM-III-R
España	Bragado et al.	1996	Comunitaria	243 80	6-17 14-17	DICA-R	4.1% 6.3%	DSM-III-R
Alemania	Wittchen et al.	1999	Comunitaria	3201	14-17 14-24	M-CIDI	4.0% 7.3%	DSM-IV
Alemania	Essau et al.	1999	Comunitaria	1035 655	12-17 14-17	CAPÍ	1.6% 2.0%	DSM-IV
Alemania	Lieb et al.	2000	Comunitaria	1047	14-17	M-CIDI	4.4% 1.1% 5.6%	DSM-IV
España	Olivares	2005	Comunitaria	15965	14-17	ADIS-IV	8.2%	DSM-IV

N: Tamaño muestral; M: Media; CAS: Child Assessment Schedule; DIS-III-R Diagnostic Interview Schedule for DSM-III-R; DIS-C. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Adolescents; DICA-R: Diagnostic Interview for Child and Adolescents; M-CIDI: Munich-Composite International Diagnostic Interview; CAPI: Composite International Diagnostic Interview; ADIS-C: Anxiety Disorders Interview Schedule for Children; ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV.

Respecto a los datos proporcionados por investigadores que trabajan en la clínica, Strauss y Francis (1989) señalaron que alrededor del 9% de los adolescentes que acudían a consulta recibían un diagnóstico de FS. Asimismo, Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow (1995) informaron que de los sujetos con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años que solicitaban tratamiento, un 14.1% presentaba FS. Un resumen de los estudios sobre población adolescente puede encontrarse en la Tabla II.12.

SÍNTESIS

Hasta el momento presente el mayor número de investigaciones sobre la prevalencia de la FS se han centrado en la edad adulta. Gran parte de estos trabajos se llevaron a cabo basándose en los criterios del DSM-III, lo cual plantea limitaciones respecto de la generalización de sus hallazgos. Asimismo, una vez que los estudios epidemiológicos han adoptado los criterios del DSM-III-R o DSM-IV, se han hallado tasas de prevalencia superiores, en torno al 10%.

Estos resultados son similares a los encontrados en algunos estudios con muestras adolescentes, tanto clínicas como comunitarias, pero no en otros. En este sentido, hay que considerar que la conceptualización del miedo a hablar en público como una fobia específica puede haber influido en un incremento de los falsos negativos en estos estudios.

De igual modo, la mejor delimitación en el DSM-IV tanto del trastorno de ansiedad generalizada como del trastorno de evitación infantil, puede permitir un menor número de falsos negativos y por tanto, unas tasas de prevalencia más fiables para los estudios realizados en la adolescencia.

II.4.2. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

II.4.2.1. Edad de inicio

Como recogen Jiménez, Sáiz, Bascarán e Iglesias (1999), la mayoría de los estudios epidemiológicos llevados a cabo hasta la fecha sitúan la edad de inicio de la FS en la adolescencia, en torno a los 14-16 años, siendo poco frecuente su comienzo a partir de los 25 años.

En población adulta, distintas investigaciones en Estados Unidos han ubicado la edad de inicio entre los 14 y 15 años. Así, Schneier et al. (1992) establecieron una edad media de inicio de 15.5 años, Davidson et al. (1993) hallaron una edad media de comienzo de la FS de 14.6 años y Regier et al. (1998) encontraron una edad de inicio tan temprana como de 11.5 años. En la línea de los estudios estadounidenses, Bland et al. (1988) observaron una edad de inicio de 14.6 años en población canadiense. Siguiendo con el continente americano, en concreto, en Puerto Rico, los resultados del estudio de Canino et al. (1987) mostraron una edad de comienzo de 19.8 años.

Respecto a los trabajos llevados a cabo en Europa, Lépine et al. (1993) informaron de una edad de inicio de 10.5 años, mientras que Degonda y Angst (1993) indicaron que la edad media de comienzo se situaba a los 16.6 años. Sin embargo, los datos del estudio de Lee et al. (1990) en el continente asiático, son los que revelan una edad de inicio de la FS más tardía, a los 24.3 años.

En población adolescente, Giaconia et al. (1994) observaron una edad de inicio a los 10.8 años en población estadounidense (media de edad de los sujetos: 17.9 años). Asimismo, en este trabajo se halló que el 83% de los sujetos con un diagnóstico de FS tenía una edad de inicio anterior a los 14 años.

También se han estudiado las diferencias en edad de inicio en función de los subtipos de FS. Heimberg, Dodge et al. (1990), en un estudio de tratamiento, encontraron que los pacientes con FSG tenían una edad de inicio menor que aquellos con el subtipo no generalizado o específico. Por el contrario, Kessler et al. (1998), no encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre los subtipos, respecto a la edad de inicio de la FS. No obstante, es posible que aunque las diferencias no fueran significativas la edad de inicio de la FSG fuera menor que la de la no generalizada, dato éste del que se prescinde en el estudio. Consistente con Heimberg et al. (1990), en Alemania, Wittchen et al. (1999) hallaron una edad de inicio de 11.5 y 14.0 años para los varones con FSG y no generalizada, mientras que para las mujeres la edad de comienzo ha sido de 12.5 y 15.0 años en el caso de FSG y no generalizada, respectivamente (rango de edad de los sujetos: 14-24 años), existiendo además diferencias estadísticamente significativas entre ambos subtipos. Además, en este trabajo se puso de manifiesto que el 50% de los sujetos con FSG, en comparación con el 19% de los sujetos con FS no generalizada, tenían una edad de inicio anterior a los 12 años. Por su parte, un estudio reciente en el contexto español (Olivares, Piqueras y Rosa, en prensa) han informado de una edad media de inicio entre los chicos de 9.20 años para la FSG y 9.58 años para la FSE, mientras que entre las chicas fue de 9.62 para la FSG y 9.46 para la FSE.

Este dato es de suma importancia ya que podría arrojar luz al motivo por el cual los sujetos con el subtipo generalizado presentan un mayor grado de comorbilidad con otros trastornos y un mayor nivel de severidad de las respuestas de ansiedad social, a la vista de estudios como el de Giaconia et al. (1994), en el que se señala que el 63.6% de los

sujetos con un diagnóstico de FS que informaron una edad de inicio anterior a los 14 años, presentaban un riesgo significativamente más alto de mostrar un trastorno comórbido. Por otro lado, parece ser que los sujetos con una edad de inicio más temprana tienen mayor probabilidad de desarrollar el subtipo generalizado de FS, aunque, como Chavira, Stein y Malcarne (2002) afirman, no existen hallazgos concluyentes a este respecto, al igual que tampoco está claro si los sujetos con edad de inicio temprana difieren de aquellos con una edad de inicio posterior en términos de severidad, comorbilidad, historia familiar o respuesta al tratamiento (Chavira et al. 2002; Olivares, Caballo et al., 2003).

Por otra parte, distintas investigaciones han demostrado que la FS precede a otros trastornos de ansiedad (a excepción de la fobia específica) y del estado del ánimo (v.gr., Lépine y Lellouch, 1995), por lo que una intervención temprana, próxima al comienzo de la FS, no solamente permitiría eliminar las respuestas de ansiedad social sino también prevenir el desarrollo de otros trastornos.

La Tabla II.13. presenta de forma cronológica los resultados de los estudios epidemiológicos referidos a la edad de inicio de la FS.

A la luz de estos resultados, cabe observar cómo la edad media de inicio de la FS se sitúa entre los 14 y 16 años, a excepción de los trabajos llevados a cabo en Puerto Rico y Corea del Sur. Sin embargo, a partir de los últimos datos publicados, resulta necesario precisar que la edad de comienzo puede fluctuar de forma significativa en la medida en que los sujetos presenten el subtipo generalizado o no generalizado. Este hecho nos lleva a reflexionar acerca del papel que pueden haber jugado los subtipos de la FS, de cara a interpretar los resultados proporcionados por los estudios epidemiológicos acerca de la edad de inicio.

Tabla II.13. Edad de inicio de la Fobia Social

AUTOR/ES	AÑO	PAÍS	POBLACIÓN	EDAD DE INICIO
Canino et al.	1987	Puerto Rico	Adulta	19.8
Bland et al.	1988	Canadá	Adulta	14.6
Lee et al.	1990	Corea del Sur	Adulta	24.3
Schneier et al.	1992	Estados Unidos	Adulta	15.5
Davidson et al.	1993	Estados Unidos	Adulta	14.6
Lépine et al.	1993	Francia	Adulta	10.5
Giaconia et al.	1994	Estados Unidos	Adolescente	10.8
Wittchen et al.	1999	Alemania	Adolescente	H: 11.5 ¹ , 14.0 ² M: 12.5 ¹ , 15.0 ²
Olivares, Piqueras y Rosa	En prensa	España	Adolescente	H: 9.20, 9.58 M: 9.62, 9.46

H: Hombre; M: Mujer; ¹ Fobia Social generalizada, ² Fobia Social no generalizada

II.4.2.2. Género

Como puede observarse en las Tablas II.11. (porcentajes) y II.14. (odds ratio), no existe un consenso con respecto a la existencia de una prevalencia superior de la FS en hombres o en mujeres. Ahora bien, a excepción de algunos trabajos, la mayoría de investigaciones han puesto de manifiesto una prevalencia más alta de mujeres con FS, encontrándose ratios de 3:2 o 2:1, a favor de estas últimas (para una revisión en población comunitaria ver Furmark et al., 2002).

Estos datos en población adulta son consistentes con trabajos en población infantil y adolescente, los cuales señalan que la población femenina presenta niveles de ansiedad social más elevados que los varones (Beidel y Turner, 1992; Essau et al., 1999; Essau, Sakano, Ishikawa y Sasagawa, 2004; La Greca *et al*, 1988; Wells, Tien, Garrison y Eaton, 1994; Wittchen et al., 1999). En este mismo sentido, los datos ofrecidos por Olivares (2005) muestran una proporción de 3:2 a favor de las adolescentes españolas, así como otros estudios del mismo equipo (v.gr., Olivares, Piqueras y Rosa, en prensa), que han hallado un porcentaje de FS sobre la muestra total comunitaria de 2.12% para los chicos y 4.94 para las chicas.

Sin embargo, cuando se revisan estudios realizados en marcos clínicos, el porcentaje de varones con un diagnóstico de FS iguala o supera al de las mujeres, situándose en un 48-60% (Beidel y Turner, 1998; Mannuzza et al., 1990; Stein, 1997; Turk et al., 1998).

Dada la discrepancia de los resultados en función de en qué marco se desarrolle la investigación (población comunitaria vs. clínica), debemos destacar el trabajo de Pollard y Henderson (1988) con población comunitaria, en el que se encontró que la proporción de mujeres que reunían los criterios del DSM-III para la FS (excluyendo el criterio de interferencia) era de 3:2. Sin embargo, cuando se incluyó este criterio esta proporción se invirtió, siendo de 3:2 a favor de los varones.

Tabla II.14. Prevalencia de la Fobia Social en función de la variable género (odds ratio)

AUTORES	AÑO	PAÍS	PREVALENCIA	
			Hombres	Mujeres
Canino et al.	1987	Puerto Rico	1.5	1.6
Bland et al.	1988	Canadá	1.4	2.0
Wells et al.	1989	Nueva Zelanda	4.3	3.0
Faravelli et al.	1989	Italia	1.4	0.54
Hwu et al.	1989	Taiwán	0.24	0.95
Lee et al.	1990	Corea del Sur	0.0	1.0
Schneier et al.	1992	Estados Unidos	2.0	3.1
Lépine et al.	1993	Francia	2.1	5.4
Degonda y Angst	1993	Suiza	3.1	4.4
Kessler et al.	1994	Estados Unidos	11.1	15.5
Weiller et al.	1996	Francia	14.6	14.2
Vega et al.	1998	Estados Unidos	6.1	8.8
Wittchen et al.	1999	Alemania	4.9*	9.5*
			2.7**	5.5**
Essau et al.***	1999	Alemania	1.0	2.1
Olivares, Piqueras y Rosa****	En prensa	España	2.12	4.94

* Rango de edad: 14-24 años; ** Rango de edad: 14-17 años; *** Rango de edad: 12-17 años; **** Rango de edad: 14-17

En este sentido, la variable cultural puede ser un elemento relevante a la hora de analizar estos resultados. Así, pese a que la distribución de los roles está cambiando, aún sigue manteniéndose el que el hombre asuma una postura más activa, traduciéndose esto en que se espera que sean ellos los que tengan que iniciar una conversación con una persona del sexo femenino, manifiesten mayores ambiciones personales u ocupen puestos de mayor responsabilidad, mientras que aún un número de mujeres desempeña su actividad en su propio domicilio, por lo que la FS puede interferir en menor medida la vida cotidiana en ese estrato de la población femenina, y así, no solicitar tratamiento psicológico, lo que ayudaría a entender la menor prevalencia de mujeres con FS en poblaciones clínicas. Sin embargo, a día de hoy se sigue sin aclarar cuáles son las razones por las que existen estas diferencias de sexo, si bien algunos autores opinan que puedan deberse a sesgos a la hora de recoger información, sesgos clínicos, diferencias de roles o demandas sociales, o diferencias en cuanto a la vulnerabilidad para desarrollar ansiedad (Furmark et al., 1999; Craske y Glover, 1999).

II.4.2.3. Estado Civil, Nivel Socioeconómico y Educativo

Mientras algunos estudios no han encontrado diferencias significativas en el estado civil de los sujetos con FS vs. control (Furmark et al., 1999; Weissman et al., 1996), otros han puesto de manifiesto que un porcentaje elevado de éstos se hallan solteros, separados o viudos (Davidson et al., 1993; Lépine et al., 1993; Schneier et al., 1992; Wells et al., 1994). Un dato a reseñar es el observado por Chapman (1993), quien constató que los sujetos con FS tendían a contraer matrimonio con personas que también reunían los criterios para el diagnóstico de este trastorno. En España, Caballo y Turner (1994) hallaron que los sujetos con FSG informaban que tenían menos amigos y menos relaciones de pareja, en comparación con los sujetos sin FS.

Por otra parte, respecto al nivel socioeconómico y educativo, casi existe un consenso en los resultados de los estudios epidemiológicos a la hora de señalar la presencia de un nivel socioeconómico y educativo más bajo en los sujetos con FS (Davidson et al., 1993; Furmark et al., 1999; Lépine et al., 1993; Magee et al., 1996; Patel, Knapp, Henderson y Baldwin, 2002; Reinherz et al., 1993; Schneier et al., 1992; Stein et al., 1994; Stein et al., 1996; Weiller et al., 1996; Wells et al., 1994; Wittchen et al., 1999), encontrándose además que el mayor grado de severidad de las respuestas de ansiedad social correspondía al estrato de la muestra que presentaba los niveles socioeconómicos y educativos más bajos.

En un reanálisis de los resultados del estudio epidemiológico *NCS*, Kessler et al. (1998) dividió la muestra entre los sujetos con miedo a hablar en público y aquellos que presentan ansiedad ante otras situaciones sociales (tanto de interacción social como de actuación). En este trabajo se encontró que los sujetos con miedo a hablar en público no mostraban diferencias ni en el nivel educativo ni en el socioeconómico respecto al grupo control, frente a los sujetos que informaban ansiedad ante otras situaciones sociales, los cuales sí indicaban un nivel socioeconómico más bajo que los sujetos del grupo control.

Otra excepción es el estudio llevado a cabo en Suiza por Degonda y Angst (1993), en donde no se hallaron diferencias significativas en el nivel socioeconómico, no proporcionando datos acerca del nivel educativo de la muestra.

En resumen, de acuerdo con la investigación disponible respecto del estado civil de los sujetos con FS, podemos señalar que existe una mayor proporción de sujetos que no se han casado, o que si bien lo han hecho, se han separado o enviudado, lo que es consistente con múltiples estudios que han demostrado cómo este trastorno afecta a la vida de pareja de estos sujetos (v.gr., Stein, 1997).

Asimismo, podemos concluir que la mayoría de trabajos han encontrado que los sujetos con FS pertenecen a un estrato de nivel socioeconómico y educativo bajo, aunque se desconoce si ésta es la causa o una consecuencia de presentar este trastorno. Es decir, a día de hoy no se conoce a ciencia cierta si el encontrarse en estos niveles ha podido contribuir al desarrollo de la FS, o bien, si ésta ha propiciado que el sujeto obtenga un peor rendimiento académico, rehuya carreras universitarias y por tanto, no hayan accedido a puestos de trabajo mejor remunerados.

II.4.2.4. Otras variables sociodemográficas

Un número de estudios han mostrado que la FS es más frecuente entre los más jóvenes y su prevalencia es menor a medida que se avanza en edad (Furmark et al., 1999; Magee et al., 1996; Offord et al., 1996; Schneier et al., 1992; Stein et al., 1994; Stein y Kean, 2000), mientras algunos estudios indican que la FS aumenta con la edad (Essau et al., 2004).

La asociación con otras variables sociodemográficas tales como el status laboral ha sido menos demostrada. Algunos estudios han mostrado que los sujetos con FS tienen mayor probabilidad de estar sin empleo (Magee et al., 1996; Patel et al., 2002; Stein et al., 1996), mientras que otros no han encontrado una relación entre FS y status laboral (Furmark et al., 1999). La FS también ha sido asociada con falta de apoyo social (Cohen y Wills, 1985; Davidson et al., 1994; Furmark et al., 1999; Magee et al., 1996), e ingresos económicos más bajos (Davidson et al., 1994; Schneier et al., 1992; Stein et al., 1994). También se conoce un estudio relativo a la asociación de la FS con la raza de los sujetos. Ferrell, Beidel y Turner (2004) no hallaron diferencias en la presentación de sintomatología entre niños blancos y afro-americanos.

El uso de servicios médicos por sujetos con FS ha sido investigado por algunos autores. Schneier et al., (1992) manifestaron que los pacientes con FS sin comorbilidad hacían uso de los servicios médicos el doble de veces que aquellos sin el trastorno. Además cuando la FS venía acompañada de un trastorno comórbido, la tasa de

asistencia a servicios médicos se incrementaba a tres veces más que la del grupo control. En el estudio de Faravelli et al., (2000), más de tres cuartos (78%) de los pacientes con ansiedad social, usaban los servicios de atención primaria, el 41% había visitado a un psiquiatra y el 15% a un psicólogo. Respecto a las diferencias de género, parece ser que los hombres tienen mayor probabilidad de solicitar tratamiento, tal vez porque la FS sea más incapacitante para hombres que para mujeres (Weinstock, 1999). Además, en el estudio de Furmark et al., (1999), alrededor del 13% de los sujetos con FS admitieron el uso de medicación, aunque muy pocos manifestaron que la ansiedad social fuera el problema.

II.4.3. COMORBILIDAD

Los sujetos con un diagnóstico primario de FS generalmente también manifiestan síntomas asociados con otros trastornos de ansiedad, depresión y/o abuso de sustancias/alcohol. En muchos casos, la co-ocurrencia de sintomatología es suficiente para determinar el diagnóstico de otro trastorno. De hecho, se estima que entre el 70% y el 80% de los sujetos con FS cumplen los criterios diagnósticos para al menos otro trastorno psiquiátrico (Lecrubier y Weiller, 1997; Merikangas y Angst, 1995; Schneier et al., 1992).

Varios estudios epidemiológicos con población comunitaria y otros tantos trabajos llevados a cabo con muestras clínicas han examinado las tasas de comorbilidad en los sujetos con FS. Como hemos indicado a lo largo de este trabajo, ante la escasez de trabajos llevados a cabo con población adolescente, en este capítulo aportaremos datos de los resultados relativos a los trastornos comórbidos más frecuentes en sujetos adultos con FS, bien hayan sido publicados en estudios epidemiológicos como los generados a partir de los trabajos con muestras clínicas, señalando a continuación qué estudios se han llevado a cabo en la adolescencia o en la infancia, si los hubiera.

Como distintas investigaciones han puesto de manifiesto, la existencia de otros trastornos psicopatológicos en sujetos con FS agrava la severidad de las respuestas de ansiedad, incrementa el deterioro académico y laboral e influye de forma negativa en la respuesta del sujeto al tratamiento psicológico (v.gr., Roca y Baca, 1998). Además, la mayor parte de las investigaciones realizadas destacan el hecho de que es precisamente la presencia de estos trastornos comórbidos los que llevan a los sujetos con FS a solicitar tratamiento psicológico (Schneier et al., 1992).

Los trastornos comórbidos más frecuentemente relacionados con la FS son la depresión mayor (Bisserbe, 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), trastornos de ansiedad (Angst, 1992; Faravelli et al., 2000; Lépine et al., 1995; Magee et al., 1996), y abuso de sustancias/alcohol (Degonda y Angst, 1993; Lecrubier y Weiller, 1997; Lépine y Lellouch, 1995). En concreto, Magee et al., (1996) hallaron que las condiciones comórbidas más frecuentes eran los trastornos de ansiedad (56.9%), seguidos de los trastornos afectivos (41.4%) y el abuso de sustancias tóxicas (39.6%).

Otros trastornos comórbidos que han sido asociados con la FS son el trastorno de la personalidad por evitación (Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992; Jansen et al., 1994; Ramos et al., 2002; Schneier et al., 1991; Tillfors, et al., 2001; Turner, et al., 1992), y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Ramos et al., 2002).

Además, en estudios recientes se han comenzado a detectar condiciones comórbidas de naturaleza psicofisiológica, tan novedosas como la tortícolis espasmódica (Gündel, Wolf, Xidara, Busch y Ceballos-Baumann, 2001) y el *temblor essential* (Schneier, Barnes, Albert y Louis, 2001).

II.4.3.1. Comorbilidad entre Fobia Social y otros trastornos de ansiedad

Según los criterios del DSM-III-R, el trastorno comórbido más frecuentemente asociado con la FS es la agorafobia, seguido por el trastorno de pánico y la fobia específica. Un estudio epidemiológico realizado con criterios del DSM-IV señala, sin embargo, una mayor comorbilidad entre FS y trastorno por estrés postraumático, seguido por agorafobia sin historia de trastorno de pánico y el trastorno de pánico con o sin agorafobia. Hay que señalar que estas tasas fluctuaron de forma significativa al dividir los autores la muestra en sujetos con FS generalizada y no generalizada (Wittchen et al., 1999). Así, mientras los sujetos con FS generalizada presentan una mayor comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático y agorafobia sin historia de trastorno de pánico, los trastornos comórbidos más diagnosticados en los sujetos con FS no generalizada son el trastorno de pánico con o sin agorafobia y la fobia específica (véase Tabla II.15). De igual modo, mientras los cocientes de razón (*odds ratio*) del grupo de sujetos con el subtipo generalizado de FS son estadísticamente significativos con respecto a la población sin este trastorno ($p < .05$), únicamente los sujetos con FS no

generalizada muestran diferencias estadísticamente significativas en la tasa de comorbilidad con el trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Respecto al papel que pueden haber jugado los subtipos de FS de cara a las tasas de comorbilidad obtenidas en los estudios epidemiológicos, Stein y Chavira (1998) reanalizaron los datos del *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1994), dividiendo para ello los sujetos con FS entre aquellos con miedo a hablar en público y los que muestran ansiedad ante otro tipo de situaciones sociales (por defecto, FS generalizada). Estos autores observaron que estos últimos presentaban un número estadísticamente superior de trastornos de ansiedad comórbidos respecto a los sujetos con miedo específico a hablar en público.

Por su parte, Olivares, Piqueras y López-Pina (2005) han hallado que los subtipos de FS presentan la tasa de comorbilidad asociada más alta con la FE y MS. Para la muestra total, las tasas de comorbilidad fueron bastante altas: FE (54.9%), MS (18.14%) y Trastorno de Pánico (13.32%). El subtipo de FSG presentó las tasas más altas en FE, y MS. Mientras, el subtipo específico obtuvo un 36,1% para la FE y por debajo de 20% para los otros trastornos.

Tabla II.15. Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad

AUTORES		AG	TP	TP±AG	AG-TP	TAG	FE	TEPT	TOC
Schneier et al. (1992)		11.8	3.2				9.2		4.4
Davidson et al. (1993)		12.1	10.6			4.2	8.3	8.4	8.3
Angst (1993)		16.7	3.1			5.8	5.8		3.0
Lépine et al. (1993)	H	1.4	29.0			6.2	9.4		
	M	5.1	3.8			3.2	3.5		
Kendler et al. (1992)			7.0			2.2			
Weiller et al. (1996)		2.8	1.5						
Magee et al. (1996)		7.1	4.8			3.8	7.7	2.7	
Wittchen et al. (1999)	FS			4.7	5.4	2.4	3.7	6.2	3.9
	FSNG			3.3	2.4	0.3	3.0	0.7	2.0
	FSG			8.3	13.8	8.1	5.8	22.6	8.3
Olivares, Piqueras y López-Pina (2005)	FSE	1.8	10.20			5	44.4	4.11	
	FSLG	6.5	10.56			11.2	62.7	3.32	
	FSMG	10.4	17.08			13.6	68.5	6.72	
	FSGG	28.4	31.71			17.9	77.6	12.35	

AG: Agorafobia; TP: Trastorno de pánico; TP±AG: Trastorno de pánico con o sin agorafobia; AG-TP: Agorafobia sin Trastorno de pánico; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; FE: Fobia específica; TEPT: Trastorno por estrés posttraumático; TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo; H: Hombre, M: Mujer, FS: Fobia Social; FSNG: Fobia Social no generalizada; FSG: Fobia Social generalizada

Los datos anteriormente expuestos pueden arrojar luz de cara a discriminar entre los subtipos de FS si se trata de diferencias cuantitativas o cualitativas, dada la unanimidad de resultados coincidentes respecto a la mayor presencia de comorbilidad en los sujetos con FSG así como un patrón distinto de trastornos comórbidos en uno y otro subtipo.

Con muestras clínicas de sujetos con un diagnóstico de trastorno de pánico, Stein Shea y Uhde (1989) observaron que el 46% de la muestra también presentaba FS como trastorno secundario. En esta línea, Starcevic et al. (1993) constataron que un 20% de los sujetos asimismo cumplía los criterios de FS.

En relación con la alta comorbilidad entre trastorno de pánico y FS, Horwath et al. (1995) plantearon tres hipótesis: (a) la existencia de una tendencia general entre los trastornos de ansiedad (incluida la FS) a presentarse de forma conjunta con el trastorno de pánico, la cual se debería a una transmisión familiar, (b) la presencia del trastorno de pánico sería un factor de riesgo para la FS sin que se evidenciara un componente familiar y (c) la asociación entre FS y trastorno de pánico es espúrea y se debería simplemente a un mal diagnóstico de agorafobia.

Por otra parte, también se ha examinado cuál es el orden cronológico de aparición de los trastornos psicopatológicos, es decir, si es la FS o bien son los otros trastornos de ansiedad los que tienen un comienzo anterior. Los resultados han mostrado que la FS precede al trastorno comórbido, a excepción de la fobia específica (véase por ejemplo, Rapaport, Paniccia y Judd, 1995).

Similares resultados a los encontrados en población comunitaria han sido hallados en muestras clínicas de sujetos adultos con FS (véase Tabla II.16).

Tabla II.16. Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad en muestras clínicas

AUTORES	N	TAG (%)	TP (%)	AG (%)	FE (%)
Barlow et al. (1986)	19	21	32	37	
Perugi y Savino (1990)	25	36			
Turner et al. (1991)	71	33	3		
Van Amerigen et al. (1991)	57	32	49	7	19
Sanderson et al. (1990)	24	8	27		25

AG: Agorafobia; TP: Trastorno de pánico; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; FE: Fobia específica;

En población infanto-juvenil, Francis et al. (1992) observaron que todos los niños que acudían a consulta con un diagnóstico de FS presentaban al menos otro trastorno de ansiedad, siendo el más frecuente el trastorno por ansiedad excesiva (83%), actualmente englobado dentro del trastorno de ansiedad generalizada. Asimismo, estos autores encontraron que casi la mitad de los sujetos cumplían los criterios de fobia simple (ahora denominada fobia específica).

Last et al. (1992) aportaron datos en el mismo sentido sugiriendo que, más que una comorbilidad entre FS y trastorno de ansiedad generalizada, se producía un solapamiento de ambos trastornos en algunos criterios diagnósticos, lo cual podía estar influyendo en un incremento de los falsos positivos de cara al diagnóstico de estos trastornos.

Albano, Chorpita, y Barlow (1996) describieron una muestra de 138 jóvenes (edad de 8-17 años) de los cuales el 30% recibió el diagnóstico de FS basado en los criterios del DSM-III-R. El trastorno comórbido más frecuente fue el de ansiedad excesiva (43%), seguido de fobia simple (26%). Beidel, Turner y Morris (1998) usando los criterios del DSM-IV informaron de tasas de comorbilidad en una muestra de sujetos con FS con una media de edad de 10.1 años. La tasa de comorbilidad más alta fue para el trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica (ambos de un 10%).

En Alemania, Essau et al. (1999) manifestaron que los trastornos de ansiedad que más frecuentemente se encuentran asociados a la FS en la adolescencia (rango de edad: 12-17 años) son la agorafobia (23.5%) seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo (11.8%) y la fobia específica (5.9%). Estos autores no encontraron comorbilidad con otros trastornos, como el de ansiedad generalizada o el trastorno por estrés postraumático.

Por último, también en población adolescente, se ha hallado una frecuencia de asociación elevada entre la fobia o rechazo escolar y FS (McShane et al., 2004).

II.4.3.2. Comorbilidad entre Fobia Social y trastornos del estado del ánimo

Se estima que los sujetos con FS tienen una probabilidad de dos a tres veces mayor de desarrollar o bien depresión mayor o distimia (Kessler, Stang, Wittchen, Stein y Walters, 1999).

La depresión mayor representa uno de los diagnósticos comórbidos de mayor prevalencia entre personas con FS (Lecrubier y Weiller, 1997; Perugi, Frare, Toni, Mata y Akiskal, 2001; Regier 1998; Schneier et al., 1992). Dos de los más importantes estudios epidemiológicos evaluaron la comorbilidad entre FS y depresión. El primero de ellos, el ECA (*Epidemiologic Catchment Area*, Schneier et al., 1992), encontró que el 16.6% de los sujetos diagnosticados con FS, cumplía los criterios de depresión mayor. En el segundo estudio, el NCS (*National Comorbidity Survey*, Kessler et al., 1994), la tasa de comorbilidad encontrada entre FS y depresión mayor fue mucho mayor, del 37.2%, siendo la depresión mayor el segundo trastorno comórbido de más prevalencia entre personas con FS (Magee, et al., 1996).

La Tabla II.16. muestra resultados discrepantes acerca de qué trastorno del estado del ánimo presenta una mayor comorbilidad con la FS en los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha. Así, mientras algunos indican que la distimia es más frecuente que la depresión mayor (Angst, 1993; Wittchen et al., 1999), otros informan de lo contrario (Canino et al., 1987; Kessler et al., 1999; Magee et al., 1996; Schneier et al., 1992; Wacker et al., 1992).

Un dato proporcionado por el estudio de Wittchen et al. (1999) puede arrojar luz a este respecto, puesto que mientras los sujetos designados como fóbicos sociales del tipo generalizado muestran unas tasas de comorbilidad de distimia superiores a las de depresión, sucede justo lo opuesto en los sujetos con FS no generalizada.

Un resultado similar lo encontramos al analizar el estudio de Kessler et al. (1999), dado que los sujetos con sólo miedo a hablar en público (frecuentemente denominados como FS específica o no generalizada) informan una mayor comorbilidad con el episodio depresivo mayor frente a los sujetos con ansiedad ante otro tipo de situaciones sociales, quienes muestran una mayor comorbilidad con el trastorno distímico.

Respecto a los subtipos de FS, Stein y Chavira (1998) indicaron que los sujetos con FS generalizada refieren un número superior de trastornos del estado del ánimo comórbidos, en comparación con los sujetos con miedo a hablar en público. A este respecto, Stein y Kean (2000) encontraron que el subtipo generalizado de FS estaba fuertemente asociado con depresión mayor, mientras que el miedo a hablar en público no, resultados estos consistentes con el estudio de Kessler et al., (1998). En España,

Olivares, Piqueras y López-Pina (2005) han hallado unos datos que indican tasas más altas de distimia que de depresión mayor en todos los subtipos, que tiende a aumentar conforme se avanza en el grado de generalización de la FS. Otro dato muy importante es que el subtipo FSGG muestra los porcentajes más elevadas de ambos trastornos, que en este caso son muy parecidos, 32% y 38%, respectivamente (véase tabla II.16.).

Por tanto, al igual que en el punto anterior, creemos que es necesario analizar los resultados de los estudios acerca de la comorbilidad teniendo en cuenta el subtipo de FS que presenten los sujetos.

Tabla II.17. Comorbilidad entre la Fobia Social y trastornos del estado del ánimo

AUTORES		Depresión	Distimia
Canino et al (1987)		18.1	4.9
Wittchen et al. (1989)		6.9	4.9
Schneier et al. (1992)		4.4	4.3
Davidson et al. (1993)		6.8	
Angst (1993)		2.8	3.4
Lépine et al. (1993)	H	12.5	
	M	2.7	
Kendler et al. (1992)		2.1	
Wacker et al. (1992)		2.2	1.1
Weiller et al. (1996)		4.4	
Magee et al. (1996)		3.7	3.1
Wittchen et al. (1999)	FS	2.7	5.0
	FSNG	2.2	1.5
	FSG	3.9	16.3
Kessler et al. (1999)	FS	2.9	2.7
	MHP	2.7	1.5
	No MHP	3.0	3.4
Olivares, Piqueras y López-Pina (2005)	FSE	6.16	14.48
	FSLG	4.64	17.28
	FSMG	12.97	27.43
	FSGG	32.09	38.27

FS: Fobia Social, FSNG: Fobia Social no generalizada, FSG: Fobia Social generalizada, MHP: Miedo a hablar en público.

Respecto a la controversia acerca de en qué medida la distimia o el episodio depresivo mayor comienzan después del inicio de la FS, los resultados de los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento muestran que la FS ha precedido a los trastornos del estado de ánimo en un porcentaje que oscila entre el 70% y el 80% de los

casos (Kessler et al. 1999; Lepine et al., 1993; Schneier et al., 1992; Stein et al., 1990; Weiller et al. 1996; Wittchen et al., 1999). Además, respecto al trastorno de depresión mayor, DeWitt, Ogborne, Offord y MacDonald, (1999) afirman que en los casos en que el desarrollo de la FS es previo al de la depresión mayor, se observa una probabilidad significativamente menor de recuperación que en aquellos que informan de un inicio de la depresión previo a la FS.

Lecrubier (1998) encontró que las tasas de comorbilidad entre la FS y la depresión eran mucho más elevadas en los sujetos con una edad de inicio de la FS inferior a los 15 años.

En estudios con muestras clínicas de sujetos adultos con FS se han encontrado tasas de comorbilidad de depresión mayor que oscilan entre el 3% y el 70% mientras que las relativas al trastorno distímico varían entre el 4% y el 32% de los casos (véase Tabla II.18).

Tabla II.18. Comorbilidad con los trastornos del estado del ánimo en muestras clínicas

AUTORES	N	Depresión (%)	Distimia (%)
Argyle y Roth (1989)	37	27	
Barlow et al. (1986)	19	15	4
Perugi y Savino (1990)	25	36	
Turner et al. (1991)	71	3	6
Van Amerigen et al. (1991)	57	70	32

En población infanto-juvenil, Strauss y Last (1993) hallaron que el 10% de los sujetos con FS reunían también los criterios de depresión mayor. Una proporción similar a ésta (8%) ha sido mostrada en un trabajo posterior (Beidel, Turner y Morris, 2000). Sin embargo, Essau et al. (1999) encontraron tasas más altas: 23.5% y 5.1% para el episodio depresivo mayor y el trastorno distímico, respectivamente.

Por otra parte, en muestras de sujetos adultos con un diagnóstico de depresión mayor se ha puesto de manifiesto que entre un 28% y un tercio de los casos también han reunido los criterios diagnósticos de FS (Alpert et al., 1997; Lépine et al., 1993).

Si bien, como hemos podido comprobar los estudios acerca de la comorbilidad entre FS y trastornos del estado del ánimo, se han centrado en su mayor parte en investigar la

comorbilidad entre depresión mayor principalmente y distimia en menor medida, es cierto que se ha prestado menos atención al trastorno bipolar como condición comórbida de la FS. No obstante, existe información que puede reflejar la existencia de una relación entre la FS y el trastorno bipolar. A este respecto, en el NCS (Kessler et al., 1994), se halló que el riesgo de comorbilidad para la FS era más alto para sujetos con trastorno bipolar que para aquellos con depresión mayor. También se han encontrado tasas más altas de FS en sujetos con hipomanía respecto a la población general (Angst, 1998). Perugi et al. (1999) encontraron que el trastorno bipolar II, estaba más asociado con la FS (21.%) que con el trastorno obsesivo-compulsivo (17.7%) y con el trastorno de pánico (5.0%).

La existencia de una posible conexión entre FS y el trastorno bipolar es también reflejada en muestras clínicas (Himmelhoch, 1998). En un estudio reciente, Perugi, Frare et al. (2001), han encontrado que de 153 pacientes diagnosticados con FS, el 9.1% cumplía los criterios del DSM-III-R para el trastorno bipolar II, y el 46.4% para la depresión mayor. Estos autores manifiestan que las bajas tasas de comorbilidad entre FS y trastorno bipolar II pueden ser debidas a que el trastorno bipolar II está infradiagnosticado, y a menudo es diagnosticado como trastornos unipolares o de la personalidad.

II.4.3.3. Comorbilidad entre Fobia Social y abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas

La FS es con frecuencia acompañada por alcoholismo (Ballenger et al., 1998; Moutier y Stein, 1999). La prevalencia del abuso o dependencia de alcohol entre personas con FS es de alrededor de un 22% (Himle y Hill, 1991; Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990) y de los sujetos que solicitan tratamiento para la ansiedad social, entre un 19% y un 28% informan sobre problemas de abuso de alcohol (Regier et al., 1990; Himle y Hill, 1991; Van Ameringen et al., 1991).

Distintos estudios han puesto de manifiesto que las tasas de abuso de alcohol son más elevadas en sujetos con FS que en sujetos con otro trastorno de ansiedad (Amies et al., 1983; Kushner, Sher y Beitman, 1990; Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986). También se ha demostrado que los sujetos con FS tienen mayor probabilidad de cumplir los criterios del DSM-III-R y DSM-IV para la dependencia de nicotina que aquellos sin

FS (Breslau, 1995; Breslau, Kilbey y Andreski, 1994; Nelson y Wittchen, 1998; Sonntag et al., 2000; Wittchen et al., 1999). Por el contrario, el abuso de otras sustancias ha sido menos investigado, habiéndose encontrado tasas más altas en población comunitaria que en población clínica (Rapee, 1995).

Tampoco existe un consenso acerca de si los sujetos con FS presentan con más frecuencia abuso de alcohol o de otras sustancias (véase Tabla II.19). Comparando una muestra clínica de sujetos con FS vs. población comunitaria, Lépine et al. (1998) aportaron datos respecto a que un 2.5% de los sujetos con FS informaban que habían manifestado problemas relativos al abuso del alcohol, en comparación con el 1% de los sujetos sin FS. Tras clasificar a los sujetos con un diagnóstico de FS como “moderados” o “severos”, encontraron que el 4.3% de los sujetos con FS severa presentaban abuso y/o dependencia al alcohol, frente al 1.4% de los designados como moderados.

Con población adolescente, Essau et al. (1999) encontraron que el 23.5% de los sujetos con FS también presentaban abuso y/o dependencia de alcohol y de otras sustancias.

En relación con el orden cronológico de inicio de la FS, Angst (1993) sugirió que el patrón de comorbilidad podía presentar el siguiente esquema: primero se iniciaría la FS para posteriormente desarrollarse un episodio depresivo mayor y finalmente producirse un comienzo en el abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas. A día de hoy no hay datos que permitan avalar esta hipótesis.

Tabla II.19. Comorbilidad con el abuso y dependencia de sustancias tóxicas (*odds ratio*)

AUTORES		Alcohol	Otras sustancias
Schneier et al. (1992)		2.2	2.9
Davidson et al. (1993)		2.2	
Angst (1993)		3.5	2.1
Kendler et al. (1992)		2.7	
Weiller et al. (1996)		3.3	
Magee et al. (1996)		2.2	2.6
Wittchen et al. (1999)	FS	1.14	1.67
	FSNG	1.12	1.52
	FSG	1.19	2.06

FS: Fobia Social; FSNG: Fobia Social no generalizada; FSG: Fobia Social generalizada

Sin embargo, como han señalado algunos autores, un elevado porcentaje de sujetos con FS ha informado que el inicio en el abuso del alcohol u otras drogas se produjo con posterioridad al desarrollo de la FS, como un intento para poder sobrellevar las respuestas psicofisiológicas y cognitivas que se presentaban cuando se encontraban ante una situación social (Montgomery, 1996). Los sujetos con FS suelen emplear estas sustancias con el objeto de desinhibirse en situaciones sociales y así poder realizar comportamientos prosociales, como iniciar y mantener una conversación con una persona del sexo opuesto durante una situación lúdica (p.ej., una fiesta). En este línea, Abrams, Kushner, Medina y Voight (2001) han evaluado el efecto del alcohol sobre la intensidad de las respuestas de ansiedad. 61 sujetos con FS dieron dos charlas; entre el intervalo de la primera a la segunda un grupo de sujetos consumió alcohol, un segundo grupo creyó consumir alcohol tratándose de una bebida no alcohólica y un tercer grupo o grupo control consumió una bebida no alcohólica. Se observó que tanto el grupo que consumió alcohol como el que consumió la bebida placebo mostraron una reducción mayor de ansiedad frente al grupo control, siendo el efecto mayor en el grupo que consumió alcohol. Los autores concluyen que tanto los efectos farmacológicos del alcohol como la creencia de haberlo tomado (expectativas) reducen significativamente la ansiedad frente a una situación de actuación. Estos hallazgos son importantes porque anticipan el papel del alcohol como reforzador negativo en sujetos con FS, lo cual puede contribuir al posterior desarrollo de abuso/dependencia de alcohol entre esta población.

Lecrubier (1998) halló que los sujetos con FS que informaban que la edad de comienzo de su trastorno fue antes de los 15 años presentaban tasas de comorbilidad de abuso de alcohol superiores a los que indicaban una edad de inicio superior.

La presencia de comorbilidad relativa al abuso de alcohol en sujetos diagnosticados con FS también ha sido estudiada en muestras clínicas. Esta tasa oscila entre el 2% (Herbert et al., 1992; Turner et al., 1991, 1992) y el 16% (Schneier et al., 1992), llegando incluso a ser superior al 20% en algunos trabajos (Perugi y Savino, 1990; Van Amerigen, Mancini, Styyan y Donison, 1991).

Por otra parte se ha examinado en qué medida los sujetos que presentan abuso y/o dependencia del alcohol u otras sustancias reúnen también los criterios diagnósticos de FS. Así, las tasas de prevalencia de la FS, en sujetos que solicitan tratamiento debido a

sus problemas con el alcohol, oscilan entre el 2% y el 54% (Lépine y Pélioso, 1998), con una prevalencia media del 15%.

Con una muestra de alcohólicos que se encontraban en fase de rehabilitación, Stravynski, Lamontagne y Lavallée (1986) hallaron una tasa de comorbilidad de FS del 7.8%, presentando asimismo el trastorno de personalidad por evitación un 35% de los sujetos. De la muestra total de alcohólicos, un 40% informaron que hacían uso del alcohol para reducir las respuestas de ansiedad, especialmente cuando se sentían observados al estar en un grupo de personas.

En esta línea, Chambless, Cherney, Caputo y Rheinstein (1987) observaron que el 19% de una muestra de alcohólicos mostraban FS. De la proporción de sujetos con FS, el 67% informaron que empleaban el alcohol como un modo de controlar las respuestas de ansiedad. Además, Thomas, Thevos y Randall (1999) hallaron que el 23% de los sujetos que presentaban abuso y/o dependencia del alcohol, también presentaban FS. En este mismo estudio se comparó una muestra de sujetos con FS frente a sujetos sin este trastorno, observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, respecto de la finalidad de ingerir alcohol: los primeros lo utilizaban para mejorar sus relaciones con los demás y para intentar controlar las respuestas de ansiedad.

Respecto a la variable género, Kessler et al. (1997) reanalizaron los resultados del *NCS* y encontraron que un 30% de las mujeres con dependencia alcohólica también presentaban FS, en comparación con un 19% de los varones. Similares resultados fueron hallados por Cardot, Lejoyeux y Ades (1997) quienes constataron que el 24% de las mujeres con dependencia alcohólica cumplían los criterios diagnósticos de FS, en comparación con un 13% de los varones. Este dato es consistente con la afirmación de Page y Andrews (1996) de que la presión social para el consumo de alcohol puede ser mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, Thomas et al. (1999) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre una muestra de sujetos con FS en función del género. Por otra parte, Kessler et al. (1997) observaron que tanto los hombres como las mujeres con FS presentaban el doble de riesgo a mostrar dependencia al alcohol en comparación con los sujetos sin FS.

En un estudio con adolescentes hospitalizados por abuso y dependencia de alcohol, Clark et al. (1995) encontraron que el 22% también reunía los criterios de FS. Junto a

esto, Clark et al. (1993) aportaron datos que sugieren que la gran mayoría de adolescentes con FS que consumían alcohol mostraban absentismo escolar y problemas de conducta.

Respecto al uso de otras sustancias, Grenyer, Williams, Swift y Neill (1992), con una muestra de consumidores de heroína, indicaron que aproximadamente una cuarta parte de la muestra presentaba ansiedad social en base a los sujetos que sobrepasaron el punto de corte establecido por los autores en la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) y la Escala de Ansiedad y Evitación Social (SAD). Por otra parte, Sonntag et al., (2000) encontraron que, en una muestra de adolescentes y jóvenes adultos (edad 14-24 años) con FS, el 35.7% eran fumadores regulares y el 18.7% tenían dependencia de nicotina según los criterios del DSM-IV.

Ante esto, distintos estudios con muestras clínicas también han evaluado en qué medida la FS precede o es consecuencia del abuso o dependencia del alcohol u otras sustancias. Los resultados han revelado que la FS antecede al abuso del alcohol entre el 25 y el 94% de los casos (Smail, Stockwell, Canter y Hodgson, 1984; Schneier et al., 1992; Stravynski et al., 1986; Weiller et al., 1996; Wittchen et al., 1999), al consumo de tabaco (Sonntag et al., 2000), y al abuso de alcohol, abuso de cocaína y uso de nicotina (Baker, 2001).

En este sentido, Prescott, Neale, Corey y Kendler (1997) encontraron que la FS es uno de los predictores de riesgo más importante para el inicio en el consumo de alcohol en una muestra de 2163 mujeres gemelas con dependencia alcohólica. De igual modo, con una muestra de 7871 sujetos canadienses (rango de edad: 16-64 años), DeWitt, MacDonald y Offord (1999) constataron que la FS es un factor de riesgo para un inicio temprano en el abuso y/o dependencia de sustancias. Estos autores también hallaron que a mayor número de situaciones sociales temidas por el sujeto, mayor grado de dependencia al alcohol, lo cual es consistente con trabajos previos (v.gr., Page y Andrews, 1996). Aún más, el número de situaciones sociales temidas se ha identificado como una variable mediadora entre los eventos vividos durante la infancia, los estresores familiares y el abuso y/o la dependencia a sustancias tóxicas durante la adolescencia. Como consecuencia, Dewitt et al. (1999) señalaron que los programas de prevención de sustancias tóxicas deberían prestar especial atención a la presencia de sujetos con ansiedad social. Asimismo, la aplicación de programas de prevención o

tratamiento precoz de la FS también permitiría prevenir la probabilidad de un inicio en el consumo de drogas legales o ilegales.

Por su parte, Zimmermann et al. (2003) estudiaron la relación entre los trastornos primarios de ansiedad y el desarrollo del trastorno por abuso del consumo de sustancias tóxicas en una muestra amplia de adolescentes y adultos jóvenes, concluyendo que la FS predecía el inicio del uso regular y abusivo de drogas y la persistencia de la dependencia.

Como conclusión, se constata la correlación entre FS y abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas, siendo el primero un factor de riesgo para el desarrollo de este último. Asimismo, trabajos con muestras clínicas y con poblaciones comunitarias han puesto de manifiesto que este riesgo es superior en la medida en que el sujeto muestra una mayor severidad en las respuestas de ansiedad social. Investigaciones futuras deberían proseguir en la línea de aportar resultados acerca del papel de los subtipos de la FS en la comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias, tal y como se recoge en el DSM-IV.

II.4.3.4. Comorbilidad entre Fobia Social y trastornos de la conducta alimentaria

Hasta la fecha son muy escasos los estudios entre la FS y los trastornos alimentarios, sin embargo existe la observación clínica de que aquellos con trastornos de la conducta alimentaria tienen mayor probabilidad de sufrir ansiedad social (Lecrubier et al., 2000) y que en la mayoría de los casos la ansiedad social ocurre antes que los trastornos de la conducta alimentaria (Wittchen et al., 1999).

Godart, Flament, Lecrubier y Jeammet, (2000) hallaron que en una muestra de 63 pacientes que presentaban un diagnóstico de trastorno de la alimentación según los criterios del DSM-IV, más del 50% de los pacientes cumplían los criterios para el trastorno de ansiedad social.

Wittchen et al. (1999) encontraron un cociente de razón de 1.99. Sin embargo, cuando se han analizado por separado la comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y cada uno de los subtipos de la FS, los resultados han revelado un cociente de razón de 6.18 en los sujetos con FS generalizada ($p < .05$) y de 0.60 en los sujetos con FS no generalizada ($p > .05$). Es decir, los sujetos con FS generalizada muestran un

cociente de razón 10 veces superior a la de los sujetos con FS no generalizada. Este dato sugiere que los trastornos alimenticios presentan una mayor comorbilidad con los sujetos que cumplen el subtipo generalizado de FS.

En estudios con muestras clínicas, Bulik, Beidel, Duchmann, Weltzin y Haye (1991) examinaron una muestra de mujeres con bulimia nerviosa, otro compuesto por mujeres con anorexia nerviosa y un último integrado por mujeres con un diagnóstico de FS. A todas ellas se les administró el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAD). Los resultados mostraron que tanto las mujeres con anorexia como con bulimia refirieron puntuaciones similares a las obtenidas por la muestra de sujetos con FS, no estando limitadas las respuestas de ansiedad a situaciones como comer o beber en público, puesto que también informaron ansiedad ante un amplio rango de situaciones sociales y presentaban asimismo valores elevados de miedo a la evaluación negativa.

Por otra parte, Brewerton et al. (1995) observaron que el 17% de una muestra de bulímicas también presentaban un diagnóstico de FS, precediendo la FS a la bulimia en el 100% de los casos. Con una muestra de mujeres con bulimia y anorexia, Flament y Godard (1995) hallaron que el 58.8% y el 58.6% de éstas informaron de un trastorno comórbido de FS. En el caso de las mujeres con bulimia, la FS había precedido a este trastorno en el 90% de los casos, reduciéndose al 64% en los sujetos con anorexia.

De igual modo, se halló un mayor porcentaje de sujetos con un diagnóstico secundario de FS en mujeres con bulimia frente a aquellas con anorexia con un subtipo restrictivo o compulsivo (Laessle, Wittchen, Fichter y Parke, 1989).

López-Torrecillas, de la Fuente, Muñoz y Castillo (1999) comprobaron que las respuestas de ansiedad social eran significativamente superiores en un grupo compuesto por sujetos con anorexia en comparación con otro integrado por drogodependientes.

McClintock y Evans (2001) han efectuado un estudio con la intención de encontrar interrelaciones entre variables (pensamientos) en mujeres con FS y trastornos en la conducta alimentaria (n=252; edad 17-40 años). Todas ellas completaron cuestionarios sobre conductas en la alimentación, FS, aceptación de sí mismas, aceptación del propio cuerpo, apoyo social, evaluación negativas y psicopatología general. Sus hallazgos han encontrado que la evaluación negativa tiene un efecto tanto directo como indirecto en las conductas alimentarias, en la FS y en la aceptación del propio cuerpo. Por otro lado,

el apoyo social tenía un efecto indirecto sobre las tres variables mencionadas, concluyendo por tanto los autores que el apoyo social, el miedo a ser criticado o rechazado, la aceptación de uno mismo son variables muy importantes cuando se ha de evaluar trastornos alimentarios o FS.

En el reciente estudio de Fernández et al. (2003) determinaron la relevancia de la ansiedad y FS en sujetos con ansiedad social comparados con un grupo control. Los sujetos estaban diagnosticados de ansiedad social de acuerdo con los criterios de la DSM-IV y presentaban sintomatología alimentaria (Eating Attitudes Test, Eating Disorder Inventory). Los resultados indicaron que los sujetos con anorexia presentaban significativamente más ansiedad y FS que los sujetos del grupo control. Asimismo, los sujetos que presentaban tal condición, mostraban mayores valores de ineficacia personal, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, impulso a la delgadez y mayor sintomatología depresiva. Estos autores concluyeron que los sujetos con anorexia nerviosa, y en especial aquellos que presentan elevados niveles de ansiedad y FS, presentan una mayor gravedad de su sintomatología alimentaria y mayor sintomatología depresiva.

Zonnevylle-Bender et al. (2004) han realizado un estudio para comparar el funcionamiento emocional en pacientes anoréxicas adultas frente a adolescentes con el mismo problema, concluyendo que ambos grupos mostraban altos porcentajes de trastornos de ansiedad y afectivos, siendo el grupo de anoréxicas adultas el que mostraba unas tasas de comorbilidad mayores con la FS y la fobia específica que el grupo de adolescentes.

A la luz de estos datos, se constata la existencia de comorbilidad entre la FS y los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, el número limitado de estudios publicados no nos permite determinar en qué medida cada uno de los subtipos de la FS juega un papel en el desarrollo de los trastornos de alimentación. En este sentido, las investigaciones futuras deberían aportar datos acerca del efecto de la FS en la génesis de la bulimia y de la anorexia nerviosa (quizás diferente en función del subtipo de FS que presente el individuo).

II.4.4. IMPACTO DE LA FOBIA SOCIAL

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que las personas con FS sufren un deterioro funcional significativo (Davidson et al., 1993; Faravelli et al., 2000; Magee et al., 1996; Schneier et al., 1992; Stein et al., 2000; Wittchen et al., 1999) y como consecuencia su calidad de vida se ve muy afectada (Kessler, Foster, Saunders y Stang, 1995; Simon et al., 2002; Stein y Kean, 2000; Wittchen y Beloch, 1996). Como hemos podido constatar estas personas tienen problemas para establecer y mantener relaciones afectivas y por tanto, menor probabilidad de casarse o estar casados, menor nivel educativo, socioeconómico y peor status laboral, con mayor probabilidad de estar sin empleo.

A este respecto, Stein et al. (2000), detectaron que una de cada cinco personas con FS creía que sus miedos sociales habían interferido mucho en su educación, incluso una proporción mayor (1 de cada 2) informó de haber abandonado los estudios por esta razón. También uno de cada cinco sujetos manifestaron que sus miedos sociales les habían dificultado la búsqueda o consecución de un puesto de trabajo, y una proporción similar habían rechazado un trabajo o promoción como consecuencia de sus miedos sociales.

También se ha estudiado el impacto de la comorbilidad en la calidad de vida de las personas con FS. Stein y Kean (2000) hallaron que las personas con FS tenían peor calidad de vida que aquellas sin el trastorno, independientemente de si sufrían o no depresión mayor como condición comórbida. Del mismo modo, Wittchen, Feutsch, Sonntag, Muller y Liebowitz (2000) con una muestra de 200 sujetos y utilizando como instrumento de evaluación el SF-36 (*Social Functioning*, McHorney, Ware y Raczek, 1993; Ware y Sherbourne, 1992) hallaron que tanto los sujetos con FS pura como aquellos con FS comórbida sufrían un deterioro importante en su calidad de vida. Concretamente, a través del LDSRS (*Liebowitz Disability Self-Rating Scale*, Schneier et al., 1994) observaron que las áreas de la vida más afectadas eran las relaciones de pareja, la educación y la actividad profesional y que la presencia de comorbilidad actual y pasada incrementaba la frecuencia y severidad de las limitaciones. Sin embargo, Erwin, Heimberg, Juster y Mindlin, (2002), en un estudio actual que pretende evaluar el efecto de la comorbilidad sobre un tratamiento cognitivo-conductual para sujetos con FS, han llegado a la conclusión de que los pacientes con ansiedad social y depresión

comórbida exhiben mayor severidad en sus síntomas, mayor deterioro en sus vidas, ingresos económicos más bajos, y una edad de inicio de la ansiedad social más temprana que aquellos con trastorno de ansiedad sin comorbilidad. Sin embargo, apenas existen diferencias entre los sujetos con ansiedad social y un trastorno de ansiedad asociado y aquellos con ansiedad social sin comorbilidad.

Wittchen et al. (1999, 2000) mostraron que los sujetos con FS con y sin comorbilidad tenían una productividad en su trabajo (laboral, escolar o en el hogar) mucho menor que el grupo control.

Respecto a la población infanto-juvenil, los niveles elevados de ansiedad social ejercen en los adolescentes un impacto negativo sobre el funcionamiento interpersonal así como en la percepción de las relaciones de amistad y del apoyo social (La Greca y Lopez, 1998). Tanto chicos como chicas que informan de altos niveles de ansiedad social se sienten menos aceptados y apoyados por sus compañeros, y menos atractivos. Además, las chicas adolescentes con niveles elevados de ansiedad social se comprometen más con sus compañeros debido a que manifiestan tener menos amigos íntimos y perciben estas relaciones de amistad como menos íntimas, de menor compañerismo y apoyo social que las chicas adolescentes con niveles bajos de ansiedad social. Estos hallazgos sugieren que la ansiedad social puede interferir de manera específica y especialmente en las chicas en el desarrollo de relaciones estrechas de amistad.

Además de la comorbilidad clínica de la FS, los jóvenes afectados sufren de altos niveles de disforia, soledad, y ansiedad en general (Beidel, 1991; Beidel et al., 1999; La Greca y Lopez, 1998). Los niños con FS (edades comprendidas entre los 4 y los 14 años) parecen sufrir un déficit en habilidades sociales, baja autoestima y falta de amistades (Beidel et al., 1999; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 1999).

Algunos estudios han puesto de manifiesto que la presencia de ansiedad social en adolescentes y adultos jóvenes, es un fuerte factor de riesgo para la ocurrencia posterior de depresión (Alpert, Maddocks, Rosenbaum y Fava, 1994; Parker et al., 1999; Schatzberg, Samson, Rothschild, Bond y Regier, 1998; Stein et al., 2001). Esta consecuencia de la FS es de suma importancia dado el elevado riesgo de morbilidad y

mortalidad asociado con el inicio de la depresión en la adolescencia (Martin y Cohen, 2000; Weissman et al., 1999).

Aunque Zimbardo y Radl (1981), trabajaron con adolescentes tímidos, los resultados de su estudio indican que los jóvenes tímidos tienen riesgo de intentos de suicidio. Las relaciones entre FS e ideación suicida o intentos de suicidio en adolescentes no ha sido todavía estudiada directamente, pero la FS en adultos es asociada con un riesgo incrementado de intentos de suicidio (Davidson, et al., 1993; Rapee, 1995).

Al igual que ocurre con otros problemas de conducta, la FS está asociada con fracaso escolar (Kessler et al., 1995; Wetterberg, 2004; Wittchen et al., 1999). El éxito en el ámbito educativo es importante porque permite la finalización de los estudios y el consiguiente logro vocacional, seguridad económica y el desarrollo y mantenimiento de estilos de vida saludables (Henderson y Zimbardo, 2001; Kessler et al., 1995).

Wittchen et al. (1999) observaron un deterioro significativo relacionado con actividades de tiempo libre y sociales en jóvenes con FS tanto generalizada como no generalizada. Sin embargo, el funcionamiento general se veía más afectado para los jóvenes con FS generalizada frente a la no generalizada. Estos resultados son consistentes con los encontrados por Stein y Kean (2000) en población adulta, quienes manifestaron que los sujetos con FS “compleja” tenían peor calidad de vida que aquellos con miedo a hablar en público. Estos hallazgos podrían estar relacionados con la observación precedente de estudios con muestras clínicas, de que el subtipo generalizado de FS es una forma más severa que el subtipo no generalizado (Stein, 1996; den Boer, 1997; Kessler et al., 1998).

Como podemos comprobar, las consecuencias potenciales de este trastorno son amplias, con un impacto negativo en el ámbito emocional, social y laboral a lo largo del tiempo, con personas que tienen problemas en áreas como la educativa, las relaciones sociales, la vida familiar y el empleo (Beidel et al., 1999; Kessler et al., 1995; Schneier et al., 1992; Weiller et al., 1996).

SÍNTESIS

A modo de conclusión, respecto a las variables sociodemográficas, parece ser que:

- a) Las tasas de prevalencia obtenidas por los diferentes estudios epidemiológicos reducen sus diferencias en la medida en que se ha ido delimitando el constructo de FS, los criterios biopsicosociales aceptados por la comunidad científica para su diagnóstico clínico y el diseño de instrumentos evaluadores con mejores propiedades psicométricas. A pesar de todo ello es necesario una mayor fundamentación empírica de las categorías diagnósticas que se emplean y una delimitación más precisa para reducir al máximo los posibles solapamientos y sobreincluciones que todavía hoy se producen.
 - b) La FS es más frecuente entre mujeres que entre hombres, si bien éstos últimos son los que más solicitan tratamiento, las tasas de prevalencia son mayores entre los más jóvenes y los sujetos con ansiedad social suelen ser solteros, divorciados o viudos, tienen un nivel educativo y socioeconómico menor y una peor situación laboral, lo que conlleva a menores ingresos. Por todas estas razones la ansiedad social interfiere de manera significativa en numerosas áreas de la vida cotidiana (laboral, social, educativa, familiar) teniendo como consecuencia una calidad de vida muy reducida.
 - c) Respecto a la comorbilidad, los resultados de los estudios epidemiológicos y clínicos señalan tasas de comorbilidad elevadas, especialmente en el caso de la FS generalizada. De hecho, a partir de los datos que han proporcionado las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha permiten apuntar la existencia de un patrón distinto en función del subtipo de FS que presente el sujeto. Ante esto, se abre de nuevo el interrogante acerca de si estamos hablando de diferencias cuantitativas o cualitativas, discusión que ya abordamos en el capítulo de Diagnóstico Diferencial. En éste ya mencionábamos que distintos trabajos parecen apoyar la existencia de diferencias a nivel cuantitativo, teniendo en cuenta únicamente el grado de severidad. Los datos generados en este capítulo parecen indicar que los sujetos con FS específica o con FS (sin especificar el subtipo) muestran tasas de comorbilidad con trastornos que difieren respecto a los observados en los sujetos con FS generalizada. De acuerdo con el criterio cuantitativo podría argumentarse que el mayor grado de
-

interferencia puede inclinar la balanza ante la presencia de un trastorno distinto según el subtipo de FS. De otra forma, considerando el criterio cualitativo, quizá podríamos estar hablando de sujetos con una fobia específica ante situaciones de actuación social y sujetos con FS, entendiendo el constructo ansiedad social como relativo a la interacción y/o actuación social. Futuros estudios deberían arrojar más luz a este punto.

- d) Finalmente, como hemos señalado anteriormente, Lecrubier (1998) encontró que una edad de inicio temprana de la FS (inferior a los 15 años) elevaba el riesgo de desarrollar tasas de comorbilidad con trastornos de ansiedad como la agorafobia, trastornos del estado del ánimo (especialmente depresión), abuso del alcohol y trastornos de la conducta alimentaria. Además, como revelan los datos expuestos anteriormente, en la gran mayoría de los casos la FS precede el inicio de los trastornos comórbidos. Todo ello resalta la importancia de diseñar programas de tratamiento que impliquen la detección e intervención temprana en la población adolescente con FS.
-

III. MODELOS Y TEORÍAS EXPLICATIVAS

III.1. MODELOS PSICOLÓGICOS

III.1.1. MODELOS DE CONDICIONAMIENTO CLÁSICO, APRENDIZAJE OBSERVACIONAL Y TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN.

Pese a la antigüedad y la extensión de la literatura existente acerca del papel del condicionamiento clásico en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos de ansiedad (v.gr., Watson y Rayner, 1920), a día de hoy se dispone de pocos estudios que hayan examinado en qué medida juega éste un papel en la génesis de la FS.

A este respecto, el primer estudio fue llevado a cabo por Öst y Hugdahl en 1981. Estos autores hallaron que el 58% de una muestra de 34 sujetos con FS recordaban experiencias estresantes asociadas al origen de este trastorno. De igual modo, Turner, Beidel y Townsley (1992) tras administrar una entrevista a una muestra de 71 sujetos con FS encontraron que aproximadamente el 50% relataron algún tipo de experiencia que podía ser entendida como una situación de condicionamiento a respuestas de ansiedad social. Un estudio posterior analizó la presencia de experiencias estresantes en 30 personas con miedo a hablar en público (Hofmann, Ehlers y Roth, 1995). Los resultados mostraron que pese a que el 89% de los sujetos informaban de experiencias estresantes en el pasado, tan sólo el 15% indicaban que la experiencia traumática se había producido al mismo tiempo que el inicio de la FS..

Otros trabajos han incluido un grupo control en su diseño con el fin de constatar la existencia de diferencias significativas en la proporción de sujetos con FS *vs.* sin este trastorno en relación con el recuerdo de experiencias estresantes. En este sentido, Stemmerger, Turner, Beidel y Calhoun (1995) compararon una muestra de 68 sujetos que mostraban FS con 25 sujetos que no presentaban ningún trastorno del eje I. Además, con el fin de determinar en qué medida podían estar implicados distintos factores en la génesis de cada uno de los subtipos de la FS (específico *vs.* generalizado), estos autores dividieron el grupo integrado por sujetos con ansiedad social entre aquellos que presentaban FS específica (operacionalizado como “miedo a una o más situaciones sociales específicas”) y FS generalizada (sujetos con “ansiedad ante situaciones de interacción social”). Tras comparar la muestra de sujetos que presentaban FS con el grupo control se encontraron diferencias significativas en la proporción de sujetos con FS que recordaban experiencias estresantes (44%) frente a los sujetos que formaban el grupo control (20%). También se hallaron diferencias significativas entre

los sujetos con FS específica (56%) vs. grupo control (20%). Por el contrario, la proporción de sujetos con FS generalizada que informaron recordar experiencias estresantes (40%) no difería significativamente de aquellos con FS específica o con el grupo control.

Mulkens y Bögels (1999) examinaron la historia de aprendizaje de 31 sujetos que cumplían los criterios de FS (y cuyo principal temor era ruborizarse delante de otras personas) en comparación con otros tantos sujetos sin este trastorno (grupo control). Al igual que en el estudio de Stemberger et al. (1995), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de sujetos con FS que rememoraban experiencias estresantes (74%) frente a los sujetos que componían el grupo control (45%).

A la vista de los resultados de estos estudios, se podría concluir que la FS se puede adquirir como consecuencia de un acontecimiento estresante directo. A este respecto, David, Giron y Melmann (1995) encontraron que el 50% de una muestra de sujetos con un diagnóstico principal o secundario de FS recordaban haber sido objeto de abusos físicos o sexuales en la infancia. Sin embargo, también habría que considerar otros aspectos. En primer lugar, Öst y Hugdahl (1981) llegaron a la conclusión que gran parte de los sujetos que presentaban FS (58%) adquirieron este trastorno como consecuencia de una experiencia directa. No obstante, como pusieron de manifiesto Scholing y Emmelkamp (1990), una respuesta afirmativa ante una pregunta que evaluaba si podían recordar una situación social específica como inicio de su trastorno, no ha de conllevar necesariamente que el origen de la FS se produjera como resultado de un condicionamiento clásico. En este sentido, en otro trabajo se ha observado que un considerable número de sujetos control habían recordado acontecimientos estresantes en situaciones sociales pero no habían desarrollado seguidamente FS (Mulkens y Bögels, 1999; Stemberger et al., 1995). Por otra parte, Turner et al. (1992) informaron que a pesar de la elevada proporción de sujetos que recordaban lo que podía ser una experiencia de condicionamiento, era probable que hubieran implicados tanto factores psicológicos como biológicos. Como señalan algunos autores, es posible que más que un único evento estresante, sea la suma de pequeños acontecimientos estresantes en un breve período de tiempo lo que puede producir una respuesta de ansiedad condicionada a la situación social (Mineka y Zinbarg, 1995).

Otra forma de adquisición de la FS puede ser mediante aprendizaje observacional. Según este paradigma, observar a los demás experimentar ansiedad en situaciones sociales también puede llevar a que el observador tema esas situaciones sociales. Öst y Hugdahl (1981) hallaron que en sólo el 12% de sujetos con FS el condicionamiento vicario parecía ser el responsable del inicio de este trastorno. Por el contrario, Hofmann et al. (1995) han encontrado una mayor proporción (57%) de sujetos con miedo a hablar en público que adquirieron este trastorno como consecuencia de un aprendizaje observacional. Esta proporción es similar a la que se observa en el estudio de Mulkens y Bögels (1999). Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto una tendencia hacia una mayor proporción de sujetos con FS que recuerdan una experiencia de aprendizaje observacional (55%) en comparación con los sujetos del grupo control (32%). Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre ambas condiciones.

Respecto a los resultados de la función que la transmisión de información puede jugar en la génesis de la FS, una vez más debemos citar los estudios de Öst y Hugdahl (1981) y Hofmann et al. (1995), quienes informan de tasas del 3% y 54%, respectivamente, así como el trabajo de Mulkens y Bögels (1999), quienes encontraron diferencias significativas entre la proporción de sujetos con FS que recordaban haber oído, leído o visto algún evento relacionado con el rubor (35%) en comparación con los sujetos que integraban el grupo control (13%).

SÍNTESIS

En resumen, al igual que sucede con el papel del condicionamiento clásico en la FS, se dispone de escasos estudios sobre el aprendizaje vicario y la transmisión de información. Los únicos trabajos a los que podemos aludir son los de Öst y Hugdahl (1981), Hofmann et al. (1995) y Mulkens y Bögels (1999). Sin embargo, hay que destacar que la proporción de sujetos que adquirieron la FS tanto mediante el aprendizaje observacional como la transferencia de información son mucho mayores en el estudio de Hofmann et al. (1995) con una muestra de sujetos con FS específica (miedo a hablar en público) en comparación con la muestra de sujetos con FS que componía el trabajo de Öst y Hugdahl (1981) y Mulkens y Bögels (1999). En la tabla III.1 presentamos un resumen de las conclusiones y hallazgos de estos estudios.

Tabla III.1. Revisión de las conclusiones de los estudios que han examinado el papel de los modelos explicativos en el origen de la FS

MODELO EXPLICATIVO	AUTORES	AÑO	CONCLUSIONES
CONDICIONAMIENTO CLÁSICO	Öst y Hugdahl	1981	Un 58% de sujetos recuerdan experiencias estresantes en el inicio de la FS
	Turner et al.	1992	Un 50% de sujetos relataron experiencias estresantes en el inicio de la FS
	Hofmann et al.	1995	Un 15% de sujetos informaron experiencias estresantes en el inicio de la FS
	Stemberger et al.	1995	Diferencias significativas entre los sujetos con FS y los sujetos del grupo control Diferencias significativas entre los sujetos con FS específica y los sujetos del grupo control No hay diferencias significativas entre los sujetos con FS generalizada y los sujetos del grupo control No hay diferencias significativas entre los sujetos con FS generalizada y los sujetos con FS específica
	Mulkens y Bögels	1999	Diferencias significativas entre los sujetos con FS y los sujetos del grupo control
APRENDIZAJE OBSERVACIONAL	Öst y Hugdahl	1981	En un 12% de sujetos el aprendizaje observacional estuvo implicado en el origen de la FS
	Hofmann et al.	1995	En un 57% de sujetos el aprendizaje observacional estuvo implicado en el origen de la FS
	Mulkens y Bögels	1999	No hay diferencias significativas entre los sujetos con FS y los sujetos del grupo control
TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN	Öst y Hugdahl	1981	En un 3% de sujetos la transmisión de información estuvo implicada en el origen de la FS
	Hofmann et al.	1995	En un 54% de sujetos la transmisión de información estuvo implicada en el origen de la FS
	Mulkens y Bögels	1999	Diferencias significativas entre los sujetos con FS y los sujetos del grupo control

III.1.2. LOS MODELOS COGNITIVOS

III.1.2.1. Introducción

Los postulados de corte cognitivo explicativos de los trastornos de la ansiedad se han fundamentado en la idea de que las distorsiones cognitivas o ideas irracionales determinan o generan la génesis y mantenimiento de la ansiedad. La expresión empleada en los últimos años para su explicación causal ha sido la del “procesamiento de la información”, fundamentado en los estudios experimentales sobre los procesos atencionales, perceptivos, de memoria y comprensión (Musa y Lépine, 2000). Este constructo explica la génesis y mantenimiento de la ansiedad mediante un procesamiento selectivo de la información que se percibe como amenazante o peligrosa para el sujeto. Son muchos los estudios (Beck y Clark, 1997; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Mansell y Clark, 1999; Mathews y Mcleod, 1994) que han puesto de manifiesto que este sesgo selectivo está presente en todas las fases del procesamiento de la información, como son la atención, la interpretación y la memoria.

Los sujetos con FS infravaloran su competencia personal para afrontar las situaciones sociales y magnifican la probabilidad de ocurrencia de una experiencia aversiva durante dichas situaciones. Cognitivamente es un sesgo de pensamiento sobredimensionar la creencia de ser juzgado negativamente por los demás (Butler y Mathews, 1983; Foa, Franklin, Perry y Herbert, 1996; Leary, Kowalski y Campbell, 1988; Lucock y Salkovskis, 1988; Poulton y Andrews, 1996; Stopa y Clark, 1993, 2000). El sujeto con FS no tiene la seguridad de tener capacidad para ofrecer una impresión favorable de sí mismo.

En la literatura centrada en los aspectos cognitivos de la FS se pueden distinguir dos focos de interés: (a) la investigación de la existencia de un sesgo atencional hacia los estímulos sociales amenazantes, y (b) la atención autofocalizada o sesgo atencional hacia la propia autoimagen proyectada sobre el/los interlocutores.

Respecto al primero de los componentes cognitivos de la FS, éste consiste en el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás. A este respecto, varios autores han propuesto que los sujetos con FS tienen la falsa creencia de que los demás adoptan permanentemente una actitud crítica y negativa hacia ellos, lo cual les lleva a centrar su atención fundamentalmente en controlar y evaluar las reacciones de las otras personas ante sus respuestas de actuación. De este modo, se perciben las situaciones sociales como una fuente continua de estímulos amenazantes, y sobre ellos se realiza una atención selectiva, tal y como ocurre con otros trastornos de ansiedad.

En este sentido, varios estudios han demostrado la existencia de un sesgo atencional hacia estímulos sociales de carácter negativo. Así, Hope, Rapee, Heimberg y Dombeck (1990), emplearon tareas del tipo STROOP (Stroop test) para mostrar palabras con contenido de amenaza social y física y palabras neutras a sujetos con FS y a otros sujetos con trastorno de pánico. Los sujetos con FS tenían un tiempo de respuesta menor cuando nombraban las palabras con contenido socialmente amenazante. Los estudios de Mattia, Heimberg y Hope (1993) encontraron la misma reducción de la tasa de latencia para palabras con contenido de amenaza social en sujetos con FS comparados con controles. Con posterioridad, otros estudios (Amir et al., 1996; Holle, Neely y Heimberg, 1997; Lundh y Öst, 1996; Maidenberg, Chen Craske, Bohn y Bystritsky, 1996; McNeil et al., 1995) han ofrecido resultados similares empleando el mismo procedimiento.

En la misma línea de identificar el foco atencional, pueden encontrarse varios estudios.

Asmundson y Stein (1994) emplearon pares de palabras (con contenido neutro, de amenaza social y física) en la tarea de “dot probe test”. Los resultados mostraron que los sujetos con FS eran más rápidos para detectar el punto cuando este era precedido por una palabra socialmente amenazante que cuando lo era por una palabra con contenido de amenaza física o neutra. Con posterioridad, Bradley, Mogg y Lee (1997) emplearon una versión gráfica de la tarea de detección de marcadores que incluía expresiones faciales de amenaza, alegría y neutras. Estos autores no encontraron evidencia de que los sujetos con una ansiedad social elevada presentasen sesgos atencionales dirigidos a los rostros amenazantes. Por el contrario, los estudios de Mansell, Clark, Ehlers y Chen (1999) mostraron que los individuos socialmente ansiosos prefieren evitar el prestar atención a las caras que expresan amenaza. Estos resultados son congruentes con los hallados con anterioridad por Clark y Wells (1995) que mostraron que los sujetos con ansiedad social mostraban evitación de las caras, independientemente de si las expresiones faciales fuesen positivas o negativas. Pero esto solamente ocurría bajo condiciones de amenaza de que los sujetos debían impartir una charla próximamente, pudiéndose generalizar a cualquier expresión facial, incluyendo una en blanco, de tal manera que los sujetos con una elevada ansiedad social pueden percibir como amenazante cualquier rostro de una persona adulta (Chen, Ehlers, Clark y Mansell, 2002).

En un estudio desarrollado por Winton, Clark y Edelman, (1995) examinaron la capacidad que tienen los sujetos con ansiedad social para detectar respuestas emocionales negativas en las personas. El procedimiento empleado para ello fue el siguiente: Se presentaron de forma breve (60 mseg.) una serie de fotografías de caras que expresaban emociones negativas de enfado, tristeza y miedo, y fotografías de caras que no expresaban ningún tipo de emoción (neutras). Los resultados mostraban que los sujetos con ansiedad social elevada cometían menos errores en la identificación de las fotografías con expresiones faciales neutras. No obstante, debe tenerse en cuenta la siguiente consideración: en este trabajo es posible que se produjese un sesgo en el reconocimiento de expresiones faciales negativas ante la inexistencia de discriminación de expresiones faciales positivas, ya que ante expresiones faciales o situaciones sociales

ambiguas, los sujetos con ansiedad social atribuyen siempre un significado emocional negativo.

Para controlar este sesgo, Veljaca y Rapee (1998) evaluaron en qué medida los sujetos con ansiedad social (alta *vs.* baja) pueden detectar indicadores de evaluación positiva o negativa por parte de la audiencia. Para conseguir este propósito, se entrenó a ésta para que proporcionara de forma equitativa conductas positivas (sonreír, asentir, inclinar hacia delante el cuerpo) y negativas (bostezar, mirar el reloj o toser). Los resultados mostraron que los sujetos con ansiedad social baja cometían menos errores en la detección de las conductas positivas de la audiencia, por el contrario, los sujetos con ansiedad social alta cometían menos errores en la detección de las conductas negativas. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Winton et al. (1995) y Esteves (1999), y son coherentes con el modelo de Rapee y Heimberg (1997). Esteves (1999) utilizó como estímulos los dibujos de rostros que expresaban alegría, ira y una expresión neutra. Estos rostros estaban dispuestos en una estructura de 3x3 (tres columnas por tres filas). De los nueve rostros, ocho mostraban la misma expresión y uno (el estímulo a identificar) manifestaba otra expresión. La tarea del sujeto consistía en detectar si de los nueve rostros, uno tenía una expresión diferente al resto. Si era así, presionaba un botón. Las medidas utilizadas fueron: (a) el tiempo de latencia en la respuesta del sujeto (tiempo de reacción) y, (b) el número de errores. Los resultados mostraban que en los sujetos con ansiedad social alta el tiempo de reacción era menor cuando había un rostro con una expresión enojado junto con 8 rostros con una expresión neutra que cuando el rostro tenía una expresión de alegría. Además, una expresión de ira entre expresiones alegres, era detectada más rápidamente que una expresión alegre con expresiones enojadas como fondo. De esta forma, los sujetos con ansiedad social alta son más rápidos para detectar rostros enojados que alegres y además cometen más errores cuando el estímulo distinto es un rostro con una expresión de alegría. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con ansiedad social alta *vs.* baja.

En un estudio llevado a cabo por Gilboa-Schechtman, Foa y Amir (1999) investigaron los sesgos atencionales en sujetos con FS. Presentaron a los participantes mediante ordenador fotografías de una cara “objetivo” de enfado, alegría, neutral o de asco entre un conjunto de 12 caras distractoras. La tarea consistía en detectar la presencia o ausencia de una cara discrepante entre las 12 restantes con la mayor rapidez y precisión

posible. Los resultados hallados mostraron que los sujetos socialmente fóbicos mostraban un sesgo atencional mayor hacia los estímulos de amenaza relevantes para las situaciones sociales y una mayor distracción cuando se les presentaba caras alegres y enfadadas que cuando éstas eran neutrales, lo cual parece sugerir una sensibilidad general a la expresión emocional. Sin embargo, Veljaca y Rapee (1998) sugirieron que los paradigmas metodológicos empleados por Gilboa-Schechtman et al. (1999) no permiten a los sujetos dedicar su atención libremente, ya que ambas tareas requieren la exploración y la detección posterior de los estímulos (caras y comportamientos de la audiencia). Chen et al. (2002) han postulado que el paradigma visual de los marcadores constituye un medio mejor de examinar el libre procesamiento de estímulos sociales amenazantes y no amenazantes, puesto que no se necesita que los sujetos detecten dichos estímulos, sino que deben detectar la localización de un marcador (punto o letra) que reemplaza aleatoriamente la posición de esos estímulos.

Los estudios realizados por Sanz (1997), hallaron que durante el transcurso de una situación social, los sujetos con ansiedad social alta prestan más atención a la información negativa que a la positiva y una respuesta atencional de evitación ante estímulos depresivos, lo cual está en consonancia con los hallazgos de Taylor y Rachman (1992), que informaron como los sujetos con ansiedad social mostraban miedo a los indicios de tristeza y daban respuestas de escape y/o evitación ante ellos.

En apoyo de un sesgo preatencional y automático para las señales amenazantes, Mogg y Bradley (2002) emplearon una tarea visual de marcadores modificada para demostrar que los sujetos con ansiedad social orientan su atención hacia caras de amenaza (de enfado) bajo condiciones de percepción restringida, consistiendo esta tarea de restricción en la presentación de un par de máscaras inmediatamente después de cada pareja de caras (un intervalo de 17 ms. en la presentación). Estos autores sugirieron que una ansiedad elevada y la evitación social se relacionan con una atención selectiva automática hacia las señales de amenaza.

Más recientemente, Ramírez et al. (2003) estudiaron los sesgos cognitivos que tienen lugar en los trastornos de ansiedad relacionados con los miedos y las fobias. Utilizaron una tarea de señalización en la que los participantes debían identificar la posición (derecha-izquierda) de un estímulo objetivo ("X") que aparecía tras la presentación simultánea de dos imágenes, una relacionada con el miedo a la muerte y otra neutral. La localización del estímulo objetivo podía coincidir o no con la del estímulo emocional.

Hallaron un sesgo cognitivo tanto de tipo atencional como de asociaciones selectivas, si bien la ejecución de los participantes no alcanzó la diferencia esperada en función de su nivel de ansiedad.

En un estudio más reciente, Sposari y Rapee (2003a) utilizaron el mismo paradigma de letra-marcador para las caras que el de Mansell et al. (1999) con una muestra clínica de participantes. Los resultados encontrados mostraban que los sujetos con FS generalizada en comparación con los del grupo control, estaban más vigilantes ante las caras, independientemente del tipo de expresión facial mostrada. En el mismo año, estos autores (Sposari y Rapee, 2003b) replicaron su estudio obteniendo idénticos resultados. Sin embargo, en una tercera réplica, estos mismos autores (Sposari y Rapee, 2003b) incorporaron instrucciones de amenaza social más potentes consistente en anunciar a los sujetos que próximamente impartirían una charla a tres personas. Bajo estas condiciones de amenaza, los sujetos con FS generalizada manifestaron una evitación de todas las caras, independientemente de su expresión, en comparación con el grupo control. La consecuencia que parece desprenderse de estos estudios es que los mayores niveles de amenaza social puede tener un impacto sobre el procesamiento atencional de las señales de amenaza social. Sería necesaria mayor investigación al respecto para corroborar esta hipótesis.

A la vista de estos resultados contradictorios que muestran vigilancia y evitación de las señales de amenaza social, Sposari, Abbott y Rapee (2003) han sugerido que podría reasignarse a una hipótesis de vigilancia-evitación, ya que después de un breve período de atención sesgada hacia las señales faciales negativas, los sujetos con FS evitan de forma estratégica dichas señales para amortiguar su malestar, tal y como y expresaron con anterioridad Mogg, Mathews y Weinman (1987) y Williams, Watts, McLeod y Mathews (1988). Sin embargo, y a juicio de Sposari et al. (2003), las pruebas de investigación tienen que demostrar todavía que la vigilancia (foco atencional) y la evitación acontecen de modo secuencial en los niveles automático y estratégico del procesamiento emocional.

En un estudio más sofisticado, Horley, Williams, Gonsalvez y Gordon (2004) intentaron comprender el procesamiento visual que los sujetos con FS realizan ante las expresiones faciales. Para ello utilizaron un procedimiento de rastreo visual de la mirada en las expresiones faciales. Mediante una técnica de reflejo por infrarrojos de la córnea para registrar las exploraciones visuales de caras neutras, alegres y tristes fotografiadas

entre los participantes con FS y el grupo control. Estas caras eran presentadas a los sujetos durante 10 segundos seguido de un intervalo de 15 segundos entre cada estímulo. Los resultados mostraron que los sujetos con FS empleaban una estrategia de hiperexploración para procesar las caras, especialmente las de expresión triste y neutras en comparación con las de expresiones positivas. Esta hiperexploración se operacionalizó mediante una falta de fijaciones en número y duración y un aumento importante en la duración de la exploración en bruto. Los sujetos fóbicos sociales mostraban una exploración excesiva de los rasgos no básicos de la cara (p.ej., la raya del pelo, la barbilla o la mejilla) y una mayor evitación de los rasgos faciales de los rasgos faciales importantes (ojos, nariz, boca) con especial evitación de los ojos en las caras de tristeza. Un sesgo de este estudio fue el hecho de no haber introducido como estímulo la expresión facial de enfado, por lo que los resultados no se pueden generalizar a las expresiones faciales amenazantes. No obstante, sí debe obtenerse como corolario de esta investigación, que la atención hacia la expresión facial parece más complicada que el simple hecho de prestar atención o desviar la misma hacia el estímulo amenazante, produciéndose un procesamiento diferencial de los rasgos faciales, de tal modo que, en las expresiones faciales negativas, se vitan más los ojos, probablemente porque se consideren como el elemento más amenazante para el sujeto con FS.

Los hallazgos en estas investigaciones permiten afirmar que se produce una atención selectiva de los sujetos con FS hacia las señales amenazantes (p.ej., caras, palabras, reacciones de la audiencia..) y también una evitación estratégica, que se manifiesta mediante el hecho de “apartarse” de las señales faciales (no sólo de las expresiones de amenaza). Las inconsistencias producidas en estos hallazgos pueden deberse a los diversos paradigmas adoptados en cada estudio y a los diferentes estímulos sociales empleados que varían desde palabras hasta situaciones reales de audiencia (escenarios sociales temidos). Por tanto, toda esta evidencia hace plausible postular la existencia de un sesgo atencional en el sujeto con FS hacia los estímulos que puedan ser connotativos de posible evaluación negativa de los demás, lo cual maximizaría la probabilidad de que el sujeto detecte y procese la información social de tipo negativo, generándose, como consecuencia, conductas de ansiedad características de la FS.

Sin embargo, tal y como señalan Sposari et al. (2003), “las pruebas de investigación sobre el procesamiento atencional estratégico o controlado para las señales de amenaza, se han vuelto quizás menos consistentes conforme aumentaba el volumen de

investigación. Algunos estudios que median los procesos atencionales muestran pruebas de una vigilancia preferencial hacia las señales sociales de amenaza entre individuos socialmente ansiosos, mientras que otros presentan pruebas de evitación de esas señales” (p. 466).

Los trabajos de investigación descritos hasta ahora parecen recoger una misma idea, los adultos con el trastorno de ansiedad social frente a los controles no-ansiosos señalan que los eventos sociales negativos tienen mayor probabilidad de ocurrencia, así como también que son más molestos. Por lo tanto, parece que los sesgos negativos para los estímulos relevantes para el miedo concreto son uno de los mecanismos que parecen explicar la etiología y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad en población adulta.

Sin embargo, se tienen pocos datos de si este es también el caso en población infantil y adolescente con el trastorno de ansiedad social. En este sentido, entre las escasas investigaciones que han visto la luz en los últimos dos años, Bögels, Snieder y Kindt (2003) estudiaron dos cuestiones muy relacionadas con la abordada por el estudio de Ramírez et al. (2003), descrito más arriba. Concretamente se estudiaron dos aspectos: la especificidad de los pensamientos disfuncionales en niños con sintomatología de ansiedad social, ansiedad de separación o ansiedad generalizada y, también si tal sesgo cognitivo era predominantemente activo ante aquellas situaciones ambiguas que eran relevantes para el miedo relacionado. En esta ocasión el paradigma metodológico empleado fue el siguiente: “los sujetos con altos niveles de sintomatología en estos trastornos de ansiedad y otros sujetos controles fueron expuestos a historias que describían situaciones ambiguas y se les pidió que dieran sus interpretaciones y sus planes de acción. Los resultados mostraron que los niños con alta ansiedad mostraban un sesgo cognitivo negativo comparado con los niños controles, pero no diferían de los controles con respecto a los planes de acción dados. Además se hallaron algunas evidencias respecto de la especificidad del contenido de sus sesgos cognitivos. Esto es, consistente con la hipótesis de la especificidad de contenido de las interpretaciones, en el sentido de que los niños con alta ansiedad de separación informaron de más interpretaciones consistentes con el contenido de su miedo que los niños con elevada FS y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Rheingold, Herbert y Franklin (2003) realizaron un estudio para tratar de clarificar los procesos cognitivos implicados en el trastorno de ansiedad social en población

adolescente, así como también, para ayudar en la mejor comprensión de los mecanismos de etiología y mantenimiento de este trastorno y para sugerir guías para el tratamiento y los esfuerzos en la prevención. Concretamente, este estudio investigó las estimaciones de coste y probabilidad de los eventos negativos sociales y no-sociales entre adolescentes con el trastorno de ansiedad social frente a controles sin ansiedad. Los resultados indicaron que los adolescentes con ansiedad social sobreestimaron el coste y la probabilidad de los eventos sociales negativos frente a los controles, incluso después de controlados los síntomas depresivos para ambos grupos.

Un estudio publicado recientemente (Battaglia et al., 2004), ha tratado de evaluar, mediante un experimento de discriminación de expresiones faciales, la relación existente entre los niveles de ansiedad social y la habilidad para clasificar las expresiones emocionales en un grupo de escolares. Para ello se les pidió que observaran fotos de niños de edades similares, tarea durante la cual se registró el número de expresiones espontáneas y se registraron sus niveles de ansiedad en la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), la Escala de Timidez ante lo Desconocido de Stevenson-Hinde and Glover (Stevenson-Hinde and Glover Shyness-to-the-Unfamiliar Scale) y la Escala de Evitación del Daño de Cloninger (Cloninger Harm Avoidance scale). Los resultados mostraron una relación entre un número elevado de malas identificaciones y unas puntuaciones altas en la LSAS, así como menos comentarios espontáneos.

Respecto al segundo de los componentes cognitivos de la FS que ha sido investigado, diversos autores han tratado de aportar evidencias sobre el denominado proceso de “atención autofocalizada”. Según estas investigaciones, en el proceso atencional, se produce, también la denominada “atención autofocalizada”, que constituye un sesgo cognitivo frecuente en los sujetos con FS. Desde la perspectiva psicosocial, para que se produzca un buen funcionamiento del sujeto en sus relaciones interpersonales, es necesario que el individuo tenga conciencia de sí mismo y de las demás personas (Argile y Williams, 1969). En las personas con un elevado nivel de ansiedad social, se produce un mayor peso específico a favor del patrón de pensamientos y preocupación excesiva sobre uno mismo (Sarason, 1975). En la misma línea argumentativa, Hope, Gansler y Heimberg (1989) indicaron que una atención autofocalizada excesiva puede estar implicada funcionalmente en la FS de tres formas diferentes: (a) interfiriendo en la actuación de la persona con FS, de tal modo que pueda llevarle a un *feedback* negativo

por parte de la persona con la que interactúa; (b) en el caso en que este *feedback* negativo no tenga lugar, el sujeto con FS puede hacer atribuciones causales internas para el *feedback* neutro o de carácter ambiguo; y (c) durante todo el encuentro, esta atención excesiva centrada en uno mismo incrementa la percepción de la situación como aversiva y como consecuencia, su reacción emocional y la probabilidad de evitar situaciones similares en el futuro.

La ansiedad social está asociada a dos constructos aportados por Fenigstein, Scheier y Buss (1975), quienes distinguieron entre la “autoconciencia privada” como la tendencia a atender a eventos privados de uno mismo (pensamientos, sentimientos, estados de ánimo y actitudes) y la “autoconciencia pública” como la tendencia a pensar sobre los aspectos observables de uno mismo (apariciencia física o la propia conducta). Son numerosos los estudios realizados sobre la asociación entre la ansiedad social y elevados niveles de autoconciencia pública (Bögels, Alberts y de Jong, 1996; Hope y Heimberg, 1988; Jostes, Pook y Florin, 1999; Lundh y Öst, 1996; Monfries y Kafer, 1993; Saboonchi y Lundh, 1997; Saboonchi, Lundh y Öst, 1999; Smari, Clausen, Hardarson y Arnarsen, 1995). Sin embargo, los resultados con respecto a la autoconciencia privada son menos consistentes. Algunos de los estudios existentes informados de la existencia de una relación entre la FS y la autoconciencia privada (Fenigstein et al., 1975; Jostes et al., 1999; Monfries y Kafer, 1993; Saboonchi y Lundh, 1997), sin embargo, otros como los de (Bögels et al., 1996; Hope y Heimberg, 1988; Saboonchi et al., 1999; Smari et al., 1995) no han podido establecer una asociación entre ambas dimensiones.

A pesar de ello, otros estudios (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Glass, Merluzzi, Biever y Larse, 1982; Hope et al., 1989; Mellings y Alden, 2000; Stopa y Clark, 1993) han postulado que los sujetos con FS centran su atención en ellos mismos cuando se enfrentan a situaciones sociales temidas y, esta atención autofocalizada incrementa los niveles de ansiedad (Woody, 1996; Woody y Rodriguez, 2000) y dificulta la actuación en las personas con FS (Hope y Heimberg, 1988). No obstante, con respecto a esto último, los resultados encontrados han sido contradictorios y, tal y como señalan Woody, 1996; Woody y Rodriguez, (2000) en algunos estudios se ha observado como la atención autofocalizada no afecta negativamente a la calidad de la actuación social del individuo.

III.1.2.2. Sesgos cognitivos: La interpretación negativa de los acontecimientos y señales sociales

Existe acuerdo entre la gran mayoría de investigadores con respecto a que las personas con FS comenten errores cognitivos cuando interpretan su propio comportamiento y los estímulos o las situaciones con características ambiguas. Los resultados encontrados por Rapee y Lim (1992) atestiguan esto último. Ellos encontraron que los sujetos con FS evaluaban correctamente la conducta de los demás, mientras que lo hacían negativamente al evaluar su propia conducta. En la misma línea, Alden y Wallace (1995) hallaron que los sujetos con FS tenían una mayor probabilidad que los del grupo control de sobreestimar la visibilidad de sus síntomas de ansiedad y de infraestimar en qué medida ellos eran interesantes y agradables. En un estudio posterior Alden y Wallace (1997), estos mismos autores encontraron que, incluso después de una interacción social positiva, los sujetos con FS todavía interpretaban su actuación como negativa, lo cual constituye un indicador de la sobrestimación de su sintomatología ansiógena.

En el estudio llevado a cabo por Veljaca y Rapee (1998) sobre el análisis de detección de señales, mostraron que los individuos con elevada ansiedad social eran más precisos en su identificación de retroalimentación negativa en una audiencia real y manifestaban un mayor sesgo interpretativo para las señales negativas. Dicho de otro modo, en momentos de incertidumbre sobre si habían observado un comportamiento positivo o negativo, era más probable que las personas con elevada ansiedad social interpretasen el comportamiento como negativo comparado con la interpretación realizada por sujetos con baja ansiedad.

Los sujetos con ansiedad social creen que los demás, al observarles, interpretan sus síntomas de ansiedad (síntomas físicos observables como el rubor, sudor y temblores). Los estudios de Roth, Antony y Swinson (2001) encontraron que las personas con ansiedad social frente a los del grupo control tienden a pensar que los demás interpretan dichos síntomas como indicativos de intensa ansiedad o de un trastorno psiquiátrico, sin embargo, los sujetos con ansiedad social a la hora de interpretar los síntomas de ansiedad exhibidos por los demás manifiestan un estilo atribucional más objetivo y flexible.

Los hallazgos de Amir, Foa y Coles (1998), pusieron de manifiesto que en sujetos con FSG existía una mayor probabilidad para interpretar escenas sociales ambiguas

(frente a escenas no sociales) de manera negativa cuando imaginaban que les sucedían a ellos que cuando imaginaban que les sucedía a otros. En un estudio de Constans, Penn, Ihen y Hope (1999) en la misma línea, encontraron que estudiantes con ansiedad social elevada presentaban un sesgo interpretativo para los estímulos ambiguos, frente a otro grupo que presentaba niveles bajos de ansiedad social. Asimismo, los estudios de Stopa y Clark (2000) hallaron que los sujetos con FSG tienden a interpretar que las situaciones sociales ambiguas tienen un significado negativo, en comparación con el grupo control.

El sesgo interpretativo de las situaciones sociales fue también estudiado por Mathews y Mackintosh (2000) que evaluaron los efectos provocadores de ansiedad al inducir sesgos interpretativos. En su trabajo, un grupo de sujetos con FS recibió entrenamiento en la interpretación de la información ambigua de un modo amenazante o favorable, comparando estas dos condiciones con una línea base (sin inducción). Los resultados mostraron que los sujetos entrenados a interpretar la información de un modo amenazante aumentaron su nivel de ansiedad, mientras que los sujetos que recibieron entrenamiento para mantener un sesgo positivo disminuyeron su nivel de ansiedad en comparación con la línea base, lo cual está en congruencia con las predicciones del modelo cognitivo acerca de los sesgos interpretativos que se producen cuando el sujeto alcanza elevados niveles de ansiedad en relación con situaciones sociales ambiguas.

Más recientemente, Sposari y Rapee (2003c, datos sin publicar) intentaron determinar si era más probable que los individuos diagnosticados con FS generalizada evaluaran caras fotografiadas con diferentes expresiones faciales con más carga amenazante que los sujetos control sin ansiedad. Se le pidió a los sujetos que evaluaran el grado de amenaza asociada a caras de alegría, enfado y tristeza variando en la intensidad de los niveles de expresión (bajo, medio, alto). Los resultados encontrados mostraron que los participantes clínicos evaluaron las caras de enfado con alta intensidad como más amenazante que los sujetos del grupo control, comparándolas con las diferencias de grupo para los niveles bajo y medio de intensidad de la cara, aunque esta tendencia no resultó significativa. No se halló sesgo interpretativo entre los participantes clínicos. Sin embargo, los autores sugirieron que los sesgos del procesamiento de la información son más potentes cuando se le pide al sujeto con ansiedad social que se imagine estar en una situación social real. Aspecto este que quedaría por confirmar, al igual que el hecho de saber si las expresiones faciales que

varían en ambigüedad (p.ej., intensidad) se malinterpretan por los sujetos con elevada ansiedad social, necesitándose más investigaciones sobre ello.

III.1.2.3. Sesgos cognitivos: La memoria.

En las páginas anteriores hemos mostrados los sesgos atencionales y de procesamiento de la información de los sujetos con FS ante estímulos y situaciones ambiguas. Del mismo modo ocurre con la memoria. Es evidente que las personas con elevado nivel de ansiedad presentan un sesgo de memoria hacia la información amenazante con respecto a la información neutral. Los sujetos ansiosos tienen que almacenar una mayor cantidad de información de amenaza y, como consecuencia, deberían presentar un acceso más fácil a este material (Sposari et al., 2003: 475).

Por lo que respecta al recuerdo, algunos estudios como los de Hope, Heimberg y Klein (1990), que en una evaluación sobre el recuerdo que seguía a una evaluación social informaron que los sujetos con ansiedad social tienden a recordar principalmente los eventos sociales negativos. Estos autores hallaron que los sujetos con ansiedad social tenían recuerdos menos exactos sobre la información referida por un compañero frente a los sujetos del grupo control. Resultados semejantes fueron encontrados en los estudios de Mellings y Alden (2000) que compararon a sujetos con niveles elevados y bajos de ansiedad social. En la misma línea, Lundh y Öst (1996), encontraron que los sujetos con FSG eran capaces de recordar más fácilmente las expresiones negativas y con una mayor dificultad las expresiones positivas. Sin embargo, estos mismos autores, en un estudio posterior (Lundh y Öst, 1997) sobre memoria explícita (recuerdo de estímulos) e implícita (terminación de palabras) informaron que no se hallaron diferencias significativas entre sujetos con FS y sujetos no clínicos, lo que era indicador de que no había sesgos de memoria.

En un estudio posterior de Foa, Gilboa-Schechtman, Amir y Fresgman (2000) encontraron resultados similares en un primer estudio y dudosos en una segunda réplica. Estos autores encontraron que los sujetos con FS presentaban un recuerdo significativamente mejor con respecto al grupo control para todas las caras observadas.

Mansell y Clark (1999) llevaron a cabo un estudio en el que se le pidió a los participantes que codificasen palabras positivas y negativas de acuerdo con tres opciones: a) autorreferencia pública (lo que piensan los demás de uno mismo), b) autorreferencia privada (lo que uno piensa de uno mismo) y c) referencia de otra

persona (describir a otra persona). A la mitad de los sujetos se les amenazó con la tarea de tener que realizar una charla en público. Los resultados mostraron que los individuos con una elevada ansiedad social recordaron más palabras negativas, pero solamente en la condición de autorreferencia pública y sólo cuando se les amenazaba con la charla. En la misma línea investigadora Amir, Foa y Coles (2000) solicitaron a los sujetos que calificaran el volumen de un ruido blanco que acompañaba a frases antiguas y nuevas.. Encontraron que los sujetos con FS mostraban una tendencia más fuerte a calificar el ruido que acompañaba a frases de amenaza escuchadas con anterioridad con un volumen más bajo que el del grupo control, indicando una memoria implícita para la amenaza.

Una posición opuesta es la sustentada por otros estudios que han examinado la memoria implícita y explícita mediante la realización de varias tareas semánticas y de recuperación de los recuerdos (Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft y Rodney, 1994). Estos autores no encontraron diferencias significativas entre los sujetos con FS y los del grupo control. En un trabajo posterior, Pérez-López y Woody (2001), una muestra de 24 sujetos con FS y un grupo control de 20 sujetos, observaron 184 fotografías de personas con expresiones emocionales de tranquilidad o amenazantes previas a la impartición de una charla en público. La tarea posterior consistía en seleccionar de nuevo de entre las fotografías las mismas caras seleccionadas con anterioridad, pero en esta ocasión los rostros mostraban una expresión diferente. Los resultados indicaron que los sujetos con FS fueron menos precisos y tardaron más tiempo en seleccionar las fotos, probablemente atribuible a su nivel de ansiedad, por el contrario, nos mostraron sesgos de memoria cuando tuvieron que seleccionar las fotografías cuya expresión facial era amenazante. Finalmente, los estudios de Wenzel, Jackson y Holt (2002) examinaron en qué medida los sujetos con ansiedad social se caracterizaban por tener connotaciones negativas. Este trabajo lo desarrollaron utilizando un procedimiento de memoria autobiográfica provocada por palabras con contenido de amenaza social. Los resultados obtenidos indicaron que las experiencias recordadas por los sujetos con ansiedad social presentaban connotaciones negativas, sin embargo, no existían diferencias significativas entre el grupo con ansiedad social y el de sin ansiedad. A este respecto, Wenzel et al. (2002) concluyeron que los sesgos de memoria consistentes en evocar fundamentalmente eventos y situaciones amenazantes no forman parte de las características esenciales de quienes presentan el diagnóstico de

FS. Aún así, aunque los sesgos de memoria se identificasen, habría que determinar si estos son debidos a la atención autofocalizada como han propuesto algunos autores.

Para probar esta hipótesis, Hope et al. (1990) y Mellings y Alden (2000). Hope et al. (1990) examinaron la autoconciencia pública y hallaron una correlación significativa con omisiones de recuerdos para señales externas en sujetos con ansiedad social. Sin embargo. La autoconciencia pública, según otros estudios (Bögels et al., 1996; Hope y Heimberg, 1988; Jostes, Pook y Florin, 1999; Lundh y Öst, 1996; Monfries y Kafer, 1993; Saboonchi y Lundh, 1997; Saboonchi, Lundh y Öst, 1999; Smari, Clausen, Hardarson y Arnarsen, 1995), no estaba asociada con la precisión del recuerdo en sujetos con ansiedad social y sí en los sujetos sin ansiedad.

En un estudio realizado por Mellings y Alden (2000), con una muestra de estudiantes universitarios con niveles elevados de ansiedad social vs. niveles bajos de ansiedad social realizaron una interacción no estructurada con un colaborador durante diez minutos y a continuación completaban un cuestionario sobre atención autofocalizada (FAQ, *Focus of Attention Questionnaire*; Woody, 1996). Al día siguiente se les pedía que recordaran información sobre la persona con la que habían interactuado a través de un registro estructurado. Se observó que los sujetos que focalizaban más sobre ellos mismos recordaban menos información sobre su compañero, independientemente de su nivel de ansiedad social. No obstante, porque los sujetos con niveles elevados de ansiedad social dirigían más su atención sobre ellos mismos, la información que ofrecían sobre su compañero era menos completa que la de los sujetos sin ansiedad. Sin embargo, en consonancia con los resultados obtenidos por Rapee et al. (1994) no se encontró evidencia para una recuperación selectiva de información negativa.

Los resultados contradictorios obtenidos sobre memoria explícita e implícita son difíciles de integrar. En este sentido, Coles y Heimberg (2002) indican que probablemente influyan varios factores en la demostración de los sesgos de memoria. El primero de ellos es la naturaleza de la tarea de codificación solicitada a los sujetos. La mayoría de los estudios analizados varían notablemente en el tipo de tarea de codificación que se utiliza. El segundo de los sesgos hace referencia a la tarea de recuperación. En este sentido, han sido diversos los métodos utilizados para comprobar la memoria y probablemente hayan sido influidos por factores ajenos a la cuestión.. Haría falta más investigación que empleasen estímulos más “válidos ecológicamente”, tales como fotografías de caras obtenidas de audiencias reales.

En un trabajo reciente desarrollado por Field, Psychol y Morgan (2004) examinaron si el procesamiento a posteriori afecta la recuperación de las memorias autobiográficas clasificadas como negativas, ansiosas y vergonzosas en una muestra de individuos con FS y de controles. Los resultados indicaron que, comparados a los controles, los individuos con FS recordaron las memorias que fueron clasificadas como considerablemente más negativas y vergonzosas sin importar el tipo de procesamiento a posteriori. Inesperadamente, después del procesamiento negativo a posteriori los individuos con FS recordaron las memorias que aunque ansiosas y vergonzosas, clasificaron como considerablemente más calmadas después de otros tipos de procesamiento a posteriori. Los resultados implican que el procesamiento a posteriori puede tener cierto beneficio adaptativo que podría explicar porqué persiste en individuos con FS.

Por lo que se refiere a la población infanto-juvenil, han sido varios los trabajos desarrollados para evaluar los sesgos en el procesamiento de la información cuando existe un trastorno de ansiedad en general (una revisión de todo ello puede verse en Daleiden y Vasey, 1997). Uno de los estudios que han abordado los sesgos cognitivos en niños es el de Daleiden y Vasey, quienes emplearon una muestra de adolescentes de 13 a 15 años para evaluar los eventos sociales que les sucedían. Encontraron que quienes presentaban un mayor nivel de ansiedad social tendían a evaluar con mayor frecuencia las situaciones sociales como amenazantes que los adolescentes con una ansiedad social baja. Otros estudios en la misma línea desarrollados por Muris, Merckelbach y Damsma (2000), fueron consistentes con los anteriores hallazgos. Estos autores evaluaron a una muestra de niños de entre 8 y 13 años con ansiedad social para identificar si presentaban sesgos en la percepción de amenaza. El estudio consistió en someterles a una exposición de historias sociales de carácter ambiguo, y los niños debían identificar qué historias eran de miedo, ofreciéndoles la posibilidad de acabarla. Los resultados mostraron que los niños con ansiedad social, frente a los del grupo control, necesitaban escuchar menos frases para decidir si una historia era de miedo, percibían la amenaza con más frecuencia mientras que escuchaban las historias y experimentaban más sentimientos negativos.

Como puede verse, a pesar de estos estudios, la literatura existente con respecto a los sesgos cognitivos observados en niños con FS es todavía escasa.

En las líneas que siguen se analizan tres modelos cognitivos o cognitivo-conductuales disponibles en la actualidad con el propósito de aportar evidencia para comprender y explicar el inicio y/o mantenimiento de las respuestas de ansiedad social. Una revisión de estos aspectos puede verse en Musa y Lépine, 2000; Roth y Heimberg, (2001).

III. 1.2.4. El modelo de Beck, Emery y Greenberg (1985): Las creencias disfuncionales.

El modelo de Beck, Emery y Greenberg (1985) ha sido el más influyente en la explicación de los trastornos de la ansiedad. Según el mismo, la FS está generada por las creencias disfuncionales que algunas personas poseen acerca de sí mismo, sobre el modo en que se comportan en situaciones sociales. Las creencias disfuncionales se clasifican en tres categorías: (a) normas excesivas de actuación en situaciones sociales (“*debo hacerlo todo perfectamente bien*”), (b) creencias condicionadas acerca de la evaluación de los demás (“*Si cometo algún error seré me considerarán inepto*”) y (c) creencias disfuncionales sobre uno mismo (“*No seré capaz de hacerlo*”).

Estas creencias son las que permiten al mantenimiento de la FS cuando en una y otra situación social aparecen estos pensamientos de modo reiterativo. El sujeto con ansiedad social sufre los síntomas ansiógenos en una situación que es evaluada como amenazante. Esta misma ansiedad generada le induce a creer en que es incompetente y su atención se centrará sobre las señales internas de ansiedad, lo cual interfiere en su habilidad para procesar adecuadamente la información social y dar una respuesta adaptada. Como consecuencia, es probable que esto altere el comportamiento de los otros hasta el punto de mostrar menor amabilidad con la persona con FS, lo cual confirmaría sus miedos. Los sesgos interpretativos del sujeto con FS le inducirían a detectar señales de crítica hacia él, aunque no existiesen o no fuesen objetivos. Como consecuencia de ello, la persona con FS desarrolla una mayor susceptibilidad para la detección de aspectos conductuales propios o de la conducta de los demás, los cuales son interpretados como una prueba clara de evaluación negativa hacia su persona. La consecuencia que se teme es la de ofrecer una pobre actuación social y ello puede tener una mayor probabilidad de ocurrencia debido a la excesiva preocupación de que realmente ocurran, tal y como señalan Beck et al. (1985).

III.1.2.5. El modelo de Clark y Wells (1995), Clark (2001) y Wells (2000, 2001): Auto-focalización y “conductas de seguridad”

Este modelo está fundamentado en el procesamiento de la información como autorregulación de los trastornos emocionales (Wells y Mathews, 1994) y en la teoría general de esquemas de Beck (1976) y Beck et al. (1985) procedentes de la experiencia clínica.

La explicación que ofrece el modelo al mantenimiento de la FS se fundamenta en el procesamiento autofocalizado negativo de uno mismo como objeto social (Clark, 2001). Cuando el sujeto con FS afronta una situación social temida se produce un cambio en su foco atencional (véase la Figura III.1). El sujeto fóbico social manifiesta un cambio atencional en las situaciones sociales, que se caracteriza porque el sujeto se siente como el centro de atención de las demás personas. Esto activa los sesgos disfuncionales como consecuencia de las reglas rígidas que presentan estas personas con FS, y en función de las creencias negativas que poseen acerca de sí mismo y de sus competencias infravaloradas. Esta interpretación que ofrecen los autores de este modelo proceden del modelo de Beck et al. (1985).

Clark y Wells (1995), Clark (2001) y Wells (2000, 2001), incluyen en su modelo, tres tipos de factores cognitivos: (1) reglas rígidas que gobiernan el comportamiento en situaciones sociales, (2) supuestos disfuncionales y (3) creencias básicas acerca de sí mismo.

1. Reglas rígidas

Las reglas rígidas se refieren al conjunto de pensamientos sesgados que elevan el umbral de “calidad” de su actuación social que, de no cumplirse, producen fracasos en su cometido. Existen una elevada proporción de sujetos con FS que presenta estas reglas rígidas que gobiernan o controlan su conducta en situaciones sociales. Pensamientos del tipo TODO-NADA como: “*Siempre debo hacerlo bien y mostrar que soy competente*”, “*No debo mostrar ningún signo de ansiedad*”, “*Siempre he de saber decir cosas interesantes*”. De acuerdo con Clark y Wells (1995), después de producirse un primer fracaso en la actuación, las situaciones sociales se percibirán como más peligrosas, puesto que las expectativas del sujeto se centran en que, de nuevo, se producirá un fracaso. La consecuencia es un procesamiento negativo de la información (no se habría producido un sentido positivo del sí mismo) y, a corto o medio plazo, se producirán respuestas de escape y/o evitación.

2. Supuestos disfuncionales

Los supuestos disfuncionales predisponen a realizar un procesamiento autofocalizado, que es determinante y fundamental en la FS. Se refieren a las representaciones o visualizaciones explícitas de las consecuencias de comportarse de acuerdo con las normas rígidas. Por ejemplo: “Si no hablo creerán que no sé nada”, “si se dan cuenta que tiemblo creerán que estoy nervioso”.

3. Creencias negativas acerca de sí mismo

El sujeto con FS se autopercebe como un objeto social a causa de sus creencias. Cuando se produce un razonamiento emocional la objetividad del pensamiento queda en entredicho. Según la teoría de Beck, el sesgo de pensamiento consiste en creer que lo que se siente es lo objetivo: “*Si me siento triste es que soy un estúpido o incompetente*”, “*como me siento desanimado soy una persona depresiva*”.

Según el modelo, estas creencias se asocian a situaciones sociales específicas. Cuando el sujeto no se encuentra en situaciones sociales estas creencias son menos “creíbles” pero se activarían rápidamente a la aparición de un estresor social. Esquemas de pensamiento de esta naturaleza explicarían la vulnerabilidad del sujeto para interpretar las situaciones sociales como potencialmente amanzanes para su integridad psicológica.

Este procesamiento sesgado de la información se produce en tres fases: (a) procesamiento anticipatorio, (b) procesamiento durante la situación social y (c) procesamiento después de la situación social.

A. Procesamiento anticipatorio (antes de la situación social)

De acuerdo con los modelos cognitivos de la FS (v.gr., Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997) antes de una situación social, las personas fóbicas revisan con minuciosidad todos los detalles que podrían ocurrir en una situación social específica y los modos de afrontarlos, anticipándose así al acontecimiento. El sujeto fóbico comienza a percibir respuestas psicofisiológicas de ansiedad cuando empieza a pensar en la situación y, de este modo, establece una predicción negativa sobre cual será su conducta en dicha situación social. Si el sujeto no consigue detener o modificar sus pensamientos negativos, es muy probable que se enfrente a la situación con una respuesta elevada, puesto que se encuentra activado un modo de procesamiento autofocalizado. El sujeto fóbico realiza una valoración de amenaza de la situación social y la asocia a sus respuestas psicofisiológicas y mantiene una actitud hipervigilante ante

la posibilidad de que los demás puedan percibir sus manifestaciones ansiógenas, incrementándose las mismas. De este modo, el grado de severidad de las respuestas cognitivas estaría en función de su interacción con autoprocesamiento social de la situación evaluada.

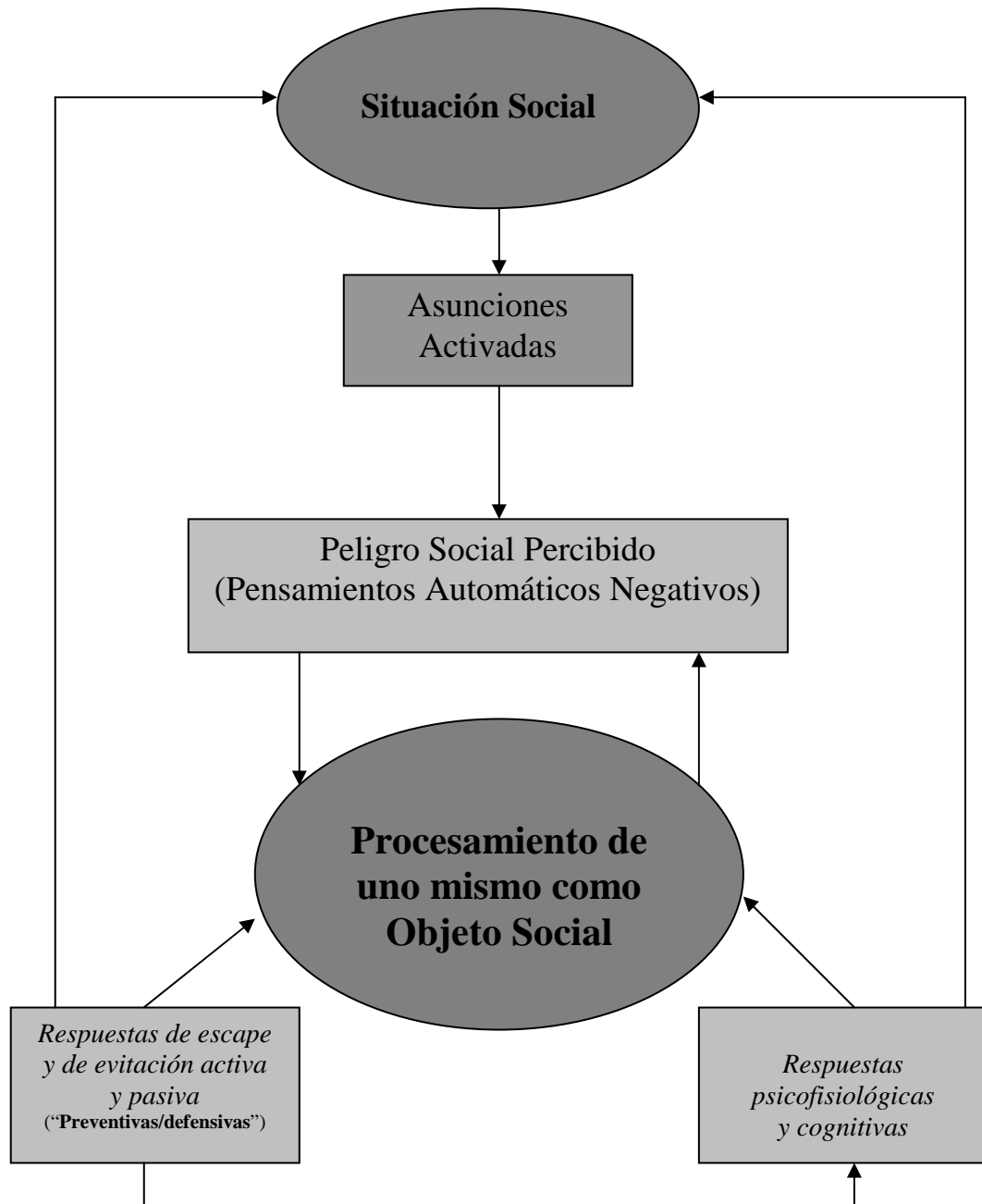
Los estudios de Mansell y Clark, (1999) y de Papageorgiou y Wells, (1997) informan de que los sujetos con ansiedad social elevada magnifican la visibilidad de sus respuestas de ansiedad e infravaloran la calidad de su interacción social y este procesamiento lo realizan empleando la percepción de sus propias respuestas psicofisiológicas. De este modo, es la interpretación del significado social que poseen las respuestas psicofisiológicas la causa de que los valores las situaciones sociales como amenazantes y peligrosas. En la medida en que se incrementan las respuestas psicofisiológicas se incrementa la percepción de peligro y la hipervigilancia. En el estudio de Mansell y Clark (1999), citado en las líneas anteriores, se halló que el sujeto con FS incrementa la autovaloración negativa sobre cómo es percibida su interacción con los demás de acuerdo con el grado de focalización o atención concentrada y persistente en las respuestas psicofisiológicas.

La interpretación que hace el sujeto fóbico de las respuestas de ansiedad es negativa, las considera indicadores de un fracaso inminente, puesto que “cree” que no alcanzaría los comportamientos aceptables desde la adecuación social. La valoración consecuente de ello es la pérdida de estatus, de autodevaluación del valor personal, rechazo y/o humillación. La consecuencia que se deriva son las respuestas de evitación para prevenir el riesgo de ser evaluado negativamente por los demás. Con esta evitación, el sujeto mantiene el trastorno ya que disminuye las oportunidades de cuestionar y de eliminar los juicios y las creencias negativas.

En ocasiones no existe posibilidad de evitar una situación social temida y, ante lo cual, el sujeto adopta una actitud evitación pasiva, optando por ofrecer conductas de seguridad (*safety behavior*) dirigidas a reducir el riesgo de fracaso social, sobre todo, reducir la probabilidad de ser evaluado negativamente. Así, por ejemplo, se puede intentar “disimular” las respuestas ansiógenas de sudar bebiendo bebidas frías, o llevando ropa ligera, o cogiéndose u ocultando las manos para evitar que los demás perciban el temblor, o colocándose unas gafas que oculten o atenúen la percepción de la mirada hacia los demás. Con todo ello el sujeto trata de no se presenten los estímulos elicidores de ansiedad y de ocultarlos si acaso pudieran ser visibles. Estas conductas

de seguridad o de evitación exacerbaban los síntomas, impiden la desconfirmación de las consecuencias temidas, mantienen la atención hacia uno mismo y contaminan las situaciones sociales (Botella, Baños y Perpiñá, 2003). Estas estrategias autodefensivas empleadas por el sujeto con FS son realizadas de forma anticipatoria.

Figura III.1. Modelo cognitivo de la Fobia Social (Clark y Wells, 1995)



De acuerdo con lo expuesto por Clark y Wells (1995) las cogniciones de los sujetos con ansiedad social se caracterizan por el recuerdo de fracasos sociales anteriores (o que

se han percibido como tales); son imágenes negativas de anticipación de su actuación así como de las expectativas de un deficiente desempeño y del rechazo social que se recibirá. Tal y como señalan Clark y McManus (2002) (citados en Sposari et al., 2003: p. 473), la investigación reciente ha mostrado que los sujetos fóbicos sociales rumian sobre los fracasos sociales pasados aunque se necesita mayor profundización en estos aspectos para verificar cómo influye en el comportamiento del sujeto esta rumiación sobre el fracaso social potencial como anticipación de una tarea social próxima.

B. Procesamiento durante la situación social.

El sujeto con FS puede percibirse a sí mismo como espectador, a modo de una cierta despersonalización, habiéndose denominado a esta circunstancia como “perspectiva del observador”. Desde esta peculiar perspectiva o actitud, los sujetos con FS recurren a la información interoceptiva para elaborar una imagen acerca de cómo aparece ante los demás, interpretando que, puesto que ello se sienten mal son percibidos de este modo por los demás (pensamiento emocional).

El pensamiento autofocalizado es el que permite que esta imagen distorsionada de uno mismo desde la perspectiva de los demás se mantenga y se produzcan respuestas de evitación pasiva. Con semejante sesgo emocional del pensamiento se omite la información positiva disponible sobre sí mismo, no se procesa ya que la atención está focalizada en el procesamiento interno más que en el externo. Por el contrario, para percibir el feedback social de las demás personas y tener así una “perspectiva de campo”, tal y como lo han descrito de Clark y Wells (1995), es necesario realizar un procesamiento externo.

Estos mismos autores y su equipo han desarrollado varios estudios dirigidos a evaluar el papel que ejerce la perspectiva del observador y de campo en el inicio y/o mantenimiento de la FS.

En un primer estudio Wells, Clark y Ahmad (1998) solicitaron a ambos grupos que recordasen e imaginasen lo más vívidamente posible dos situaciones que en el pasado les provocaron ansiedad (una situación social y otra no-social). Una vez que los sujetos la tenían visualizada, se les preguntaba si habían adoptado una perspectiva de observador o de campo (previamente se les había explicado en qué consistían ambas). Los resultados del estudio han sido consistentes con lo formulado en el modelo de Clark y Wells, puesto que los sujetos con FS han mostrado una perspectiva de observador ante

la situación social, pero han adoptado una perspectiva de campo frente a la situación no-social. Sin embargo, los sujetos del grupo control han informado de una perspectiva de campo, independientemente de la situación imaginada.

Siguiendo la misma línea de trabajo, Wells y Papageorgiou (1999a) pidieron a un grupo de sujetos con FS, otro compuesto por agorafóbicos, uno integrado por sujetos con fobia específica y un grupo control, que recordasen dos situaciones ansiógenas: una social y otra no social. Los resultados confirman los hallazgos de Wells et al. (1998), en el sentido de que los sujetos con FS asumen una perspectiva de observador ante la situación social, pero no así en la situación no-social. Este dato sólo se ha encontrado en el grupo de sujetos con FS. A diferencia de éste, los sujetos que componían el grupo de agorafóbicos han informado una perspectiva de observador en ambas situaciones y los sujetos con fobia específica han adoptado una perspectiva de campo, independientemente de la situación imaginada, al igual que los del grupo control (también en consonancia con el trabajo de Wells et al., 1998).

Más recientemente, Hackmann, Clark y McManus (2000) solicitaron a una muestra de sujetos con FS que recordasen una situación social ansiógena vivida durante los últimos seis meses. Los resultados mostraron que durante la situación social recordada, todos los sujetos informan recordar imágenes recurrentes (100%), principalmente con un componente visual, que hacían referencia a experiencias sociales negativas vividas en la infancia y en las que también adoptan una perspectiva del observador. Con un diseño que incorpora un grupo control, Hackmann, Suraway y Clark (1998) han observado que es un porcentaje superior de sujetos con FS, los que en comparación con los sujetos del grupo control, informan que durante la situación social experimentan imágenes negativas de sí mismos desde la perspectiva del observador.

Los resultados expuestos en estos estudios son consistentes con los encontrados por Coles, Turk, Heimberg y Fresco (2001), quienes en su trabajo los sujetos con FS y controles proporcionaban ejemplos de situaciones sociales que posteriormente debían valorar en función del grado de ansiedad social (baja, media o alta) que habían experimentado. Los hallazgos mostraron que los sujetos con FS elicitan imágenes con una mayor frecuencia desde la perspectiva del observador que los sujetos del grupo de control, cuando recordaban situaciones en las que habían sentido una ansiedad social elevada. No obstante, desde la perspectiva de campo, ambos grupos experimentaban imágenes cuando recordaban situaciones de ansiedad media o baja.

La implicación práctica de las perspectivas del observador y de campo en el tratamiento de la FS también ha sido estudiada por Wells y Papageorgiou (1998). En su trabajo con una muestra de sujetos con FSG, proporcionaron a la mitad de ellos instrucciones para exponerse a situaciones sociales. A la otra mitad de la muestra se le ofrecieron las mismas instrucciones de exposición más otras instrucciones más concretas para que dirigieran su atención a los estímulos externos, con el propósito de pasar de una perspectiva de observador a otra de campo. Cada grupo fue expuesto a situaciones sociales diferentes, ya que se tuvieron en cuenta aquellas que en cada sujeto elicitan respuestas de ansiedad. Los resultados encontrados mostraron que la exposición más la atención a estímulos externos es superior a la exposición por sí sola, aunque el tamaño muestral del estudio (N=8) limita la generalización de los resultados. De acuerdo con estos resultados, se sugiere la importancia de dirigir el foco atencional hacia los estímulos externos (con lo cual se deja de atender a los estímulos o información interoceptiva) como un componente que debiera incorporarse en futuros programas de tratamiento de la FS. Estos resultados apoyan el modelo cognitivo de Clark y Wells en lo referido a subrayar la importancia de que los sujetos desplacen su perspectiva de observador hacia la perspectiva de campo, con lo que podrían obtener una información que les cuestionaría y eliminaría sus creencias erróneas respecto a su conducta en las situaciones sociales a las que tiene que afrontar.

Este componente de cambiar la atención a los estímulos externos ha sido subrayado por Wells (1998), quien postula que no debería emplearse como una respuesta de protección en sí misma, habida cuenta de su relevancia en el mantenimiento de la FS. También ha propuesto que el abandono de las respuestas de evitación pasiva se incorpore a los tratamientos de la FS, ya que éstas producen los siguientes efectos:

- a) Incrementan las respuestas de ansiedad (p.ej., concentrarse en articular correctamente las palabras puede interferir en la fluidez expresiva).
 - b) Impiden la desconfirmación, puesto que el hecho de no ocurrir los acontecimientos negativos previstos y temidos por el sujeto (el rechazo de los demás) se atribuye a la utilización de respuestas de evitación pasiva y no al hecho de que el resultado previsto es improbable que tenga lugar.
 - c) Mantienen la auto-atención, ya que el sujeto dirige su atención a sí mismo en lugar de centrarla en el *feedback* que le proporcionan los demás.
-

- d) “Contaminan” la situación social, ya que, frecuentemente, las respuestas de evitación pasiva son más perniciosas que la “falsa catástrofe” que se quiere evitar (por ejemplo, si no se centra la atención visual en los demás, estos podrían interpretar esta actitud como fría, distante y desinteresada, lo que podría tener como consecuencia la verificación del pronóstico del sujeto: “no me hacen caso porque no lo estoy haciendo bien”).

En un estudio realizado por Wells et al. (1995) pusieron de manifiesto la relevancia de las respuestas de evitación pasiva en el mantenimiento de la FS. En los estudios realizados encontraron que los sujetos que recibieron una sesión de exposición más abandono de las respuestas de evitación pasiva mostraron una mayor reducción de las respuestas de ansiedad social, en comparación con los sujetos tratados solamente con la exposición. En este sentido son también concluyentes los hallazgos de Baños, Botella y Quero (2000) acerca de la mayor eficacia obtenida empleando la combinación de la técnica de exposición más el abandono de las respuestas de evitación pasiva (atención a estímulos externos).

Otro estudio realizado por Alden y Bieling (1998) aportó evidencia sobre la importancia de las respuestas de evitación pasiva en el mantenimiento de la FS. Sus estudios se centraron en sujetos con niveles de ansiedad social baja y alta, quienes participaban en una situación social de iniciar y mantener una conversación con una persona desconocida. Los sujetos con ansiedad social baja o alta fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones. En la primera se le indicaba a los sujetos que su tarea consistía en conversar con una persona desconocida, que debido a sus rasgos de personalidad, le iba a resultar difícil la interacción por tener diferentes modos de pensar. En la segunda condición se le señalaba al sujeto que le iba a resultar fácil conversar con la otra persona, puesto que ambos tenían formas de pensar similares. Los resultados mostraron que en la primera condición los sujetos con ansiedad social alta usaron respuestas de evitación pasiva, tales como hablar poco o bien no hablar acerca de temas personales a fin de poder evitar una posible valoración negativa de su interlocutor. Además, si la conversación no era fluida estos sujetos se sentían responsables de ello, debido a la creencia de que ello había sido porque habían causado una mala impresión a los demás.

Para los autores de este modelo, de las tres fases, ésta es la más importante.

C. Procesamiento tras concluir la situación social (*post-mortem*).

Han sido escasos los estudios que han abordado el papel que desempeña el procesamiento posterior al acontecimiento para el mantenimiento de la FS. El procedimiento consiste en que, el sujeto, tras haber abandonado la situación retorna mentalmente sobre ésta y analiza lo que cree que ha ocurrido, lo que debería haber ocurrido y qué consecuencias podrían haber tenido. Esta situación ha sido denominada y avalada por Rachman, Gruter-Andrew y Shafran (2000) como “procesamiento post-situación”. Los sujetos que presentan una elevada ansiedad social refieren que después de la situación social piensan sobre ello y les resulta difícil controlar los pensamientos ansiógenos generados, lo cual influye negativamente en su capacidad de concentración en otras tareas, les dificulta el olvido de la situación vivida y desearía retroceder en el tiempo para modificar su actuación, tal como se desarrolló en la situación, y, consecuentemente tratar de evitar que en el futuro se generasen situaciones semejantes.

El sujeto con FS presta escasa atención a la información positiva procedente de los demás, con lo cual resulta poco probable que pueda percibir indicadores conductuales (gestos o mensajes verbales) como aprobación a su conducta. Siendo así, cuando el sujeto revisa mentalmente su conducta en la situación no dispone de información que desconfirme sus expectativas y, por el contrario, sí dispone de suficiente evidencia informativa con respecto a la percepción de sus respuestas ansiógenas a las que sí ha prestado excesiva atención, por lo tanto, la atribución cognitiva inferida es la de incompetencia personal (“No he sabido hacerlo”, “No he sido capaz”). De este modo, se produce una percepción negativa de sí mismo y tiende a sobredimensionar en sentido peyorativo su actuación anterior. En este procesamiento *post-situación* se maximiza la importancia de los detalles negativos de la situación y se minimizan los positivos (error de filtraje), por lo que es necesario controlar esta fase de procesamiento de la información para garantizar la eficacia de la exposición a la situación social.

Este sesgo de pensamiento puede perpetuarse cuando los sujetos con FSG han resuelto exitosamente una interacción social y lo han interpretado como una sobrecarga del rol: “Hoy lo he hecho bien pero otro día puede que lo haga mal” “Siempre habré de hacerlo bien o incluso mejor que hoy” (Wallace y Alden, 1995; 1997). La consecuencia de ello es que estos sujetos limitan sus nuevas interacciones sociales con el grupo de personas con las que había interactuado para tratar de evitar que se den cuenta que no van a ser capaces de mostrarse competentes, argumentando que como ya han

demostrado una conducta adecuada es un riesgo volver a tener la oportunidad de interactuar y fracasar en la nueva tentativa.

Sobre este procesamiento distorsionado post-situación, Hope, Heimberg y Klein (1990) postularon que puede estar influyendo un sesgo de recuerdo de la información. Estos mismos autores encontraron en una muestra de mujeres universitarias con alta ansiedad social que recordaban menos cantidad de información y cometían, además, un mayor número de errores al intentar recordar datos de una situación de interacción social con una persona del sexo opuesto (aspecto físico, temas surgidos durante la charla, etc.), en la que previamente habían intervenido. También hallaron que los sujetos con ansiedad social alta presentaban un procesamiento autofocalizado de la atención, quienes, a su vez, manifestaban una mayor frecuencia de errores de omisión en la información al evocar la situación social.

Con posterioridad, estos trabajos fueron replicados por Hope, Sigler, Penn y Meier (1998) que incluyeron una muestra de universitarios con ansiedad social alta. Los resultados encontrados evidenciaron que las mujeres presentaban una baja tasa de recuerdo de la conversación sostenida minutos antes. No obstante, y en la muestra de varones, no se pudo constatar que existiese una correlación entre la ansiedad social y la tasa de recuerdo.

Esta tasa de recuerdo de palabras con contenido social positivo o negativo tras una charla improvisada, también ha sido estudiada por Mansell y Clark (1999). Estos autores desarrollaron su investigación en una muestra de sujetos con ansiedad social alta y baja, presentándoles un listado de adjetivos con un contenido social positivo o negativo para que fueran clasificados en tres categorías: (a) cómo pensaban que ese adjetivo describía cómo les veían los demás, (b) cómo les describía ese adjetivo y (c) cómo describía ese adjetivo a su vecino. Al terminar esta tarea se le informó a la mitad de la muestra que posteriormente tenían que dar una charla sobre un tema cuyo título sabrían 30 segundos antes de empezar. Los resultados mostraron que los sujetos con ansiedad social alta recordaban un número menor de adjetivos positivos acerca de la primera categoría, pero únicamente los que conocían que iban a dar una charla improvisada. Ninguna otra diferencia significativa fue obtenida para las otras categorías o para los sujetos con ansiedad social baja. Dado que los sujetos eran informados sobre la tarea de hablar en público después de la tarea de clasificación de adjetivos, el sesgo de memoria no se produjo en el momento en el que los sujetos codificaban los adjetivos

(p.ej., menor concentración debido al incremento en el nivel de ansiedad), sino después de hablar en público. Es decir, cuando se habían activado los pensamientos negativos acerca de la calidad de su charla es cuando se producía un menor recuerdo de adjetivos positivos acerca de cómo pensaban que les veían los demás.

Un estudio semejante es el realizado por Lundh y Öst (1996). Estos autores emplearon una muestra de sujetos clínicos y un grupo control. A ambos se les presentaron 20 fotografías que mostraban caras de personas a las que previamente estos grupos habían identificado como críticas o amistosas, junto con otras 60 que los sujetos veían por primera vez. Los resultados encontrados mostraron que de las 20 fotografías originales, los sujetos con FS recordaban un mayor número de caras que habían categorizado como críticas, mientras que los sujetos del grupo control recordaban más las fotografías cuyos rostros habían sido interpretados como amistosos.

Los estudios de Sanz (1996) en España analizaron en qué medida los sujetos con ansiedad social podían presentar un sesgo atencional para recordar estímulos (adjetivos) con una valencia positiva o negativa. Los hallazgos fueron contrarios a los encontrados por los estudios anteriores. Los sujetos con ansiedad social alta recordaban un mayor número de adjetivos de carácter social con valencia positiva (ej. hablador, gracioso, animado) frente al grupo control que recordaban un menor número de ellos.

Estudios más recientes (Lundh y Sperling, 2002; Rachman et al. 2000) han mostrado correlaciones significativas entre la gravedad de los síntomas de ansiedad social y los niveles de procesamiento post-acontecimiento después de los sucesos y situaciones sociales de evaluación negativa. Asimismo, en muestras no clínicas que las personas socialmente ansiosas realizan más rumiaciones negativas, de forma significativa, sobre su actuación después de la interacción social y después de una charla, comparándolas con las personas con un bajo nivel de ansiedad social (Edwards, Rapee y Franklin, 2003, Melling y Alden, 2000).

Estudios más actuales (Abbott y Rapee, 2004) han investigado la relación existente entre las autoevaluaciones acerca de la actuación, la gravedad de los síntomas y las rumiaciones que se producen después del acontecimiento. Un grupo de sujetos con FS y otro de control realizaron una charla improvisada indicándoles que su actuación sería evaluada. Los participantes se autoevaluaron después de finalizar su intervención y también lo hicieron una semana más tarde. Asimismo, se evaluó también la frecuencia

de la rumiación post-acontecimiento durante la semana posterior a la charla. Los resultados mostraron que los sujetos con FS realizó más rumiaciones negativas, de modo significativo, en comparación con el grupo control, y el grado de rumiación negativa realizada estaba asociado al nivel de ansiedad social y a las evaluaciones negativas sobre la actuación. Estos hallazgos son consistentes con el modelo de Rapee y Heimberg (1997) que sugiere una conexión entre la representación mental negativa de uno mismo y la rumiación, siendo también consistente con el modelo de Clark y Wells (1995) que postula la existencia de una relación directa entre las percepciones negativas de la actuación durante la tarea y la frecuencia de la rumiación negativa. Así, pues, las rumiaciones post-acontecimiento están determinadas por lo que ha ocurrido en las fases anteriores del procesamiento. Las situaciones sociales de interacción y de actuación que provocan autoevaluaciones más negativas sobre la actuación dan lugar a rumiaciones también negativas y están desencadenadas por representaciones mentales negativas de uno mismo, a la vez que las rumiaciones negativas se constituyen en poderosos reforzadores de la propia representación mental negativa. Un reciente estudio de Mellings y Alden (2000) mostró que existe una relación entre la rumiación negativa autorreferente el día posterior a la interacción social.

III.1.2.6. Modelo de Rapee y Heimberg (1997)

Con respecto a la dicotomía entre diferencias cuantitativas o cualitativas existentes entre los subtipos de la FS, el modelo de Rapee y Heimberg postula que son mayores las semejanzas que las diferencias, es decir, existen más diferencias cuantitativas que cualitativas. De este modo, el modelo es válido para ser aplicado a cualquier FS. Según estos autores, existiría un *continuum* en el que la timidez se situaría en un extremo, la FS en la zona media y en el extremo opuesto se situaría el trastorno de personalidad por evitación. El TPE es considerado como una entidad nosológica semejante a la FS, cuyas características diferenciales serían de tipo cuantitativo. Algunos estudios, como por ejemplo, el de Olivares, Ramos, Rosa y Piqueras (2002), han corroborado empíricamente este postulado.

El modelo de Rapee y Heimberg (1997) se diferencia del de Clark y Wells (1995) en el primero establece que los procesos que generan y mantienen las respuestas de ansiedad social son esencialmente similares, independientemente de que el sujeto se encuentre en la situación social, la anticipe o la re-evoque (véase la Figura III.2). De

este modo, ante una situación social el sujeto se forma una representación mental de su apariencia externa y de su conducta, tal y como presumiblemente son vistas por la audiencia ¹ y, a su vez, dirige su foco atencional de modo distribuido a esta representación interna y a cualquier amenaza percibida en el entorno social.

Son varios los *inputs* que están implicados en la representación mental de la apariencia y de la conducta:

- a) Información de la memoria a corto plazo (como consecuencia de la historia de aprendizaje, es decir, experiencias anteriores en esa misma situación).
- b) Señales internas (respuestas fisiológicas)
- c) Señales externas (*feedback* de la audiencia)

Los recursos atencionales del sujeto fóbico social se focalizan sobre:

- a) Los aspectos más notables de su autoimagen (su propia representación mental sobre la apariencia personal que refleja en quienes le observan).
- b) Las amenazas externas potenciales constituidas por los indicadores de posibles evaluaciones negativas que pueda recibir por parte de la audiencia (signos de aburrimiento o rechazo, expresiones críticas, etc.).

La focalización de los recursos atencionales en sujetos fóbicos también han sido estudiados por Amir, Foa y Coles (1998), quienes emplearon muestras clínicas de sujetos con FSG, trastorno obsesivo-compulsivo y un grupo control. Estos autores estudiaron en qué medida los sujetos con FS presentaban un sesgo en la focalización de sus recursos atencionales hacia estímulos de carácter negativo. Para ello presentaron a

¹ La característica principal de su modelo es el concepto de audiencia, ya que los autores lo utilizan tanto en un sentido típico o convencional (grupo de personas), como en referencia a personas que puedan ir paseando por la calle (no habría interacción, aunque el sujeto imagina que le están evaluando) o simplemente una persona aislada (Roth y Heimberg, 2001). Una situación evaluativa sería para el fóbico social, por tanto, una situación real (hablar ante colegas en una situación laboral) o una situación imaginada (gente por la calle o imaginar una actuación futura ante público en la que el fóbico no interactuaría).

los sujetos 22 escenarios ambiguos (13 sociales y 7 no sociales) con tres posibles interpretaciones: positiva, negativa y neutra. Un ejemplo de escenario social ambiguo es

el que sigue: Alguien con quien tú estás interesado en tener una cita te dice “Hola”. Tú piensas: (a) “Quiere conocerme mejor” (interpretación positiva), (b) “Dice *hola* a todo el mundo” (interpretación neutra) ó (c) “Siente pena por mí” (interpretación negativa). Los resultados evidenciaron que solamente los sujetos con FSG mostraban una tendencia a ofrecer una interpretación negativa para los escenarios sociales ambiguos, incluso cuando es posible una interpretación positiva. Sin embargo, este sesgo de pensamiento no se produjo en los escenarios no sociales.

La utilización de las situaciones sociales y no sociales consideradas como escenarios de carácter ambiguo se realiza de acuerdo con la posibilidad de ofrecer distintas posibles interpretaciones a los estímulos verbales y no verbales que tienen lugar, y han sido empleadas por varios estudios, entre ellos los mencionados anteriormente de Amir, Foa y Coles (1998) y Constans, Penn, Ihen y Hope (1999). Estos últimos estudiaron en una muestra de sujetos universitarios con alta o baja ansiedad social si existían diferencias en la focalización de la atención sobre los estímulos amenazantes de carácter social. Los resultados obtenidos mostraban que los sujetos con alta ansiedad social ofrecían más interpretaciones negativas de las situaciones de interacción social, no ocurriendo así cuando las situaciones eran no sociales, lo cual pone de manifiesto la presencia del sesgo atencional negativo específicamente ante las situaciones sociales. Según lo afirmado por estos autores, los sujetos con una ansiedad social alta se abstendían de realizar juicios positivos, descartando que tuvieran una propensión a interpretar eventos ambiguos de modo negativo, lo cual significa que eran carentes en emitir interpretaciones positivas de dichos eventos ambiguos.

Del mismo modo, los sujetos con FS muestran un sesgo en la interpretación de caras en fotografías de personas desconocidas tendiendo a percibir las como críticas (alta probabilidad de que estas personas evaluaran negativamente a otras). Sin embargo, tal y como han confirmado los estudios de (Lundh y Öst, 1996), los sujetos del grupo control las percibían como amistosas.

En este mismo modelo explicativo de la FS, además de la focalización atencional hacia las amenazas externas y a la representación mental de la propia apariencia y conducta, el individuo establece también comparaciones, tales como:

- a) Cómo cree que espera la audiencia verle.
-

- b) La valoración de lo que está establecido como normativo socialmente y que presume que tiene la audiencia.
- c) Hacer una estimación acerca de cómo percibe la audiencia su comportamiento.

El sujeto con FS estima si su comportamiento se ajusta a la norma estándar que tiene la audiencia en la situación concreta. De acuerdo con el modo en que el sujeto atribuya a la audiencia una mayor o menor competencia social, se producirá o no un incremento de las respuestas de ansiedad, tal y como afirman Mahone, Bruch y Heimberg (1993). En España, los estudios de Sánchez-Bernardos y Sanz (1992) encontraron apoyo empírico sobre la discrepancia que siente el sujeto fóbico social entre cómo le gustaría verse a sí mismo (deseabilidad de apariencia social) y cómo cree él que los demás le ven.

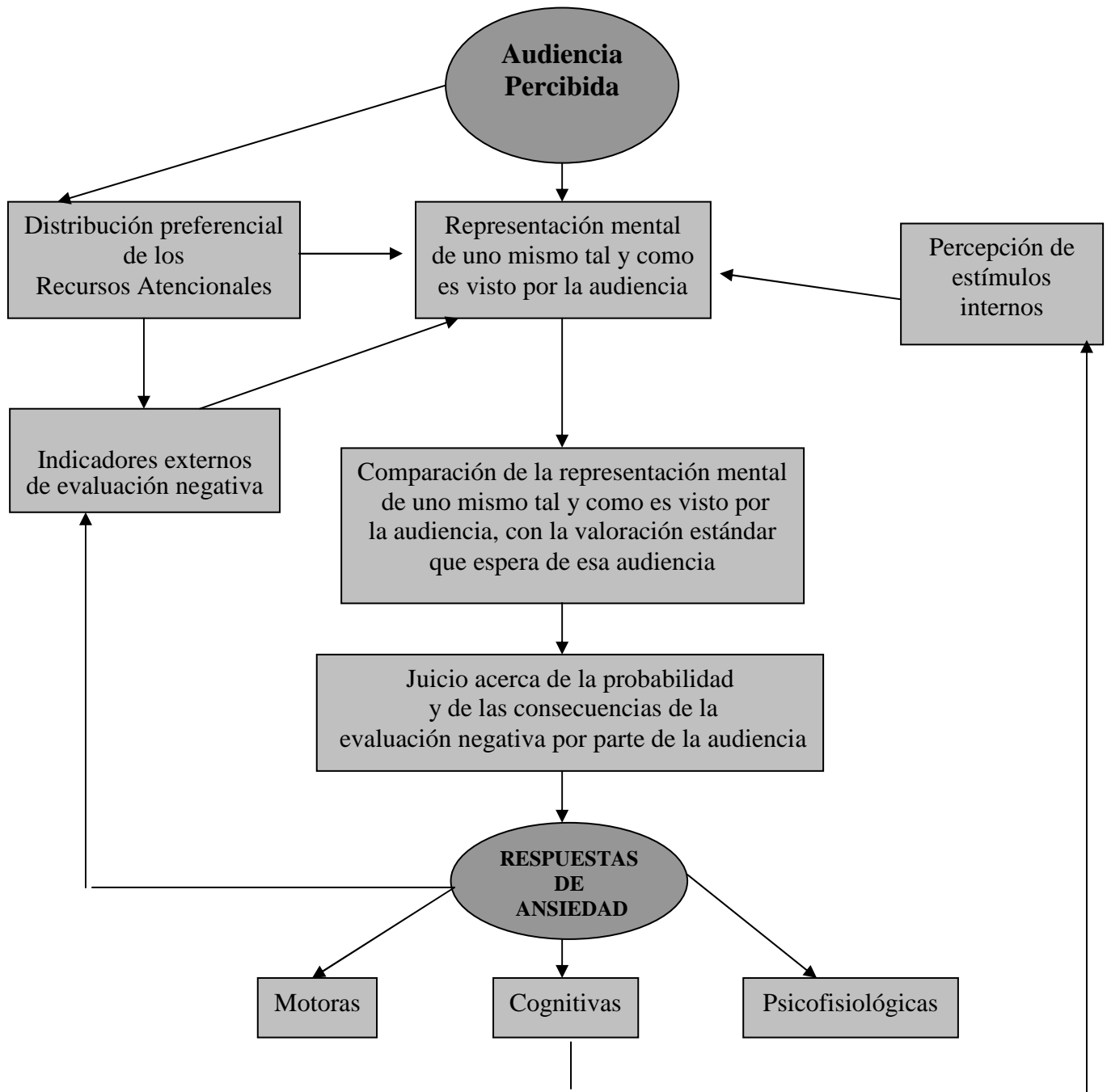
Esta discrepancia producida entre la percepción del sujeto de cómo la audiencia puede valorar su comportamiento y la percepción de los estándares de la audiencia para la evaluación de su conducta determina que se perciba una evaluación negativa y se valoren negativamente sus consecuencias. Este miedo a la evaluación negativa constituye un componente cognitivo de la FS y elicitó respuestas de ansiedad, las cuales, a su vez, influirían en la representación mental que el sujeto realiza sobre cómo percibe la audiencia su propia conducta. De este modo se establece una circularidad interpretativa entre percepción, respuestas de ansiedad y representación mental.

SÍNTESIS

De acuerdo con lo expuesto anteriormente es constatable la existencia de sesgos cognitivos en los sujetos que padecen FS, y cómo estos pensamientos influyen en la génesis y el mantenimiento del trastorno. Sin embargo, el meta-análisis realizado por Feske y Chambless (1995, p. 712) sobre la eficacia terapéutica de incorporar los procedimientos cognitivos a las técnicas instrumentales, pone de relieve que “la exposición con o sin reestructuración cognitiva es igualmente efectiva en el tratamiento de la FS. En ninguna de las comparaciones, los efectos de la exposición más reestructuración cognitiva eran superiores a los de la exposición por sí sola”. A partir de dichos estudios se han incrementado los trabajos dirigidos a examinar la influencia de las variables cognitivas en la FS. En este sentido, se considera que las aportaciones de los modelos expuestos de Clark y Wells (1995) y Rapee y Heimberg (1997) hayan

contribuido a aumentar la eficacia del componente cognitivo y a valorar como importante su incorporación terapéutica a la técnica conductual de la exposición, tal y como afirma Eysenck (1999). Consecuentemente, sería necesario realizar posteriores metaanálisis para clarificar estos aspectos.

Figura III.2. Modelo cognitivo de la Fobia Social de Rapee y Heimberg (1997)



III.1.3. MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE OLIVARES Y CABALLO (2003): UN MODELO TENTATIVO SOBRE EL INICIO, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL.

El modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la FS que proponen estos autores es la más reciente propuesta explicativa de este trastorno como un proceso que incorpora actualmente tres fases: una fase de vulnerabilidad, otra fase relativa a la génesis y por último una fase referida a las variables relevantes que participan manteniendo el trastorno. Desde este trabajo se favorece la discusión sobre una propuesta que, partiendo de la integración de los hallazgos sobre FS que consideran más relevantes, los autores ofrecen una vía para el desarrollo de un modelo basado en el papel de la incertidumbre en la génesis y desarrollo de las respuestas de ansiedad. Se propone la existencia del trastorno como consecuencia de la asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables propias del sujeto que propicia la génesis del trastorno bien de forma directa bien de manera insidiosa, dando lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas. Partes directas en la génesis aparecen la respuesta de alerta (ante la situación o similares), las respuestas de escape, parcial y completo (inicialmente) y de evitación (después), responsables directas de la reducción o eliminación de la intensidad de la estimulación que resulta aversiva para el sujeto. Y es la intensidad y duración de la respuesta de alerta quien tendría un efecto directo en la intensificación progresiva de la activación del patrón de respuestas de ansiedad y éste, a su vez, en la de la propia respuesta de alerta ante potenciales amenazas internas y externas posibles. Según los autores, este bucle progresivo y retroalimentado conllevaría la merma progresiva (hasta su anulación) de la atención prestada a los eventos positivos generados o asociados a la actuación ante otras personas o a relacionarse con otros. Los autores proponen como la fase de inicio el conjunto de factores que el modelo presupone como predisponentes o precipitantes del inicio de la FS. Consideran que la interacción de estas variables relevantes resulta altamente propiciatoria para la génesis o inicio de la FS, tal y como se refleja en la figura III.3. Veamos cuáles son:

- *Variables incluidas en el contexto social Negativo.* Desde el modelo, la FS se presupone como el resultado de la intervención de una o más modalidades de aprendizaje que pueden intervenir de forma aislada o combinada (en paralelo, de manera convergente o consecutivamente), mediando la interacción entre un contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas que generaría un alto potencial

de vulnerabilidad (Turner, Beidel y Epstein, 1991) y la aparición de un patrón de respuestas de ansiedad que dejaría de funcionar como una reacción y puntual adaptativa ante una situación social a consolidarse primero, como consecuencia del número o intensidad de ensayos realizados, y generalizarse después, por asociación, como una función desadaptativa. Las variables relevantes identificadas en el modelo y ubicadas en el contexto social negativo serían: los modelos humanos significativos para el sujeto que manifiestan de forma directa o indirecta su aversión a actuar delante de otros o a relacionarse con otras personas fuera del ámbito íntimo; los antecedentes familiares y otras variables propias del contexto familiar que también contribuirían a la predisposición del trastorno como la estimulación social deficitaria, el aislamiento social de la familia, los problemas familiares o existencia de problemas psicopatológicos en los progenitores, y el empleo de la vergüenza como método de control; la transmisión de información, que ejerce su influencia tanto desde el contexto familiar como desde los centros educativos y que en función del sexo se estima que puede ser muy relevante ya que los datos epidemiológicos indican dos mujeres que padecen FS por cada varón (véase Craske, 2003; Olivares, Caballo et al., 2003); los estilos educativos, que son modos de proceder constituidos por patrones de respuestas que se ejecutan regularmente en el contexto de una relación asimétrica y que para la cuestión que nos ocupa los autores consideran como más relevantes los ya conceptualizados como (i) autoritario-coercitivo-y-altamente exigente, (ii) condescendiente-complaciente y (iii) caótico (véase Barret, Rapee, Dadds y Ryan, 1996; Messer y Beidel, 1994; Olivares, Méndez y Maciá, 2002; Silverman y Kurtines, 1996 o Whaley, Pinto y Sigman, 1999); la inadecuación del comportamiento de los profesionales de la enseñanza y la situación de aceptación e integración en la que se halla el niño o el adolescente (Hope, Sigler, Penn y Meier, 1998; Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997; La Greca y López, 1998; Olivares, 2001), dentro del contexto psicosocial que determinan los grupos socioafectivos de referencia como, por ejemplo, la pandilla (Bruch, 1989; Frankel, 1990; Ishiyama, 1984; Kazdin, 1988); otros eventos propios de un contexto social negativo que pueden predisponer o actuar como factores precipitantes del inicio de la FS como los cambios de residencia, una hospitalización temprana y toda exposición abrupta a situaciones altamente estresantes (Funke, Schlange y Ulrich, 1978) como el cambio de colegio o la actuación forzada ante otras personas.

- *Variables orgánsmicas que conllevan vulnerabilidad elevada.* Así mismo, los autores proponen cuatro grandes grupos de variables orgánsmicas que entrañarían una vulnerabilidad elevada: los determinantes biológicos (con carácter evolutivo o no evolutivo); los factores de personalidad entre los que se señalan la introversión y el neuroticismo elevados (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Echeburúa y Salaberría, 1999; García-López, 2000; Leary y Kowalski, 1993; Marks, 1970; Ruiz, 2003), y que implicarían una alta probabilidad de que el sujeto se repliegue hacia sí mismo iniciando conductas de escape y evitación, a lo que se uniría un exceso de (auto)crítica respecto a la propia actuación, la implicación en la relación,...; las relaciones entre hermanos en el seno de la propia familia; las historias previas de timidez o mutismo selectivo o la presencia de trastornos comórbidos. Los autores señalan que todas estas variables orgánsmicas relevantes permitirían comprender por qué unos chicos y chicas, y no otros, pese a compartir historias muy similares en el contexto familiar, económico, educativo y cultural, pueden terminar presentando un trastorno tan incapacitante como puede llegar a ser la FS en su modalidad generalizada (Caballo, Andrés y Bas, 1997; Olivares, Maciá y Méndez, 1993; Olivares, Rosa y García-López, 2004). En este sentido, para situar el inicio de la FS los autores sostienen que dependerá de la delimitación del concepto, puesto que, aunque entre los 2 y 3 años de edad ya pueden identificarse repuestas de miedo intenso y malestar a situaciones sociales en las que el comportamiento del niño ha sido criticado o sometido a desaprobación, para el diagnóstico clínico requiere el pleno desarrollo de la capacidad de auto-observación y reflexión y esto raramente ocurre antes de los 8-9 años de edad. Según el modelo, toda esta vulnerabilidad asociada al inicio, predispondrá a la aparición de la FS y mediará en el aprendizaje del sujeto a relacionarse y actuar socialmente.

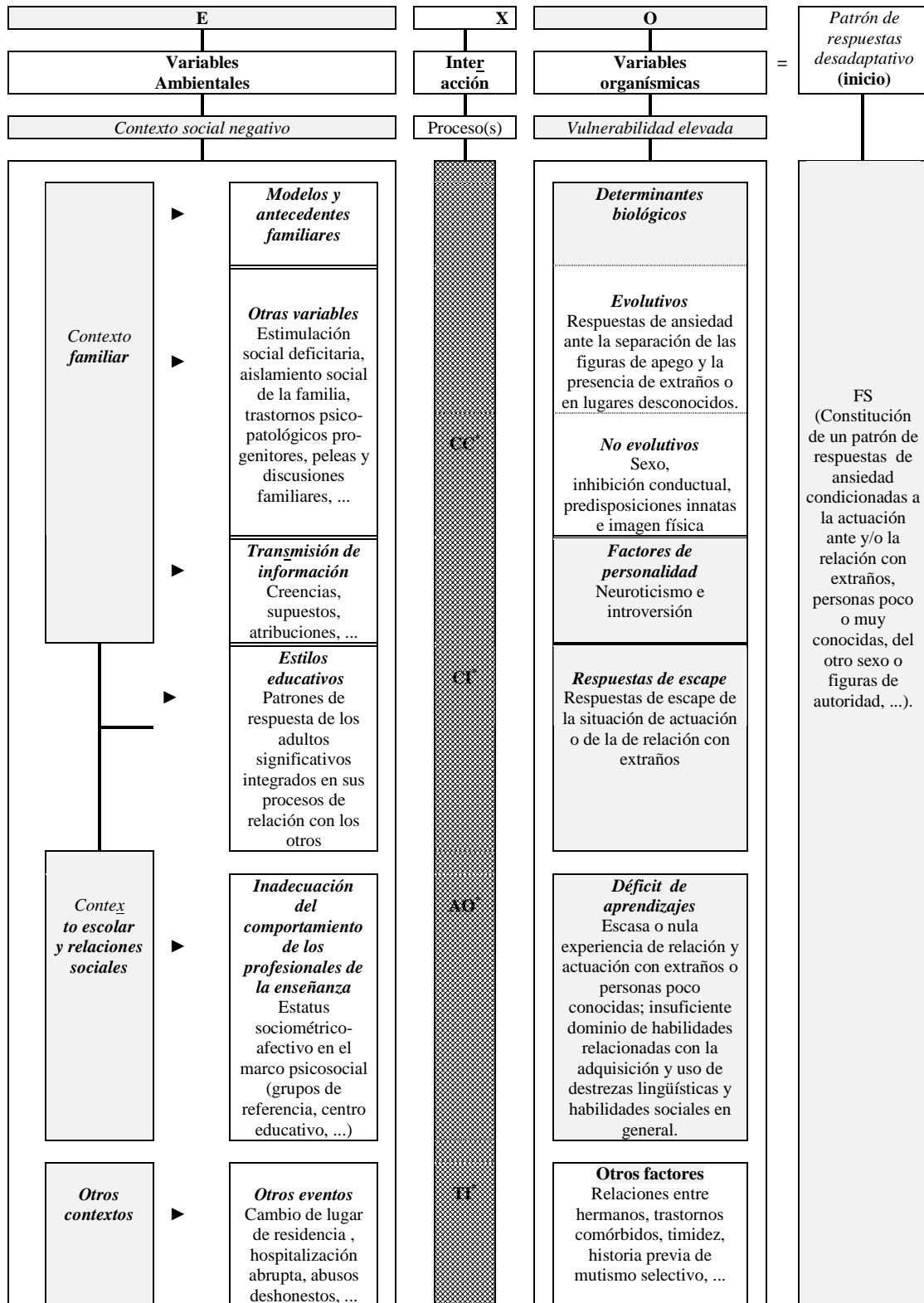
Los autores suponen, que, según el modelo propuesto, tal asociación puede darse participando distintos procesos (Hoffmann, Newman, Elhers y Roth, 1995; Mulkens y Bögels, 1999; Öst y Hugdahl, 1981; Rachman, 1978; Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995; Turner, Beidel, Long y Greenhouse, 1992), de forma abrupta o gradualmente. En ambos casos la interacción reforzará negativamente al sujeto por el alivio que conlleva el cese o la reducción de la estimulación aversiva contingente con la respuesta de escape parcial o total (huida) de la situación. Del mismo modo, el modelo contempla también la posibilidad de que tales situaciones aversivas se correspondan, por similitud, con los contenidos de la transmisión de información con la que

progenitores y otros adultos significativos (profesores, abuelos, tíos, etc.) han pretendido ir orientando el comportamiento de los infantes y los adolescentes. No obstante, esta asociación se percibiría como un estado/sentimiento con una intensidad aversiva lo suficientemente elevada como para sellar la relación entre el patrón de respuestas que integran la denominada conducta social fóbica y la situación social desencadenante.

El modelo sostiene que, a partir de ahora, prevenir la ocurrencia de tal estado será la principal preocupación del sujeto; tal preocupación se presupone tanto más intensa cuanto mayor sea el grado de incertidumbre del fóbico social sobre los efectos de su comportamiento en los demás y la valoración que éstos hagan de aquellos. Tal y como refleja la figura III.4., la asociación quedará establecida entre esa situación o situaciones y un patrón de respuestas neurovegetativas, musculares y cognitivas relativas a los supuestos, creencias y atribuciones disfuncionales (véase figura III.4.). Este proceso de asociación puede dar lugar directamente a la FS, de forma repentina (situación intensamente estresante) o de manera insidiosa, a través del desarrollo de la timidez u otras modalidades de ansiedad social sin significación clínica, que paulatinamente pueden ir progresando y/o predisponiendo hasta que se cumplan los criterios clínicos requeridos para el diagnóstico de la FS, que según los conocimientos epidemiológicos de los autores parece ocurrir con mucha más frecuencia entre los 14 y 16 años (Olivares, Caballo et al., 2003). Desde el punto de vista de los autores del modelo, el miedo no es a la evaluación negativa que puedan realizar tanto sus padres como sus compañeros, personas del otro sexo o figuras de autoridad, pues la evaluación negativa es el efecto, la consecuencia, por no responder adecuadamente a la situación o por no saber “con total certeza” si están respondiendo adecuadamente. El modelo propone tres fases relevantes en la FS:

- *Fase de Desarrollo de la FS.* Según el modelo, una vez constituido el patrón de respuestas de ansiedad condicionada a las situaciones sociales de actuar o relacionarse con otros, empezaría a funcionar y a retroalimentarse el bucle que los autores sostienen en la mencionada figura 2.

Figura III.3. Génesis de la Fobia Social



AO = Aprendizaje observacional TI = Transmisión de información CI = Condicionamiento instrumental CC = Condicionamiento clásico

*El orden en que se presentan no obedece a ningún razón, es arbitrario.

A partir de ese momento, si el sujeto se expone a una situación temida, esta situación pasará a tener más connotaciones negativas que positivas. Como consecuencia de esto, el sujeto reaccionará inadecuadamente y de manera excesiva, cuya expresión máxima dará lugar a la señal de alarma más intensamente desagradable que se conoce: el ataque de pánico. A partir de entonces, se activará el estado de alerta máxima ante toda situación social potencialmente peligrosa y se desencadenará la correspondiente alarma ante la aparición de respuestas fisiológicas, cognitivas y/o motoras que se hayan asociado a la situación social temida. De la misma forma, en la medida en que se incremente la generalización espacial/situacional y temporal, el modelo también postula que se incrementará la incertidumbre del sujeto ante la posibilidad de recibir castigo por parte de (los) interlocutores o la audiencia. Esa consolidación y generalización hará percibir al sujeto un grado de control inversamente proporcional a la fortaleza de éstas, especialmente con respecto a sus propias respuestas y las de sus interlocutores o audiencia, es decir, lo que puede ocurrir en la situación. El gradiente de incertidumbre se hipotetiza proporcional al de la generalización y será menor en las fobias denominadas específicas o circunscritas, bien sean de actuación o de relación. En las situaciones de actuación el sujeto puede controlar parcialmente la magnitud de la intensidad de la incertidumbre mediante respuestas de escape (motoras y/o cognitivas), sin embargo, al no estar referida al comportamiento propio, en las situaciones de relación la incertidumbre no se reduce sólo a la posibilidad de que se descontrolen las respuestas propias sino que también incluye las de los otros. Para el modelo es la incertidumbre (I), la dimensión básica de referencia para operacionalizar el constructo "FS", hipotetizándose el miedo a la evaluación negativa (MEVN) como una función de ésta: $MEVN = f(I)$.

Según esto, después de la exposición a una o varias situaciones sociales donde se ha pasado mal o muy mal, la asociación iniciaría su consolidación y generalización. Tal malestar dependerá entonces de la intensidad de la asociación entre situación y patrón de respuestas de ansiedad. Sería entonces cuando, debido al intenso malestar experimentado el sujeto empezaría a temer también por las repercusiones en el juicio de los demás de aquellas respuestas catalogadas por éste como inadecuadas e indeseables. Desde la propuesta de los autores, el miedo a ser evaluado negativamente, de acuerdo a normas y modelos extremos de comportamiento, a ser considerado "enfermo", a "que piensen mal de mi", se hipotetiza determinado por un estado carencial de refuerzo social

y un exceso de crítica negativa que terminará siendo autocrítica negativa, fundamentalmente. Tanto la incertidumbre generada por la falta de retroalimentación “creíble” proveniente del medio social, como la duda sobre la propia capacidad para adecuar su comportamiento a los ideales normativos adquiridos, se terminaría convirtiendo, tal como indican los autores, en la dimensión más relevante a la hora de dar cuenta de la preocupación excesiva e inadecuada del estado permanente de máxima alerta cuando se ha de estar o se está en una situación social.

La intensidad del malestar desencadenado por la incertidumbre se relaciona de forma directa tanto con el tipo de situación como respecto de quién está o puede estar y cómo lo percibe el sujeto (Rapee y Heimberg, 1997). Según los autores, dicha intensidad estará determinada también por: (i) las dimensiones propias de la situación, (ii) las características de los interlocutores o espectadores y (iii) el modo en que se vaya a producir la relación o actuación.

Durante el proceso de desarrollo de la asociación cada vez se atiende menos a lo que realmente ocurre y se va centrando la atención en las señales de peligro que provienen primero, de uno mismo (descontrol) y después de la situación. Los autores hipotetizan en su propuesta que el “ensimismamiento” del sujeto y el consiguiente “autoaislamiento” progresivo de las situaciones sociales son variables que también propician el desarrollo del estado de incertidumbre en el sujeto. En el modelo, la relación entre el ensimismamiento, el aislamiento y la incertidumbre se establece en razón a que la focalización selectiva y progresiva de la atención hacia la información externa e interna potencialmente amenazante y el “autoaislamiento” irían bloqueando progresivamente el proceso de afrontamiento (coping). Según esto, el bloqueo sería responsable de la reducción progresiva de la información generada por la retroalimentación producida por la actuación del sujeto. Para los autores, el incremento de la incertidumbre se ha evidenciado como un potente catalizador de la actividad autónoma y endocrina (figura 3). Los autores proponen en el modelo que las respuestas de exposición “a medias”, defensivas o de escape parcial, cuyo efecto es reducir la incertidumbre, aparecen como intentos de eliminar o reducir el malestar experimentado en la situación social. En opinión de los autores, la huida brusca o respuesta de escape total puede tener su origen bien en situaciones sociales intensamente ansiosas o, en la suma de experiencias sociales negativas de moderada intensidad ansiosa. El modelo postula en ambos casos que el efecto es que los sujetos previamente vulnerables

empiezan a escapar de tales situaciones de forma repentina, brusca e inesperada para los demás, en vez de continuar enfrentándose a las situaciones sociales que temen manteniendo el problema.

- *Fase de Mantenimiento de la FS*. La propuesta hipotetiza que una vez iniciado el proceso, bien de forma progresiva e insidiosa o repentina y abrupta (figura III.5.), la intensidad de la incertidumbre y el defecto que genera va incrementándose: el temor a la actuación y a la relación con otros.

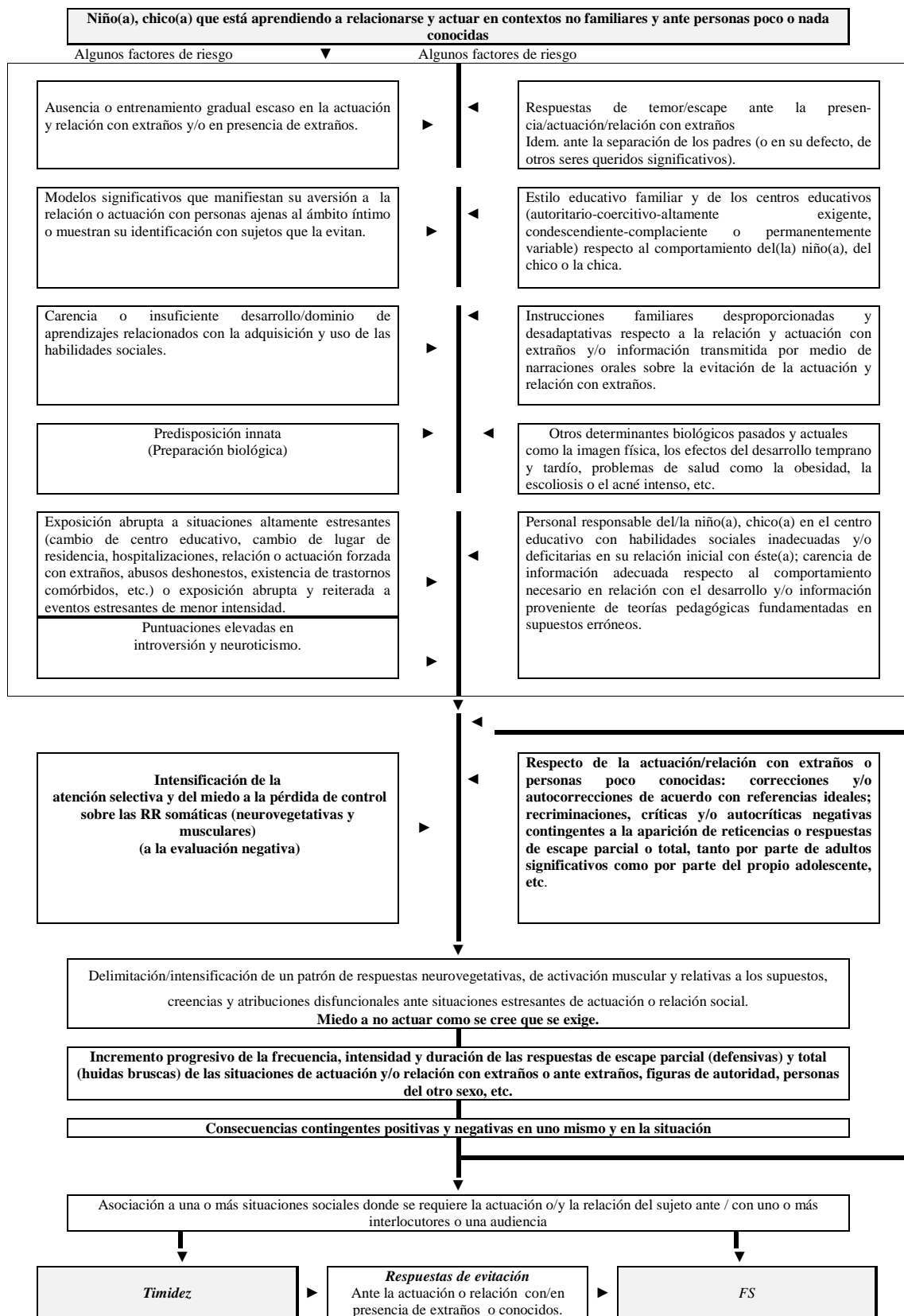
Desde el modelo, se sostiene que la respuesta de alerta se desencadenará no solo por la exposición a la situación social temida (Barlow, 1988; Hofmann y Barlow, 2002), sino que tendrá lugar un patrón de respuestas desadaptativo similar, al evocarla o imaginarla (figura III.5.).

En el modelo, los autores indican que estas respuestas de escape parcial o total terminan derivando en una evitación de tales situaciones, lo cual le llevará al aislamiento social y a todas las consecuencias de este hecho que se derivan. La propuesta de Olivares y Caballo sostiene que la valoración de la “impresión” que tienen los fóbicos sociales sobre el modo en que los perciben los demás puede resultar un indicador indirecto para estimar la intensidad del miedo al descontrol, a la evaluación negativa, como la de la propia focalización de la atención, que los autores estiman relevante de cara al pronóstico de la eficacia de la autoexposición.

El modelo delimita el “miedo a la evaluación negativa” como la Probabilidad de Evaluación Negativa Percibida (PEVN), que los autores postulan como una función del producto entre el grado de Descontrol Percibido en uno mismo (DCP) y la Valoración Subjetiva de la Exigencia (VSE) atribuida a la situación [$PEVN = f(DCP \times VSE)$]. Los autores operacionalizan la Intensidad de la Focalización de la Atención (IFA) hacia las señales externas e internas percibidas como amenazas, como una función del producto entre la PEVN y la intensidad estimada del malestar generado por las Experiencias Negativas Previas (IENP) en situaciones similares [$IFA = f(PEVN \times IENP)$]. Según los autores, las causas por las que independientemente de cómo se actúe, el sujeto va a atender a aquello que teme, son: el hecho de negar o no valorar la retroalimentación positiva de los demás, la escasez de retroalimentación contingente, y el procesamiento

disfuncional producido porque el adolescente con FS, como todo humano con capacidad de prestar atención limitada, tiene que “procesar información en paralelo”.

Figura III.4. Desarrollo de la Fobia Social



Todo ello, según la propuesta, confirmará e incrementará en el sujeto sus interpretaciones negativas erróneas, así como sus expectativas negativas y la propia ansiedad preatencional (Mogg y Bradley, 2002), que una vez archivado en su recuerdo volverá a activarse cada vez que tenga que actuar ante los demás o relacionarse con otros en las situaciones sociales temidas, las imagine u oiga hablar de ellas. Siguiendo el modelo, el proceso pasará ahora a retroalimentarse a sí mismo, a consolidarse y generalizarse cada vez más.

Con respecto a las implicaciones del modelo en lo relativo a las clases o subtipos del trastorno, los autores ubican el continuo “Ausencia de ansiedad social negativa- Ansiedad social negativa extrema” o “ “Sujeto sin FS- Sujeto con trastorno de personalidad por evitación” en el contexto relativo a la dimensión “incertidumbre”, desarrollada y mantenida por la reducción progresiva de la exposición durante el tiempo suficiente para obtener retroalimentación de la actuación/relación ante o con los otros en la situación social y reducir hasta valores tolerables la activación neurovegetativa y muscular.

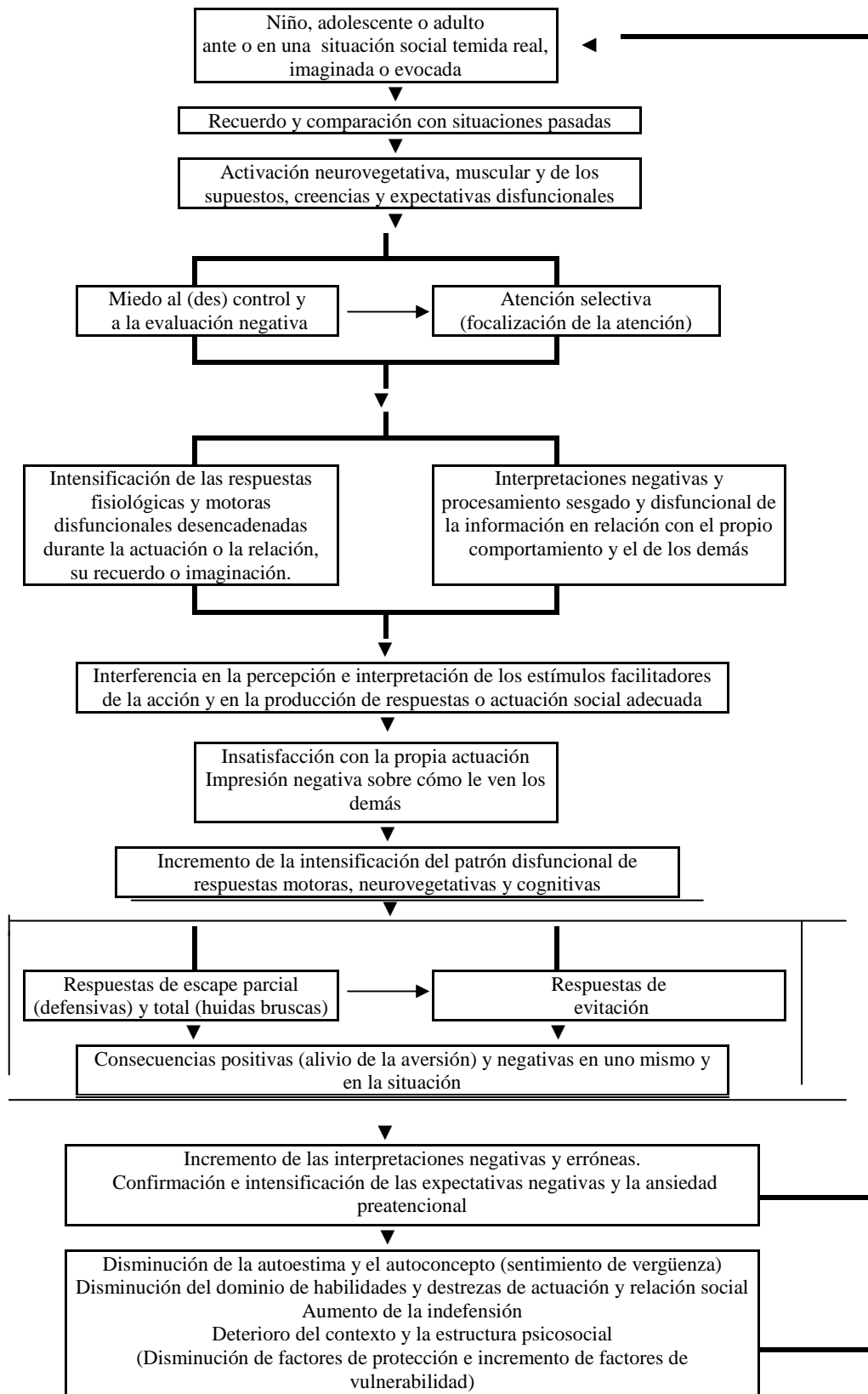
Los autores distinguen primero, entre FS de actuación y relación (en la línea propuesta por Turner, Beidel y Townsley, 1992) y, después, entre FS específica y generalizada (APA, 1994 y 2000). Desde el modelo de Olivares y Caballo, actuación y relación no son cualitativamente diferentes, pero sí conllevan intensidades de incertidumbre distintas, interfieren de modo significativamente distinto en la actividad cotidiana del sujeto y generan diferentes intensidades de padecimiento subjetivo. Los autores suponen que el incremento del gradiente de incertidumbre corre parejo con el de la generalización temporal y situacional, y debido a ello entienden que éste será menor en las fobias de actuación y cuando sólo exista una fobia circunscrita de relación. Así, el modelo propone, en estos casos, un incremento aditivo de la intensidad de la incertidumbre al tratarse de situaciones en las que, al menos parcialmente, ésta se concreta en la posibilidad de control de las respuestas propias y donde la posible actuación activa de otro individuo se limita a una situación concreta. Sin embargo, los autores hipotetizan que el gradiente de incertidumbre se incrementará multiplicativamente en las fobias de relación ya que en este caso, la incertidumbre deja de estar circunscrita al posible descontrol de las propias respuestas o a la no efectividad de las respuestas de escape parcial. En consecuencia, la propuesta de los autores asume que el grado de malestar e interferencia generado por las situaciones sociales que están

mediadas por la necesidad de relación social será mayor que el producido por aquellas otras que están referidas a situaciones en las que la relación directa con el otro no es necesaria (actuación). Además, los autores entienden que el malestar y la interferencia serán tanto mayores cuanto mayor sea el número de situaciones sociales fóbicas en las que esté implicada la relación del sujeto con otros. El modelo propone clasificar las situaciones sociales siguiendo con las propuestas de Turner, Beidel y Townsley (1992): categoría relativa a la actuación (hablar en público, comer o beber en público, escribir delante de otros, etc.) y categoría relativa a la relación (hablar con desconocidos, iniciar una conversación, pedir algo a alguien, etc.). Los autores asumen la delimitación de la FS, en función del grado de participación directa del otro u otros, en FS de actuación y FS de relación; dentro de esta última distinguen en razón al grado de interferencia y malestar entre FS levemente generalizada, moderadamente generalizada y gravemente generalizada (Olivares y García-López, 2002; Olivares et al., 2003). Para el diagnóstico de FS levemente generalizada, o primer nivel de la intensidad de la incertidumbre, los autores requieren la ocurrencia como mínimo de dos situaciones fóbicas y como máximo de cinco, de las que al menos dos han de ser de relación. Para el segundo nivel conviene que se han de presentar entre seis y diez situaciones sociales fóbicas, siendo al menos dos de ellas de relación. Finalmente, los autores convienen que para que un sujeto sea encuadrado en el tercer nivel de incertidumbre catalogado como “FS gravemente generalizada”, éste ha de presentar fobia ante más de diez situaciones sociales, de las cuales al menos dos han de ser de relación. De acuerdo con lo planteado por los autores, si un sujeto sólo presenta fobia a una situación social, ésta será clasificada en el subtipo “FS específica”, requiera o no de relación con los demás y si un sujeto presentara seis situaciones fóbicas siendo sólo una de ellas de relación, también sería adscrito al subtipo “FS específica” puesto que el gradiente de incertidumbre como el grado de malestar y la interferencia asociadas sólo estaría circunscrito a la ocurrencia de esas situaciones concretas, no se encontraría generalizado al estar reducida a mínimos la necesidad de la participación activa y directa del sujeto.

En relación con el tratamiento, en el modelo, se sostiene que una situación resultará peligrosa para el fóbico social en la medida en que desencadene una alteración aversiva en sus sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico, motor), siendo ésta percibida tanto más peligrosa cuanto mayor sea la intensidad aversiva de la alteración. Teniendo en cuenta esto, los autores hipotetizan que esta alteración guarda relación directa con el

grado de (auto)descontrol e incertidumbre percibidos, por lo que, una vez establecida esta relación, la intensidad del malestar experimentado será también función directa del grado de incertidumbre e inversa al grado de control que el sujeto con FS crea tener sobre sus respuestas en tales situaciones. Por ello, el modelo también postula que como consecuencia de la incertidumbre, el sujeto con FS termina teniendo como referencia de actuación en situaciones sociales modelos de (auto)exigencia “ideales”, rígidos y exclusivos respecto a la excelencia en la adecuación y pertinencia de las respuestas. Así, según la propuesta de Olivares y Caballo, se entiende que los tratamientos psicológicos serán tanto más eficaces cuanto más se maximice en ellos la exposición a las situaciones temidas y la producción y contraste de actuación variadas y alternativas a las tenidas como referencia. Esta técnica permite que el sujeto con FS entre en contacto de manera activa con las situaciones sociales temidas y evitas, logrando que se enfrente de forma directa a sus miedos y permaneciendo en tales situaciones hasta que la ansiedad decrece (Rosa, Olivares, y Méndez, 2004). Se mantiene entonces que, en defecto de la prevención, la detección e intervención temprana será más eficiente que el tratamiento tardío, al existir menor consolidación y generalización de los efectos de los aprendizajes que generan, desarrollan y mantienen el trastorno. Por último, los autores defienden con su propuesta que se beneficiarán más del tratamiento los sujetos con FS específica que los que presentan FS generalizada, y dentro de esta última, se beneficiarán más los sujetos con FS levemente generalizada que los que presentan FS moderada y gravemente generalizada.

Figura III.5. Consolidación y generalización: el mantenimiento



III.2. TEORÍAS NEUROBIOLÓGICAS

El número de estudios sobre el posible substrato neurobiológico de la FS ha ido aumentando durante esta última década de una manera exponencial. Desde los primeros trabajos sobre la posible implicación del sistema noradrenérgico en la FS, hasta los más recientes estudios de neuroimagen, las distintas investigaciones han tenido como objetivo clarificar el posible papel de las bases psiconeurobiológicas en este trastorno de la conducta.

III.2.1. ESTUDIOS DE SISTEMAS DE NEUROTRANSMISIÓN

III.2.1.1. Sistema Noradrenérgico

El posible papel de este sistema en la génesis de la FS se hipotetizó en base a la evidencia disponible que indicaba que las respuestas psicofisiológicas que experimentan los sujetos con FS (taquicardia, rubor o temblor) eran similares a las que se presentaban en una disfunción del sistema noradrenérgico tras producirse una sobreactivación de los receptores β de este sistema (Nickell y Uhde, 1995).

Otro dato que apoyaba la posible influencia de este sistema en la FS se halla en el hecho de que en algunos casos los sujetos a los que se ha administrado un antagonista β -adrenérgico (p.ej., propanolol) han mostrado una disminución de las respuestas de ansiedad social, lo cual hizo pensar que estos sujetos podían liberar una mayor cantidad de adrenalina o bien ser más sensibles a la estimulación adrenérgica (v.gr., Miner y Davidson, 1995). Sin embargo, investigadores como Papp et al. (1988) no encontraron resultados que permitieran corroborar esta hipótesis, ya que tras administrar adrenalina de forma intravenosa a 11 sujetos con FS, sólo uno de ellos experimentó respuestas de ansiedad. De igual modo, Stein et al. (1993) tampoco hallaron diferencias en sujetos con FS generalizada ni en la densidad ni en la afinidad de los receptores β en linfocitos así como tampoco observaron diferencias en los niveles de noradrenalina, pese a que en un estudio previo sí habían encontrado un incremento en los niveles plasmáticos de noradrenalina como respuesta a un cambio ortostático (Stein et al., 1992).

En la línea de los estudios anteriores, Levin et al. (1993) tampoco hallaron diferencias significativas ni en la tasa cardiaca ni en el nivel de adrenalina, noradrenalina o cortisol en plasma entre un grupo compuesto por sujetos con FS y otro integrado por sujetos pertenecientes a un grupo control.

Asimismo, se ha utilizado la respuesta de la hormona del crecimiento a la administración de la clonidina como marcador de la función noradrenérgica, puesto que la clonidina produce el incremento de los niveles de la hormona del crecimiento (Michel y Ernsberger, 1992). De este modo, estos autores señalan que si existe una disfunción en el sistema noradrenérgico, entonces tras la administración de la clonidina debería producirse una elevación significativa de los niveles de la hormona del crecimiento en los sujetos con FS. Los resultados de los dos estudios llevados a cabo hasta el momento proporcionan un apoyo parcial a esta hipótesis. Tancer et al. (1993) compararon tres grupos: uno compuesto por sujetos con FS, otro por sujetos con trastorno de pánico y un tercero integrado por sujetos sin ningún trastorno psicopatológico. Los resultados mostraron que hubo diferencias significativas en el nivel de la hormona del crecimiento entre el grupo control y el grupo de sujetos con FS. Este resultado contrasta con el obtenido por estos autores en un segundo estudio, en el cual no se han hallado diferencias significativas en el nivel de la hormona del crecimiento en los sujetos con FS frente a los sujetos del grupo control (Tancer, Stein y Uhde, 1995).

A la vista de estos resultados, no parece clara la existencia de una disfunción del sistema noradrenérgico en los sujetos con FS.

III.2.1.2. Sistema Dopaminérgico

El interés acerca de la posible implicación del sistema dopaminérgico en la etiología de la FS surge a partir de los trabajos publicados sobre la eficacia mostrada por los IMAOS en el tratamiento psicofarmacológico de la FS (véase capítulo V). Esto ha llevado a que algunos autores aboguen por la presencia de una disfunción dopaminérgica en los sujetos con este trastorno (v.gr., Uhde, Tancer, Black y Brown, 1991).

Ésta hipótesis no ha encontrado verificación en los resultados del estudio de Tancer et al. (1995). Estos autores diseñaron un experimento en el que se tomaron como variables dependientes de la actividad dopaminérgica la respuesta de la prolactina a la administración de la levodopa y la tasa de parpadeo de los ojos. Este trabajo no ha permitido hallar diferencias significativas entre sujetos con FS y los sujetos del grupo control en ninguna de las variables analizadas.

Por el contrario, utilizando un análogo a la cocaína marcado con yodo radiactivo [123]- β -CIT] para medir la densidad de los lugares de la recaptación de la dopamina, Tiihonen et al. (1997) han hallado que los sujetos con FS generalizada presentan diferencias en la captación estriada de [123]- β -CIT] respecto al grupo control.

Recientemente, Schneier et al. (1999), encuentra anomalías en la transmisión en el sistema dopaminérgico, en concreto los receptores D2, datos que caminan en el sentido de los trabajos de Tiihonen et al. (1997). Aún reconociendo que en el estudio el número de sujetos es escaso, parece que la baja actividad de la dopamina en el estriado hace pensar a Schneier et al. en una posible relación con el padecimiento de FS.

Por tanto, con la información disponible no podemos sostener la hipótesis que postulaba que los sujetos con FS presentan una disfunción del sistema dopaminérgico. Los trabajos futuros deberían dirigirse al estudio de la existencia de diferencias en el funcionamiento del sistema dopaminérgico en sujetos con trastornos de ansiedad intentando centrar la investigación en las respuestas de ansiedad ante estímulos amenazantes que, en el caso de la FS, tendrían que ver con situaciones sociales (actuación o relación)

III.2.1.3. Sistema Serotonérgico

Al igual que en el apartado anterior, el papel del sistema serotonérgico en la FS se empezó a estudiar como consecuencia de eficacia obtenida por algunos neurotransmisores, en este caso por los ISRS y los agonistas 5HT_{1A} en el tratamiento de este trastorno (Sheehan et al., 1993; Paniccia y Rapaport, 1995). Sin embargo, los resultados de los estudios que lo han investigado muestran resultados contradictorios. En primer lugar, Stein et al. (1995) no han encontrado diferencias entre sujetos con FS y los sujetos de un grupo control respecto a la densidad de los lugares de la recaptación de ³H-paroxetina (un marcador indirecto de la actividad serotonérgica central).

En segundo lugar, Tancer et al. (1995) han utilizado la respuesta del cortisol y de la prolactina a la administración de la fenfluramina como medidas de la actividad serotonérgica. Los resultados no han mostrado diferencias entre el grupo de sujetos con FS vs. control en la respuesta de la prolactina a la administración de la fenfluramina, pero en cambio, los sujetos con FS han presentado un incremento estadísticamente

significativo en la respuesta del cortisol a la administración de la fenfluramina en comparación con la del grupo control.

Recientemente, Hollander et al. (1998) han efectuado un estudio sobre el efecto de la m-clorofenilpiperacina, comparándola con la administración de placebo, en tres grupos: uno compuesto por sujetos con FS, otro integrado por sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo y un grupo control. Los resultados indican que se observa una respuesta más fuerte del cortisol a la m-clorofenilpiperacina en el primer grupo frente al grupo control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, especialmente en el género femenino.

A la luz de estos datos, a día de hoy tampoco existe una evidencia suficiente que permita inclinar la balanza hacia la presencia de una disfunción o de un funcionamiento normal del sistema serotoninérgico en los sujetos con FS.

III.2.2. ESTUDIOS DEL SISTEMA NEUROENDOCRINO

En este punto vamos a examinar los trabajos neuroendocrinológicos relativos al eje hipotalámico-pituitario-adrenal y a los del eje hipotálamo-pituitario-tiroideo.

Respecto a los primeros, se encontraron niveles normales de cortisol en sujetos adultos con FS vs. sujetos de un grupo control tras emplear medidas de cortisol libre (Potts, Davidson, Krishnan, Doraiswamy y Ritchie, 1991) y el test de la dexametasona (Uhde, Tancer, Gelernter y Vittone, 1994). Por el contrario, se ha hallado que niños que presentan timidez muestran niveles de cortisol más elevados que niños no tímidos (Flinn y England, 1997; Schmidt et al., 1997).

También en población infantil, Tenner y Kreye (1985) observaron que un incremento de cortisol libre en orina podía predecir respuestas de ansiedad e inhibición ante situaciones sociales. Además, Kagan y Snidman (1991) encontraron que valores altos de cortisol predecían conductas de inhibición en el 78% de la muestra. Por ello, estos autores postulan que en los niños con inhibición conductual el eje hipotalámico-pituitario-adrenal produce una respuesta de ansiedad ante situaciones mínimas de estrés. A pesar de ello, ninguno de los trabajos expuestos anteriormente han probado la existencia de una disfunción de este eje en los sujetos con FS.

En relación al segundo eje, Tancer, Stein, Gelernter y Uhde (1990) informaron que los sujetos con FS presentaban niveles similares de T3, T4, T4 libre y TSH en comparación con los sujetos control. Sin embargo, cuando en otro estudio estos mismos autores examinaron el efecto de la hormona estimuladora del tiroides en la presión sanguínea y la tasa cardíaca en sujetos con FS, sujetos con trastorno de pánico y un grupo control, hallaron que los sujetos con FS presentaban diferencias significativas en la presión sanguínea sistólica y la tensión arterial respecto del grupo control, por lo que a la luz de la información disponible no se puede descartar la existencia de una hiperactivación autónoma en los sujetos con FS (Tancer, Stein y Uhde, 1990).

III.2.3. ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN

Hasta la fecha se han llevado a cabo seis estudios: dos utilizando la técnica de resonancia magnética espectroscópica, uno empleando resonancia magnética por imágenes, otros dos aplicando topografía computarizada por emisión de fotones simples y uno haciendo uso de tomografía de emisión de positrones.

En un estudio con resonancia magnética espectroscópica, Davidson et al. (1993) hallaron que los sujetos con FS, respecto de los sujetos del grupo control, presentaban valores significativamente inferiores en: (a) la relación N-acetil-aspartato/colina y la relación N-acetil-aspartato/creatinina y (b) los valores de la relación señal-ruido para colina y creatinina en el tálamo y el núcleo caudado. Además, estos autores encontraron que la actividad de la colina y creatinina disminuía según se incrementaba la severidad de las respuestas de ansiedad social. A la vista de estos datos, Davidson y cols. sugirieron que los sujetos con FS presentaban una menor actividad metabólica en el sistema nervioso central, en el área de los ganglios basales, sustancia blanca y en otras estructuras de la sustancia gris cortical y no cortical, como es el tálamo.

Para Bousoño, Sáiz, Jiménez y Fernández (1999), la disminución de la relación N-acetil-aspartato/colina y la relación N-acetil-aspartato/creatinina podría reflejar que, además de una menor actividad metabólica, en los sujetos con FS existiría un menor número de neuronas o una menor actividad neuronal. Igualmente, según estos autores, la reducción de la colina podría ser una respuesta adaptativa a una alteración de la actividad serotoninérgica o dopaminérgica, ya que la actividad de las colinas está modulada por estas otras aminas.

En un estudio posterior, Tupler et al. (1997) intentaron replicar los resultados del trabajo de Davidson y cols, para lo cual se aumentó el espectro de metabolitos estudiados al incluir el mioinositol. Por otra parte, el avance de la tecnología de la resonancia magnética permitió estudiar la actividad cerebral cortical, algo que la técnica no había permitido hacer en el anterior trabajo.

Los resultados han mostrado que los sujetos con FS, respecto a los del grupo control, presentaban diferencias en: (a) la relación N-acetil-aspartato/colina, siendo esta relación menor en los sujetos con FS, (b) la relación colina/creatinina/mioinositol y la relación mioinositol/N-acetil-aspartato, las cuales han sido superiores en los pacientes con FS. Los datos obtenidos en este estudio también sugieren que una mayor severidad de las respuestas de ansiedad social estaría relacionada con una menor amplitud de la colina y del mioinositol en la sustancia gris talámica y en las áreas vecinas.

Estos resultados contrastan por los hallados por Potts, Davidson, Krishnan y Doraiswamy (1994) empleando como técnica de evaluación la resonancia magnética por imágenes. Estos autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el tamaño del núcleo caudado ni del putamen ni del tálamo en un grupo de sujetos con FS respecto a sujetos de un grupo control.

Utilizando también la técnica de resonancia magnética por imágenes, Schneider et al. (1999) han examinado la actividad cerebral durante los procesos de habituación, adquisición y extinción de acuerdo con los postulados del condicionamiento clásico. La muestra estaba compuesta por 12 sujetos con FS y otros tantos sin este trastorno. Los resultados muestran diferencias significativas entre ambos grupos en la amígdala y el hipocampo durante el proceso de adquisición, si bien estas diferencias desaparecen durante la fase de extinción.

Por otra parte, un estudio realizado con topografía computarizada por emisión de fotones simples, utilizando como radiotrazador el HMPAO, no ha detectado diferencias en la circulación sanguínea del cerebro en sujetos con FS generalizada, respecto a los sujetos del grupo control (Stein y Leslie, 1996). Este resultado contrasta con el hallado por Tiihonen et al. (1997) empleando como herramienta también la topografía computarizada por emisión de fotones simples. Estos autores han investigado la posible disfunción del sistema dopaminérgico en los sujetos con FS generalizada, midiendo

para ello la densidad de los lugares de la recaptación de dopamina. Los resultados ponen de manifiesto que los sujetos con FS generalizada han presentado una menor captación de dopamina en el núcleo estriado que los sujetos del grupo control. Además, esta menor captación ha ocurrido en todo el núcleo estriado, por lo que los resultados obtenidos en este estudio parece que no podrían ser debidos a un menor tamaño del ganglio.

Respecto a los resultados obtenidos con el uso de la tomografía de emisión de positrones, Nutt, Bell y Malizia (1998) utilizaron agua marcada con un isótopo del oxígeno ^{15}O para observar los cambios en el flujo sanguíneo en diversas áreas cerebrales, las cuales se corresponderían con cambios en la actividad neuronal. Estos autores observaron que ante una lectura de una situación social, los sujetos con FS presentan un incremento en el flujo del córtex prefrontal dorsolateral derecho y en el córtex parietal izquierdo, áreas importantes en las respuestas afectivas, lo que no ocurrió con los sujetos del grupo control. Según los autores, este dato podría indicar la posible existencia de circuitos neuronales que desempeñan un papel en el trastorno de ansiedad social.

Dada la discrepancia de los resultados, resulta necesario seguir investigando para clarificar el posible papel que pueden desempeñar las alteraciones cerebrales en la génesis de la FS. A día de hoy no es posible concluir nada a este respecto.

III.2.4. ESTUDIOS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO

En primer lugar, Rapaport y Stein (1994) examinaron la posible existencia de una relación entre FS y el sistema inmunológico. Para ello emplearon dos medidas: los niveles del “serum interleukin-2 (IL-2)”, un potente modulador del sistema nervioso central e inmunológico y los niveles del “soluble interleukin-2 receptors (SIL-2Rs)”, un marcador de la activación de las celdas-T. La muestra empleada fue un grupo integrado por sujetos con FS generalizada y otro compuesto por sujetos sin ningún trastorno psicopatológico. Los resultados revelaron la no existencia de diferencias significativas entre ambos grupos.

En esta línea, en comparación con los del grupo control, Rapaport (1998) ha encontrado que los sujetos con FS presentan niveles similares de marcadores al fenotipo

circulando en los linfocitos. Dada la información disponible, cabe concluir señalando la inexistencia de disfunciones en el sistema inmunológico en los sujetos con FS.

SÍNTESIS

La mayoría de trabajos se han realizado basándose en la eficacia que parecen haber mostrado algunos neurotransmisores (IMAOs, ISRS, betabloqueantes, etc.) para disminuir las respuestas de ansiedad social (Nicholas y Tancer, 1995). De acuerdo con estos datos, se sugirió que los sujetos con FS podían presentar algún tipo de disfunción en los sistemas de neurotransmisión.

A la vista de la disparidad de los resultados de los trabajos llevados a cabo, no parece existir ningún dato que permita asegurar la presencia de algún tipo de disfunción o malfuncionamiento del sistema noradrenérgico, dopaminérgico o serotoninérgico en la génesis de la FS. En un intento de arrojar luz, Davidson (1998) ha hipotetizado que el subtipo generalizado de FS sería resultado de una disfunción de los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico, mientras que la FS específica sería consecuencia de un malfuncionamiento del sistema nervioso autónomo. Los estudios que se lleven a cabo en el futuro habrán de aportar evidencia que permita verificar o rechazar esta hipótesis.

Al igual que lo observado con los resultados de los estudios sobre los sistemas de neurotransmisión, tampoco los resultados de los trabajos del sistema neuroendocrino permiten dilucidar el posible papel que desempeña este sistema en el origen de la FS. Por otra parte, autores como Bousoño et al. (1999) señalan la importancia de los estudios de neuroimagen de cara a determinar la posible existencia de circuitos neuronales específicos de la FS.

Respecto al papel del sistema inmunológico en la génesis de la FS, hasta el momento ninguno de los trabajos realizados ha encontrado diferencias significativas entre sujetos con FS frente a sujetos sin trastornos psicopatológicos. Una revisión de los resultados de los trabajos citados se halla en la tabla III.2.

En conclusión, teniendo en cuenta los resultados de los estudios llevados a cabo a día de hoy, coincidimos con lo manifestado por el Grupo Internacional de Consenso para Depresión y Ansiedad a la hora de sostener que la investigación del posible papel de la psiconeurología en la FS es “un campo todavía en pañales” (Ballenger, Davidson,

Leclubier y Nutt, 1998), y aunque Li, Chokka y Tibbo (2001) informan de evidencias de disfunciones específicas en los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico y Gabaérgico en estudios realizados con animales y estudios de neuroimagen en humanos implicando al tálamo, estriado, la amígdala y ciertas estructuras corticales, estimamos que sería preciso seguir profundizando en esta línea de trabajo para clarificar la posible función que las variables biológicas pueden desempeñar en el origen y el mantenimiento de la FS.

Tabla III.2. Resumen de las conclusiones de los trabajos sobre psiconeurobiología¹

ESTUDIOS		AUTORES	DISEÑO	CONCLUSIONES
Sistemas de neurotransmisión	Sistema noradrenérgico	Papp et al. (1988) Stein et al. (1992) Stein et al. (1993)	Sujetos con FS Sujetos con FSG FSG vs. Control	Sólo un sujeto muestra una respuesta de ansiedad Incremento de los niveles de adrenalina No hay diferencias ni en los niveles de adrenalina ni en la densidad o afinidad de los receptores β -adrenérgicos No hay diferencias ni en la tasa cardíaca ni en los niveles de adrenalina, noradrenalina o cortisol Diferencias en el nivel de la hormona del crecimiento Diferencias en el nivel de la hormona del crecimiento
		Levin et al. (1993)	FS vs. Control	
		Tancer et al. (1993) Tancer et al. (1995)	FS vs. Control FS vs. Control	
	Sistema dopaminérgico	Tancer et al. (1995)	FS vs. Control	No hay diferencias en la respuesta de la prolactina y la tasa de parpadeo de los ojos Diferencias en la densidad de la recaptación de dopamina
	Sistema serotoninérgico	Stein et al. (1995)	FS vs. Control	No hay diferencias en la densidad de recaptación de paroxetina
		Tancer et al. (1995) Hollander et al. (1998)	FS vs. Control FS vs. Control	No hay diferencias de la respuesta de prolactina a fenfluramina Diferencias de la respuesta del cortisol a la fenfluramina Respuestas más elevadas de cortisol
Sistema neuroendocrino		Potts et al. (1991) Uhde et al. (1994) Flinn y England (1997) Schmidt et al. (1997) Tenner y Kreye (1985) Kagan y Snidman (1991) Tancer et al. (1990) Tancer et al. (1990)	FS vs. Control FS vs. Control Niños tímidos vs. no tímidos Muestra comunitaria Muestra comunitaria FS vs. Control FS vs. Control	No hay diferencias en el nivel de cortisol No hay diferencias en el nivel de cortisol Niveles de cortisol más altos \uparrow cortisol predecía respuestas de ansiedad e inhibición social \uparrow cortisol predecía respuestas de ansiedad e inhibición en el 78% de la muestra No hay diferencias en el T3, T4, T4 libre y TSH Diferencias en la presión sanguínea y tasa cardíaca
Estudios de neuroimagen		Davidson et al. (1993) Tupler et al. (1997) Potts et al. (1994) Schneider et al. (1999) Stein y Leslie (1996) Tiihonen et al. (1997) Nutt et al. (1998)	FS vs. Control FS vs. Control FS vs. Control FS vs. Control FSG vs. Control FSG vs. Control FS vs. Control	Valores significativamente inferiores de la relación NAA/Cho y NAA/Cr y la relación señal-ruido para colina y creatinina Menor relación NAA/Cho y mayor relación Cho/Cr, mL/Cr y mL/NAA No hay diferencias ni en el tamaño del núcleo caudado, putamen ni tálamo Diferencias en la amígdala e hipocampo en fase de adquisición del modelo de condicionamiento clásico No hay diferencias en la circulación sanguínea Menor captación de dopamina en el núcleo estriado Incremento en el flujo del córtex prefrontal dorsolateral derecho y en el córtex parietal izquierdo
Sistema inmunológico		Rapaport y Stein (1994) Rapaport (1998)	FSG vs. Control FS vs. Control	No hay diferencias en las variables examinadas No hay diferencias en las variables examinadas

¹Tomado de García-López (2000)

FS: FS; FSG: FS generalizada

III.3. FACTORES HEREDITARIOS

Dos han sido las líneas de investigación a hasta el día de hoy han pretendido el papel de la herencia en la FS. La primera ha sido la relativa al de los estudios de gemelos y la segunda se ha centrado en el examen de los antecedentes familiares de los sujetos con FS. Respecto a la primera, algunos estudios parecen indicar que la herencia puede participar en la transmisión de algún tipo de vulnerabilidad para el desarrollo de

trastornos de ansiedad (v.gr., Nickell y Uhde, 1995). Con el fin de conocer la evidencia disponible en relación con esta hipótesis vamos a examinar los trabajos en los que se estudian las tasas de concordancia entre gemelos monozigóticos y dizigóticos. En cuanto a la segunda línea de investigación revisaremos los trabajos que se han centrado en el estudio de la prevalencia de familiares de sujetos con FS que también presentan este trastorno, examinado en qué medida existen discrepancias en función de los subtipos de la FS a la hora de examinar los antecedentes familiares.

III.3.1. ESTUDIOS DE GEMELOS

Hasta ahora los dos únicos trabajos que han analizado el papel que juegan los factores genéticos en la génesis de la FS son los estudios de Torgersen (1983) y Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves (1992).

Torgersen (1983) evaluó la presencia de trastornos de ansiedad en una muestra de 32 pares de gemelos monozigóticos (es decir, con el mismo patrón genético) y 53 pares de gemelos dizigóticos (con distinto patrón genético). Los resultados mostraron que los sujetos monozigóticos presentaban una mayor concordancia que los dizigóticos en todas las categorías de los trastornos de ansiedad, a excepción del trastorno de ansiedad generalizada en el que sucedía lo contrario. La concordancia general fue del 34% para los monozigóticos y del 17% para los dizigóticos. Sin embargo, la concordancia entre las parejas de monozigóticos no era ante un mismo trastorno de ansiedad, sino a presentar un trastorno de ansiedad, por lo que estos datos podrían apoyar una transmisión genética de algún tipo de vulnerabilidad a presentar algún tipo de trastorno de ansiedad. No obstante, reseñar que en este trabajo se hablaba de trastornos de ansiedad sin especificar ningún dato relativo a la FS.

En un estudio con un mayor tamaño muestral, Kendler et al. (1992) estudiaron la proporción de varianza explicada por los factores genéticos en la población femenina con FS. Basándose en los criterios del DSM-III (APA, 1980), estos autores encontraron una tasa de concordancia del 24.4% para gemelos monozigóticos en comparación con una tasa del 15.3% en gemelos dizigóticos. Los resultados muestran que la proporción de la varianza que podría ser debida a factores genéticos era moderada (30%). A este respecto, Chapman, Mannuzza y Fyer (1995) subrayan la relevancia de los factores ambientales en la génesis de la FS.

III.3.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Como ya hemos indicado, otra forma de estudiar el papel de los factores hereditarios es examinar los antecedentes familiares, es decir, verificar en qué medida los familiares de sujetos con FS también presentan este trastorno.

Un primer intento en este sentido lo constituye el trabajo de Reich y Yates (1988). En este estudio, a partir del diagnóstico obtenido a través de la evaluación psicológica, los sujetos eran asignados a tres grupos: uno compuesto por sujetos con FS, otro grupo que incluía sujetos que presentaban ataques de pánico y un tercero cuyos integrantes no presentaban ninguna psicopatología y que actuó como grupo control. A través de la historia familiar estos autores evaluaron la existencia en sus familias de algún miembro con FS. Los resultados indicaron que la proporción de familiares con FS era superior en el grupo de sujetos con este trastorno (6.6%) frente al 2.2% de sujetos con ataques de pánico y a un 0.2% del grupo control. En un trabajo posterior, Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz y Klein (1993) entrevistaron personalmente a los familiares de primer grado de sujetos con FS, hallando que el 16% también cumplía los criterios diagnósticos de este trastorno, frente a un 5% en el grupo control.

Con el fin de arrojar más luz a este respecto, Fyer, Manuzza, Chapman, Martin y Klein (1995) han llevado a cabo un estudio empleando cuatro condiciones experimentales: un primer grupo compuesto por sujetos con fobia específica, un segundo que incluía sujetos con FS, un tercero integrado por sujetos con un diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia y por último, un grupo control (sin ningún trastorno de la conducta y la personalidad). Con este diseño, estos autores hipotizaron que si los antecedentes familiares juegan un papel en la FS, entonces los familiares de los sujetos con FS tendrán más probabilidad de tener: (a) ese mismo trastorno que los familiares del grupo control; (b) específicamente ese mismo trastorno que presentar un diagnóstico de fobia específica o trastorno de pánico con agorafobia y (c) FS en comparación con los familiares de sujetos con fobia específica o trastorno de pánico con agorafobia. Los resultados mostraron que la proporción de familiares de sujetos con FS que también tenían ese trastorno era 2'4 veces superior a la encontrada en familiares de sujetos del grupo control, siendo estadísticamente significativa esta diferencia ($p < 0.05$). Por tanto, se cumplió la primera hipótesis formulada por los autores.

De igual forma, los datos avalaron la segunda hipótesis. Los resultados pusieron de manifiesto que en los familiares de sujetos con FS, la proporción de que éstos presentaban un diagnóstico de fobia específica o trastorno de pánico con agorafobia no difería significativamente de la de los familiares de los sujetos que componían el grupo control. Es decir, en comparación con el grupo control, los familiares de sujetos con FS tenían más probabilidad de presentar FS (de acuerdo con los resultados de la primera hipótesis) pero no de recibir un diagnóstico de fobia específica o trastorno de pánico con agorafobia.

Los resultados proporcionaron un apoyo parcial a la tercera hipótesis. Se observaron diferencias significativas en la proporción de familiares con un diagnóstico de FS entre el grupo de sujetos con este mismo trastorno frente a quienes presentaban un trastorno de pánico con agorafobia, lo cual corroboraría lo expuesto en la tercera hipótesis. Sin embargo, en contra de lo esperado por los autores, no hubo diferencias significativas en la proporción de los familiares con FS entre el grupo de sujetos con este mismo trastorno en comparación con aquellos sujetos con un diagnóstico de fobia específica.

En la línea del trabajo anterior, Fyer et al. (1996) han encontrado que la proporción de familiares de sujetos con FS que también tenía ese trastorno ha sido estadísticamente superior a la proporción de sujetos con FS entre los familiares de los sujetos que integran el grupo control (15% vs. 6%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.04$). En cambio, no se han hallado diferencias significativas en el porcentaje de familiares con FS entre los sujetos con FS y trastorno de pánico respecto a los familiares del grupo control pues sólo el 4% de los familiares de los sujetos con FS y trastorno de pánico cumplían los criterios diagnósticos de FS.

Teniendo en cuenta la inclusión del subtipo generalizado en el DSM-III-R (APA, 1987) y su mantenimiento en el DSM-IV (APA, 1994), Mannuzza et al. (1995) informaron que la proporción de familiares con FS encontrada en pacientes con FSG era significativamente superior a la de los sujetos con FSE (16% vs. 6%). Posteriormente, Stein et al. (1998) han entrevistado personalmente a familiares de sujetos sin FS y a familiares de sujetos con FSG. Estos autores informan que la proporción de familiares con FSG ha sido casi 10 veces superior (26.4% vs. 2.7%) en los sujetos con FSG que entre los que no presentaban este trastorno. Este dato es consistente con los resultados de Manuzza et al. (1995).

Por contra, Stemberger et al. (1995) no han encontrado diferencias significativas entre los subtipos de FS, si bien en este estudio, al igual que en el de Reich y Yates (1988), no se ha entrevistado personalmente a los familiares, determinándose la existencia de antecedentes a través de la historia familiar del paciente. Por ello, como Beidel y Turner (1998) señalan, es muy probable que aquellos estudios que no han entrevistado directamente a los familiares pueden haber infraestimado la prevalencia de este trastorno, dado que los sujetos con FS son reacios a hablar de su vida privada y familiar.

Recientemente, en nuestro país, se ha realizado un estudio con el objetivo de examinar si los padres de adolescentes con un diagnóstico de FS generalizada también presentaban este trastorno (García-López y Olivares, 2000). Los resultados revelan que el 43.8% de los padres de hijos con FS generalizada cumplen también los criterios para el diagnóstico de la FS y que de este porcentaje, un 59.4% de los padres presentan el subtipo generalizado.

Este dato es consistente con el trabajo de Turner et al. (1989), en el que se observó que el 43% de una muestra de niños con FS tenían al menos un familiar con este mismo trastorno, y sigue en la línea de los de Cooper y Eke (1999), Last y Strauss (1990) ó Rosenbaum (1994), quienes informaron que un elevado porcentaje de familiares de niños con FS también presenta este trastorno de ansiedad.

Por otra parte, en un estudio posterior se ha evaluado en qué medida los hijos de padres con FS constituyen una población de alto riesgo (Mancini, Van Amerigen, Szatmari, Fugere y Boyle, 1996). Los resultados han indicado que el 23% de los hijos de esta muestra, con edades entre 4 y 18 años, han cumplido los criterios para ser diagnosticados de FS, elevándose este porcentaje al 41% si se fijaba el rango de edad entre los 12-18 años. Para un resumen de los resultados expuestos en este apartado, véase la Tabla III.3.

Tabla III.3. Revisión de los resultados de los estudios que han examinado los antecedentes familiares¹

Autores	Año	Tipo de evaluación	Conclusiones
Reich y Yates	1988	Historia familiar	Familiares con FS en { sujetos con FS: 6.6% sujetos con TP: 2.2% sujetos control: 0.2%
Fyer et al.	1993	Entrevista personal	Familiares con FS en { sujetos con FS: 16% sujetos control: 5%
Fyer et al.	1995	Entrevista personal	Familiares con FS: 2'4 sujetos con FS > control Familiares con FS vs. control: = proporción de TPAG o FE Sujetos con FS: familiares con FS > familiares con TPAG Sujetos son FS: familiares con FS = familiares con FE
Fyer et al.	1996	Entrevista personal	Familiares con FS en { sujetos con FS: 15% sujetos con FS y TP: 4% sujetos control: 6%
Mannuzza et al.	1995	Entrevista personal	Familiares con FS en { sujetos con FSG: 16% sujetos con FSE: 6%
Stein et al.	1998	Entrevista personal	Familiares con FSG en { sujetos con FSG: 26.4% sujetos control: 2.7%
Stemberger et al.	1995	Historia familiar	Familiares con FS: sujetos con FSG = sujetos con FSE
García-López y Olivares	1999	Entrevista personal	Sujetos con FSG: 43.8% familiares con FS
Turner et al.	1989	Historia familiar	Niños con FS: 43% familiares con FS
Mancini et al.	1996	Entrevista personal	Padres con FS: 41% hijos adolescentes con FS

¹Tomado de García-López (2000)
agorafobia

FS: FS; FSG: FS generalizada; TP: trastorno de pánico con o sin

SÍNTESIS

En la actualidad aún sigue pendiente de solución la confrontación acerca del papel que juegan los factores genéticos *vs.* ambientales en la génesis de la FS. De los resultados de los trabajos que han investigado los antecedentes familiares se desprende que los parientes de primer grado (padres, hijos, hermanos) son una población de riesgo para presentar FS. Aún más, se han hallado porcentajes especialmente altos de FS tanto en padres de hijos con este trastorno como en hijos de padres con FS. Sin embargo, esto no nos permite inclinar la balanza hacia uno u otro lado, ya que se desconoce si esto es debido a factores ambientales o hereditarios, aunque cabe señalar que la varianza explicada por estos últimos parece ser tan sólo del 30%.

IV. FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA FOBIA SOCIAL

Como hemos visto en el apartado III.1., la génesis de la Fobia Social podría explicarse mediante los modelos de condicionamiento clásico, del aprendizaje observacional, de la transferencia de información y/o de los modelos cognitivos. En función de los datos generados por la investigación realizada a día de hoy, revisaremos en este capítulo los factores que pueden incrementar la vulnerabilidad del sujeto a desarrollar la Fobia Social. Para ello examinaremos en primer lugar los trabajos que han estudiado la influencia de las actitudes de los padres en la génesis y el mantenimiento de la Fobia Social, así como las diferencias existentes en el papel que juegan estas variables en función del subtipo de Fobia Social que presenta el sujeto. En segundo lugar analizaremos en qué medida el tipo de interacciones que los adolescentes establecen con sus iguales puede jugar un papel a la hora de incrementar la vulnerabilidad de los sujetos a presentar ansiedad social. En tercer lugar pasaremos a estudiar las variables de personalidad que pueden subyacer en los sujetos con Fobia Social y si éstas también difieren en función del subtipo. Finalmente nos detendremos en el análisis del papel jugado por otras variables como la inhibición conductual, la timidez o las habilidades sociales.

IV.1. ACTITUD Y PATRONES DE CONDUCTA DE LOS PADRES

Como Bögels, van Oosten, Muris y Smulders (2001) han manifestado, existen al menos dos razones para prestar atención a la contribución de la familia en la etiología de la Fobia Social. Primero, porque la edad de inicio de la Fobia Social es temprana, muchos de las personas con FS desarrollan este trastorno cuando la influencia de su familia es todavía importante. Y segundo, la familia es el primer lugar donde se aprende la conducta social y donde se desarrollan los esquemas sobre uno mismo como ser social en función de las primeras interacciones con cuidadores.

Se ha escrito profusamente acerca del papel que pueden jugar las actitudes y los patrones de conducta de los padres en la competencia social de sus hijos (Eisenberg et al., 2001; Ladd y Golter, 1988; Parke y Bhavnagri, 1989; Prinstein y La Greca, 1999; Radke-Yarrow y Zahn-Waxler, 1986).

En primer lugar, Parker (1979) sugirió que un niño con escaso apoyo o afecto emocional y sobreprotección por parte de sus padres podría experimentar posteriormente muchas dificultades en sus relaciones interpersonales. Siguiendo esta hipótesis, Putallaz y Heflin (1990) estudiaron hasta qué punto la relación afectiva padre-hijo podía influir en las posteriores relaciones sociales del niño con sus compañeros, encontrando que las relaciones afectivas de los padres hacia sus hijos y el que éstos transmitan seguridad a sus hijos predecían que el niño estableciera en el futuro relaciones positivas con sus iguales. De igual modo, otros estudios encontraron que el cariño y el comportamiento de la madre hacia el hijo estaban asociados positivamente con el comportamiento prosocial de los niños con otros compañeros (Attili, 1989; Hinde y Tamplin, 1983). Sin embargo, Rapee (1997) indicó que la sobreprotección de la madre hacia el hijo podía ser un factor de vulnerabilidad más importante que la falta de cariño de ésta hacia sus hijos.

Este tipo de actitudes de los padres no solamente puede actuar como factor predisponente sino también jugar un papel en el mantenimiento de las respuestas de ansiedad social. Concretamente, con respecto a las actitudes de los padres en la educación de los hijos con Fobia Social se han llevado a cabo varios estudios, la mayoría de ellos de carácter retrospectivo, es decir, basándose en el recuerdo que los sujetos adultos con FS tienen acerca de cómo sus padres les educaron. Parker (1979) encontró que los padres de hijos con FS eran más controladores y expresaban menos afecto que los padres de hijos sin ningún trastorno de conducta. Arrindell, Emmelkamp, Mosma y Brillman (1983) informaron que los fóbicos sociales percibían a sus padres como sobreprotectores y con escaso apoyo emocional. Estos mismos autores más adelante, en 1989, hallaron que los fóbicos sociales recordaban a sus padres como menos afectuosos.

En los trabajos de Bruch, Heimberg, Berger y Collins (1989) y Bruch y Heimberg (1994) se compararon tres grupos de sujetos: uno compuesto por sujetos con FSG, otro integrado por sujetos con agorafobia y un último cuyos miembros no presentaban ningún trastorno. Basándose en el modelo de Buss (1980), Bruch et al. (1989) examinaron tres dimensiones: (a) la preocupación de los padres acerca de la opinión de los demás, la cual podría ser asimismo adquirida por los hijos mediante aprendizaje observacional, (b) el aislamiento de los hijos como consecuencia de la actitud

sobreprotectora y el excesivo control por parte de los padres y (c) la baja sociabilidad familiar, entendida como un número reducido de contactos sociales por parte de los padres, lo cual podría limitar el acceso a experiencias sociales al niño y así, interferir en la adquisición de habilidades sociales adecuadas. Los resultados del estudio de Bruch et al. (1989) mostraron que los sujetos con FSG informaban: (a) una mayor preocupación de los padres acerca de la opinión de los demás, (b) un mayor aislamiento y (c) menor sociabilidad familiar.

Posteriormente, Bruch y Heimberg (1994) incorporaron una nueva dimensión a la que denominaron “vergüenza” y examinaron: (a) si el papel que juegan las actitudes de los padres (las tres dimensiones propuestas por Buss junto con la nueva categoría “vergüenza”) podía variar en función del subtipo de Fobia Social que presentaban los sujetos y (b) en qué medida las actitudes de los padres de hijos con FS diferían de las existentes en los padres que integraban el grupo control. Los resultados revelaron que los sujetos con FSG *versus* FS no generalizada recordaban en su infancia un mayor aislamiento y menor sociabilidad familiar (número escaso de relaciones sociales de sus padres con otros miembros de la familia, amigos, etc.), pero no informaron que sus padres manifestaran una mayor preocupación por la opinión de los demás o un mayor uso de la vergüenza como instrumento para imponer su disciplina. Respecto al grupo control, los sujetos con FS (independientemente del subtipo) recordaban una mayor preocupación de sus padres por la opinión de los demás, mayor aislamiento, menor sociabilidad familiar y un mayor uso de la vergüenza (hacer sentir avergonzados a sus hijos por una conducta realizada de forma no deseable) como técnica operante (castigo positivo) encaminada a la modificación de conducta de sus hijos.

En un estudio con sujetos adultos con ansiedad social y sin este trastorno, Rapee y Melville (1997) solicitaron a ambos grupos que cumplimentaran la subescala de Sobreprotección del *Parental Bonding Instrument* (PBI-O) con el objeto de medir el grado de sobreprotección que ejercían sus padres cuando eran niños. Asimismo se les requirió tanto a ellos como a sus madres que rellenaran un cuestionario, desarrollado por los autores del estudio, para evaluar la variable “sociabilidad familiar” (en el caso de sus madres éstas habían de hacerlo respecto a sus progenitores). Los resultados están en la línea de las investigaciones anteriores y ponen de manifiesto que los sujetos con ansiedad social muestran valores significativamente más altos que los del grupo control

en la subescala sobreprotección; o dicho de otro modo, los sujetos recuerdan a sus madres más sobreprotectoras durante su infancia en comparación con los sujetos control. Por otro lado, tanto los sujetos con FS como sus madres informaron que durante su infancia recordaban a sus padres como poco sociables, es decir, con escasas relaciones sociales. Este dato es consistente con los estudios previos mencionados anteriormente.

Asumiendo que la inhibición conductual es una forma temprana de Fobia Social, Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone y Rosenbaum (1997) observaron la existencia de una relación entre la inhibición conductual y una actitud crítica de las madres con respecto a sus hijos con este trastorno, la cual también podría mediar como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la Fobia Social.

En un estudio reciente, Bögels et al. (2001) han evaluado la influencia de ciertas conductas paternas en un grupo compuesto por niños y adolescentes con ansiedad social y un grupo control a través de la versión para niños del *Egna Minnen Beträffande Uppfostran* (EMBU-C; Castro, Toro, Van der Ende y Arrindell, 1993). Los resultados han mostrado que las conductas de falta de apoyo emocional y rechazo por parte de los padres no estaban relacionadas con la ansiedad social de los niños, si bien los niños con ansiedad social percibían que sus padres emitían menos conductas de apoyo emocional y más de rechazo. Estos resultados son contradictorios con los encontrados en un estudio previo por Lieb et al. (2000), quienes observaron que las conductas de rechazo por parte de los padres estaban asociadas con la Fobia Social en sus hijos. Respecto a la sobreprotección, los resultados son mixtos: de acuerdo con Lieb et al. (2000), la sobreprotección por parte de la madre y percibida por los hijos, predecía ansiedad social en la infancia, sin embargo, y contradiciendo los datos de Rapee y Melville (1997), los niños con ansiedad social no diferían del grupo control en sobreprotección. Además, la sociabilidad familiar informada tanto por los niños y las madres predecía la ansiedad infantil en la infancia y de acuerdo con el trabajo de Caster, Inderbitzen y Hope (1999), los niños con ansiedad social percibían a sus padres y éstos se percibían así mismos como menos sociables frente al grupo control. Sorprendentemente, y en contraste con los estudios de Bruch et al. (1989) y Caster et al. (1999), los padres de los niños con ansiedad social informaron que daban menos importancia a la opinión de los demás que los padres de los niños del grupo control. Por último, se observó que las conductas de

las madres estaban más relacionadas que las de los padres con la ansiedad social de sus hijos. Así la ansiedad social en las madres, la sociabilidad social y la sobreprotección percibida e informada por ellas predecían la ansiedad social en los niños; mientras que estas mismas variables para los padres no estaban relacionadas con la ansiedad social de sus hijos.

Por último, un estudio más reciente Bögels, van Dongen y Muris (2003) se muestra parcialmente contrario a las conclusiones presentadas en este apartado. Este estudio se interesó por las influencias de la familia en los pensamientos disfuncionales de los niños con altos niveles de ansiedad. Para ello pidieron a los padres de dichos niños ansiosos que ayudaran a interpretar diversas historietas relativas a situaciones infantiles de ansiedad de interacción (ansiedad social, ansiedad de separación y ansiedad generalizada). Estos autores hallaron que, independientemente de los miedos y los estilos de interpretación paternas, los niños interpretaban las historietas ambiguas como menos negativas después de discutir las con sus padres.

Hasta ahora hemos revisado cómo las actitudes de los padres pueden jugar un papel en el desarrollo y/o mantenimiento de la Fobia Social en sus hijos. A continuación presentaremos aquellos estudios que enfatizan la influencia de las conductas de los padres de cara a las posteriores relaciones sociales del niño con sus iguales.

A este respecto, Finnie y Russell (1988) observaron que en situaciones donde los niños juegan en grupo y las madres participan con ellos, las madres de los niños ignorados por sus compañeros diferían en el tipo de instrucciones que daban a sus hijos con respecto a las madres de niños populares. Las primeras proporcionaban más instrucciones orientadas hacia la tarea y facilitaban menos la inclusión de su hijo en el grupo, es decir, no proporcionaban un modelo acerca de cómo integrarse en el grupo, siendo éste un factor que puede contribuir a que los hijos sean ignorados por sus compañeros.

Sin embargo, la influencia de los padres no se limita a las madres. MacDonald (1987) observó que los padres de niños ignorados se comprometían afectivamente en el juego menos que los padres de los niños identificados como populares. Del mismo modo, los padres de los niños que cumplían los criterios de Fobia Social tenían un estilo de personalidad más rígido y sus hijos informaban de un ambiente familiar más restrictivo

en comparación con los niños del grupo control (Messer y Beidel, 1994). Por otra parte, Daniels y Plomin (1985), pusieron de manifiesto que las madres que eran tímidas o presentaban Fobia Social evitaban exponer a sus hijos inhibidos socialmente a situaciones sociales por el propio malestar que a ellas les ocasiona ese tipo de acontecimientos.

Dadds, Barrett, Rapee y Ryan (1996) así como Barrett, Rapee, Dadds y Ryan (1996) también informaron que los padres de niños ansiosos (incluidos los niños con FS) a menudo reforzaban las conductas de evitación y desalentaban las conductas de exposición de sus hijos. En esta línea, Silverman y Kurtimen (1996) también observaron este patrón en padres de niños con trastornos de ansiedad utilizando el término “Trampa de la Protección” (*Trap Protection*) para denominar la tendencia de los padres a proteger a sus hijos (incluso durante la terapia) ante la exposición a objetos o situaciones que pueden elicitar ansiedad o malestar. En relación a esta conducta de los padres hacia sus hijos, Reiss (1991) considera que la “sensibilidad a la evaluación social negativa” está provocada por los padres por medio de actuaciones que modelan en gran parte el comportamiento de sus hijos e incrementan las respuestas de ansiedad ante situaciones de evaluación social que son vividas como estresantes y por ello son evitadas (citado en Ballesteros y Conde, 1999).

En otro estudio, Hummel y Gross (2001) han examinado, mediante un estudio observacional, las diferencias en la frecuencia y calidad de la comunicación padres-hijo en padres de niños con ansiedad social y un grupo control. Mientras los niños completaban un puzzle eran grabados bajo tres condiciones: madre-hijo, padre-hijo, y ambos padres con el niño. Estas grabaciones fueron codificadas en función de la frecuencia y tipo de verbalizaciones emitidas. Se ha observado que independientemente de la condición experimental, los padres de los niños con ansiedad social emitían menos verbalizaciones, ofrecían menos feedback positivo y más feedback negativo que los padres de los niños del grupo control. Este mismo patrón de comunicación fue observado en los niños con ansiedad social existiendo diferencias significativas respecto a los niños del grupo control, si bien ambos grupos mostraron una tendencia a imitar las verbalizaciones de sus padres.

Más recientemente, Pauli-Pott, Mertesacker y Beckmann (2004) han examinado la relación entre las condiciones ambientales (concretamente algunas de las características de la madre: depresión/ansiedad, apoyo social presente y sensibilidad en la interacción con el bebé) y el desarrollo de las emociones negativas infantiles o la susceptibilidad diferencial ante estas condiciones. Según este estudio, las emociones negativas y el miedo pueden predecirse por las características maternas, por lo que se puede decir que existe una asociación fuerte entre las características maternas y el desarrollo de retraimiento y miedo en niños irritables.

La Tabla IV.1. muestra un cuadro sinóptico de lo expresado en este apartado.

Tabla IV.1. Resumen de los resultados de los estudios que analizan las variables implicadas en la relación entre las actitudes y patrones de conducta de los padres y la presencia de ansiedad social en sus hijos.

⌘	Escaso apoyo y/o afecto emocional de los padres hacia sus hijos
⌘	Sobrepotección de los padres hacia sus hijos
⌘	Percepción de los sujetos con FS acerca de sus padres (controladores y poco afectuosos)
⌘	Escasa sociabilidad familiar (número reducido de contactos con otros miembros de la familia, amigos, etc.)
⌘	Elevada preocupación de los padres por la opinión de los demás
⌘	Uso de la vergüenza como tratamiento para la modificación de la conducta de sus hijos
⌘	Instrucciones orientadas a la tarea, proporcionadas por las madres de niños con FS
⌘	Restricción de situaciones sociales de exposición proporcionadas por los padres
⌘	Evitación de situaciones sociales temidas por sus hijos y/o ellos(as) mismos(as)
⌘	Reforzamiento de las respuestas de evitación y/o escape generadas por sus hijos ante situaciones sociales
⌘	“Trampa de la Protección”
⌘	Menos verbalizaciones, menos feedback positivo y más feedback negativo en niños con FS y sus padres
⌘	Depresión/ansiedad, apoyo social presente y sensibilidad en la interacción con el bebé de la madre.

En resumen, como señalan Beidel y Turner (1998), los patrones de conducta de los padres pueden afectar al niño al menos de tres maneras: (1) a través de la transmisión genética de padres a hijos de una vulnerabilidad a presentar ansiedad, (2) limitando los padres la capacidad del niño para acceder a situaciones sociales, estableciendo así un patrón de aislamiento y evitación social en el niño y (3) por medio de la transmisión de sus propios miedos y ansiedades al hijo, bien sea a través del aprendizaje observacional, actuando como modelos para sus hijos o bien por transmisión de información.

No obstante, como indican estos mismos autores, en la mayoría de los trabajos revisados se utilizaron muestras de niños que ya presentaban trastornos de ansiedad, por lo que no se puede determinar si las actitudes y conductas de los padres preceden o son

posteriores al inicio del trastorno. Si estas conductas preceden al trastorno del niño podemos decir que participan en la génesis del trastorno, sin embargo, si son el resultado del trastorno del niño, estarían implicadas en su mantenimiento.

IV.2. INFLUENCIA DE LOS PARES DE IGUALES

Las relaciones con los iguales juegan un importante papel en el desarrollo social (Asher y Coie, 1990; Hartup, 1983, 1996; Newcomb, Bukowski y Pattee, 1993) y emocional (Asher y Wheeler, 1985; Kupersmidt y Coie, 1990; La Greca y Stone, 1993; Parker y Asher, 1987) de los niños. Desde la infancia temprana, los niños pasan una cantidad considerable de tiempo con sus iguales (Ellis, Rogoff y Cromer, 1981). Por ejemplo, de los 6 a los 7 años, los niños pasan la mayor parte de las horas del día en la escuela o jugando en otros lugares con sus compañeros de clase y amigos; esta tendencia continúa, e incluso es mayor, en la adolescencia (La Greca y Prinstein, 1999).

A este respecto, como La Greca (2001) afirma, “la ansiedad social podría ser una de las consecuencias resultantes de relaciones pobres con los iguales tales como experiencias negativas, aversivas o de exclusión; y al mismo tiempo, los sentimientos de ansiedad social podrían inhibir interacciones sociales positivas que son necesarias para un desarrollo socio-emocional satisfactorio” (p. 163).

Aunque aún es escasa la literatura existente sobre el papel de la ansiedad social en las relaciones de los adolescentes con sus iguales, algunos estudios han investigado la relación entre ansiedad social y el funcionamiento interpersonal de los jóvenes con sus iguales (Inderbitzen y Hope, 1995; Inderbitzen, Walters y Bukowski 1997; La Greca y Lopez, 1998; La Greca, Dandes, Wick, Shaw y Stone, 1988; La Greca y Stone, 1993; Vernberg, Abwender, Ewell y Beery, 1992). Esta relación empleando dos tipos de metodología: por una parte, un creciente número de trabajos ha examinado el tipo de relación que establecen los sujetos con ansiedad social con sus iguales y, por otro lado, se ha estudiado si los sujetos sumisos, rechazados o ignorados (tal como han sido definidos en los trabajos expuestos a continuación) presentan niveles de ansiedad social superiores al resto de sus compañeros.

En relación con el primer punto, Strauss, Frame y Forehand (1987) hallaron que los niños con ansiedad social son menos aceptados y valorados por sus compañeros,

encontrándose en otros trabajos que además resultan menos atractivos para el sexo opuesto, siendo esta correlación especialmente significativa en el caso de las chicas (La Greca y López, 1998). En este sentido, Patterson, Rupersmidt y Griesler (1990) además observaron que estos sujetos se encuentran menos seguros de su competencia social a la hora de llevar a cabo interacciones sociales. Como indican Vernberg et al., (1992), todo ello puede implicar que los adolescentes pierdan oportunidades para realizar actividades con sus compañeros y ello contribuir a un mayor aislamiento.

Estos datos concuerdan con uno de los hechos más constatados sobre el efecto de la Fobia Social tanto en niños y adolescentes como en adultos: la ansiedad social deteriora la capacidad para establecer y mantener relaciones de amistad o de pareja (Rubin, Le Mare y Lollis, 1990; Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986), ocasionando mayor interferencia en el caso de las chicas adolescentes (v.gr., Hymel y Franke, 1985; La Greca y López, 1998; Vernberg et al., 1992). Véase la Tabla IV.2 para un resumen de la valoración de los iguales respecto a los sujetos con ansiedad social.

Respecto a la hipótesis formulada acerca de sí los niños sumisos, rechazados o ignorados por sus compañeros presentan más frecuentemente respuestas de ansiedad social que sus compañeros de clase, los resultados obtenidos en un elevado número de investigaciones avalan esta hipótesis (Asher, Parkhurst, Hymel y Williams, 1990; Hope, Sigler, Penn y Meier, 1998; Inderbitzen et al., 1997; La Greca et al., 1988; La Greca y López, 1998). En concreto, los sujetos identificados como rechazados informan tener mayor miedo a la evaluación negativa (evaluado mediante la subescala FNE de la SAS-A) mientras que los sujetos ignorados muestran puntuaciones más elevadas en la subescala de Ansiedad y Evitación Social ante la gente en General (medido a través de la subescala SAD-G de la SAS-A --Inderbitzen et al., 1997--).

Tabla IV.2. Efectos de la ansiedad social en las relaciones interpersonales

⌘	Menor aceptación social
⌘	Menor valoración social
⌘	Menos atractivos para el sexo opuesto
⌘	Mayor dificultad para establecer amistades
⌘	Mayor dificultad para establecer una relación de pareja

Respecto a los sujetos designados como rechazados, estos autores los han clasificado y estudiado en función de sí eran rechazados como resultado de una conducta agresiva

de ellos hacia sus compañeros de clase (agresivos rechazados) o como consecuencia de una actitud sumisa o pasiva (sumisos rechazados). Los resultados muestran que los sujetos sumisos rechazados presentan niveles más altos de ansiedad social que los agresivos rechazados. Asimismo, estos autores encuentran que en la subescala FNE de la SAS-A, los sujetos sumisos rechazados son aquellos que tienen la puntuación más alta seguido por los sujetos ignorados. Por otra parte, tomando como variable la subescala SAD-G de la SAS-A, los sujetos sumisos rechazados muestran valores similares a los ignorados. Como conclusión, estos autores afirman que el miedo a la evaluación negativa (FNE) puede ser un constructo relevante de cara a distinguir entre adolescentes sumisos rechazados frente a los ignorados.

En un estudio posterior, Walters e Inderbitzen (1998) evaluaron los niveles de ansiedad social (también medidos a través de la SAS-A) en una muestra comunitaria de niños y adolescentes que, mediante una prueba sociométrica habían sido clasificados como “cooperativos”, “sumisos” y “dominantes”. Los resultados han puesto de manifiesto que los sujetos sumisos presentan mayores niveles de ansiedad social que los demás grupos, tomando como medida la puntuación Total de la SAS-A así como la de sus subescalas. La tabla IV.3 presenta una revisión del papel que juegan los iguales en el desarrollo y/o mantenimiento de la Fobia Social.

Tabla IV.3. Estado sociométrico y ansiedad social

		SUJETOS	
RECHAZADOS		IGNORADOS	SUMISOS
+Δ puntuaciones Subescala FNE/SAS-A		+Δ puntuaciones subescala SAD-G/SAS-A	+Δ puntuaciones SAS-A respecto a los “cooperativos” y “dominantes”
Sumisos	Agresivos		
+Δ puntuaciones Subescala FNE en los sujetos sumisos rechazados vs. sumisos agresivos			

+Δ= Incremento en las puntuaciones

Empleando una muestra clínica de adolescentes con Fobia Social y un grupo control, Walters y Hope (1997) observaron que los primeros mostraban una mayor frecuencia de conductas dominantes pero también cooperativas respecto al grupo control, mientras que ambas condiciones no diferían en la frecuencia de conductas sumisas. Dada la contradicción de los resultados acerca de una frecuencia superior de conductas

dominantes y cooperativas, los estudios futuros deberían examinar el papel que juega la sumisión del sujeto o el rechazo de éste por parte de sus compañeros en el desarrollo de la Fobia Social.

Storch y su equipo, en diferentes trabajos (Storch, Brassard y Masia-Warner, 2003; Storch, Phil, Nock, Masia-Warner y Barlas, 2003; Storch y Masia-Warner, 2004), han centrado su investigación en estudiar la relación entre la victimización explícita y relacional con la ansiedad social, la soledad y las conductas prosociales en muestras de adolescentes. Algunas de las conclusiones de estos estudios son: (a) que los chicos informan de tasas mayores de victimización explícita y menores de conductas prosociales por parte de los iguales comparado con las chicas; (b) que la victimización explícita y relacional están asociadas positivamente con el miedo a la evaluación negativa, los síntomas fisiológicos, la evitación social y el aislamiento/soledad; (c) que la victimización explícita se muestra positivamente asociada con los síntomas depresivos, el miedo a la evaluación negativa, la evitación social y la soledad tanto en chicos como en chicas y la victimización relacional está asociada con síntomas depresivos, FNE, y evitación social de situaciones generales para las chicas solamente y, (d) que las conductas prosociales por parte de iguales moderan los efectos de la victimización relacional en el aislamiento.

En este mismo sentido, McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss y Swinson (2003) estudiaron la relación entre los trastornos de ansiedad y la historia autoinformada de experiencias de maltrato, comparando individuos con Fobia Social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de pánico con y sin agorafobia. Los resultados mostraron que los participantes en el grupo de Fobia Social (92%) informaron una historia de experiencias de maltrato severo comparado con los grupos de trastorno obsesivo-compulsivo (50%) y el de trastorno de pánico (35%).

Por último, otra variable que se ha estudiado ha sido el género. Diversos estudios han encontrado que a las chicas adolescentes les preocupa más que a los chicos la opinión que sobre ellas tienen los demás (La Greca, 1999; Nolsen-Hoeksema y Larson, 1992; Rosen y Aneshansen, 1976). Asimismo, las adolescentes con ansiedad social tienen menos amigos/as, perciben menos apoyo emocional y tienen menos intimidad o confianza tanto entre ellas como con los chicos. Por el contrario, en los adolescentes

varones no parece existir una correlación negativa entre presentar un diagnóstico de Fobia Social y la calidad de sus relaciones con los demás (La Greca y López, 1998).

Pese a todo lo dicho, a día de hoy no se puede determinar si la Fobia Social contribuye a desarrollar relaciones sociales pobres con sus pares o si un déficit de habilidades sociales puede ser un factor que limite al sujeto las interacciones con sus iguales y como consecuencia, incremente la vulnerabilidad a desarrollar Fobia Social. En este sentido, es plausible que ser ignorado o rechazado por los iguales pueda constituirse en un factor predisponente para el desarrollo de la Fobia Social en los adolescentes y adultos (Frankel, 1990; Ishiyama, 1984), y así, al evitar el contacto con sus compañeros llevar a la pérdida de nuevas oportunidades para relacionarse con los mismos (Rubin et al., 1990), pudiendo contribuir también este hecho al mantenimiento del trastorno.

IV.3. VARIABLES DE PERSONALIDAD

Pese a que durante la última década se ha incrementado de forma exponencial el número de investigaciones sobre la Fobia Social (Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995), poco se ha estudiado acerca de los factores de personalidad que subyacen en este trastorno. Distintos estudios publicados han puesto de manifiesto que variables de personalidad tales como un alto nivel de neuroticismo y una baja extraversión (alta introversión) estaban asociadas con la Fobia Social (Amies et al., 1983; Darwill, Johnson y Danko, 1992; Heiser, Turner y Beidel, 2003; Trull y Sher, 1994; Watson, Clark y Carey, 1988).

Con el objeto de determinar en qué medida las variables de personalidad difieren en función de los subtipos de Fobia Social, Stemberger et al. (1995) evaluó a través del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI; Eysenck y Eysenck, 1968) las dimensiones de extraversión y neuroticismo en sujetos con FSG, Fobia Social específica (FSE) y un grupo control. Los resultados revelaron que los sujetos con FSG *vs.* sujetos del grupo control mostraron puntuaciones estadísticamente más bajas en extraversión y más altas en neuroticismo. Respecto a los sujetos con FSE, no se hallaron diferencias en las puntuaciones de extraversión cuando se compararon con el grupo control, pero sí en la dimensión neuroticismo (mayor nivel de neuroticismo en los sujetos con FSE). Por

último, se compararon las condiciones de FSG y FSE, encontrándose diferencias significativas, puntuando los sujetos con FSG más alto en neuroticismo y más bajo en extraversión que los sujetos con FSE.

Posteriormente, Norton, Cox, Hewitt y McLeod (1997) examinaron las variables de personalidad que subyacen en una población no-clínica de estudiantes universitarios. Para ello se administró la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS; Mattick y Clarke, 1989), la Escala de Fobia Social (SPS; Mattick y Clarke, 1989), las subescalas de neuroticismo y extraversión del Inventario de Cinco Factores-NEO (NEO; Costa y McCrae, 1985) y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Peterson y Reiss, 1987). Los resultados mostraron que para la FSE, el ASI era la mejor variable predictora (47% de varianza explicada) mientras que para la FSG lo era la subescala de neuroticismo del NEO (34%) seguida por el ASI (11%) y la extraversión (0.03%).

Estos datos apuntan a que la FSE parece estar asociada con un miedo a las respuestas de ansiedad (medido a través del ASI) mientras la FSG está más relacionada con el neuroticismo. Como conclusión, estos autores afirman que quizás la FSE vs. FSG representan distintas entidades diagnósticas y por tanto, requieran distintas modalidades de tratamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en este estudio a los sujetos no se les administró ningún formato de entrevista, el diagnóstico del subtipo de Fobia Social (FSG y FSE) se realizó a través de las puntuaciones de la SPS y la SIAS. Por ello, cuando los autores hablan de FSE y FSG hacen referencia a sujetos con altas puntuaciones en el SPS y SIAS, respectivamente. La Tabla IV.4 muestra una síntesis de los resultados de estos estudios.

Tabla IV.4. Variables de personalidad y Fobia Social

Variables de personalidad			Predictoras
Relación con los subtipos de la Fobia Social			
FSG vs. Control	FSE vs. Control	FSG vs. FSE	
+Δ Neuroticismo	+Δ Neuroticismo	+Δ Neuroticismo	Neuroticismo - FSG
-Δ Extraversión	= Extraversión	-Δ Extraversión	Miedo a las respuestas de ansiedad - FSE

+Δ= Incremento en las puntuaciones; -Δ= Decremento en las puntuaciones =: Sin cambios,
FSG: Fobia Social generalizada, FSE: Fobia Social específica

IV.4. INHIBICIÓN CONDUCTUAL

La inhibición conductual (a continuación, IC) ha sido definida como una variable temperamental de inicio temprano que se caracteriza por generar timidez, retraimiento y evitación social, inquietud o malestar social así como miedo ante gente, objetos y/o situaciones desconocidas (García-Coll, Kagan y Reznick, 1984). El niño con estas características responde a estímulos o acontecimientos nuevos para él con actividad simpática excesiva y con comportamientos de evitación, aumentando la latencia de su interacción con otros (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García-Coll, 1984).

Las tasas de prevalencia varían entre el 10% y el 20% en niños estadounidenses de raza blanca (c.f. Beidel y Turner, 1998). Al igual que la Fobia Social, la IC parece ser un fenómeno transcultural, ya que se han encontrado características similares a la IC en niños suecos (Bromberg, 1993) y alemanes (Asendorpf, 1990, 1993). Sin embargo, parece haber diferencias en función de la raza, siendo más común la IC en niños de raza blanca (Beidel y Turner, 1998).

La mayoría de estudios sobre IC se han centrado en dos aspectos principales, por un lado, los correlatos psicofisiológicos en niños con IC y por otro la relación existente entre IC y la Fobia Social. Respecto a la correlación entre respuestas psicofisiológicas e IC, en bebés de 14-31 meses con IC se halló una tasa cardíaca alta y una mínima variabilidad en ésta, en cambio en edades más tardías se encontró una mayor dilatación pupilar y niveles elevados de cortisol (Reznick et al., 1986). Por último, Kagan, Reznick y Snidman (1987) informaron acerca de una correlación moderada pero significativa entre IC y el nivel de actividad de la epinefrina.

En cuanto a la posible relación entre Fobia Social e IC, distintos trabajos han demostrado que presentar IC en la niñez es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad (entre ellos la Fobia Social) en la adolescencia y la edad adulta (Biederman et al., 1990; Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 1998; Hirschfeld et al., 1992; Mick y Telch, 1998; Rosenbaum et al., 1988, 1991, 1993; Schwartz, Snidman y Kagan, 1999) y al contrario, los niños de padres con trastorno de ansiedad tenían un mayor riesgo de tener IC y desarrollar tempranamente un trastorno de ansiedad (Rosenbaum et al., 1992, 1993). Además, Hirschfeld et al. (1992) observaron que los

niños que seguían mostrando IC tenían mayor probabilidad de presentar dos ó más trastornos de ansiedad.

Por otro lado, Rosenbaum et al. (1991) evaluaron 7 años después a los padres de los niños que formaron parte de un estudio en el cual se clasificó a niños de 21 meses como inhibidos y desinhibidos (García-Coll et al., 1984). Los resultados revelaron que el 17% de los padres de los hijos que continuaban inhibidos conductualmente presentaban un diagnóstico de Fobia Social frente al 0% de los padres de niños desinhibidos y al 2.9% de un grupo control compuesto por niños sin problemas psicopatológicos. Las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas.

Posteriormente, Hayward, Killen, Kraemer y Taylor (1998) informaron que la IC constituye un factor de vulnerabilidad para desarrollar la Fobia Social en la adolescencia, de acuerdo a los datos que muestran la existencia de un riesgo cuatro veces superior de que un niño con IC presente Fobia Social en la adolescencia, en comparación con los sujetos del grupo control.

Teniendo en cuenta estos datos, Rosenbaum et al. (1991) y Hayward et al. (1998) sugieren que si la Fobia Social tuviera una transmisión familiar como consecuencia de una vulnerabilidad genética, la IC podría ser la manifestación de un substrato biológico que podría subyacer al desarrollo de la Fobia Social.

Por otro lado, Mick y Telch (1998) hallaron puntuaciones significativamente más elevadas de IC en estudiantes universitarios con ansiedad social que en aquellos con trastorno de ansiedad generalizada y que en el grupo control.

En un estudio reciente, Biederman et al. (2001), han observado que la probabilidad de encontrar el trastorno de ansiedad social entre los niños con IC (17%) es significativamente superior a la encontrada en niños sin IC (5%). Además estos mismos autores, en contradicción con Hirschfeld et al. (1992), no han detectado una asociación entre IC y otros trastornos psicopatológicos, lo que les lleva a sugerir que la IC pueda estar asociada específicamente con la ansiedad social en niños.

Por último, Rosenbaum, Biederman, Hirschfeld, Bolduc y Chaloff (1991) sugirieron una pauta de comportamiento para los padres de niños con IC. Para estos autores, la

sensación de malestar que experimentan los niños con IC y que manifiestan a través de lloros, gritos o expresiones faciales que indican miedo, puede hacer que los padres incrementen sus cuidados y atenciones hacia ellos, lo que conllevaría que los niños fuesen más dependientes de sus padres. Debido a esto, es posible que los padres de niños IC estén más alerta ante las necesidades de apoyo y reafirmación de sus hijos, sobreprotegiéndoles ante las situaciones sociales nuevas que se les presenten. Frente a esto, estos autores señalan que los padres deben comprender la importancia de que sus hijos se expongan a las situaciones temidas por ellos, ayudándoles a afrontar de forma graduada estas situaciones. No obstante, debemos indicar que, dada la elevada proporción de padres con un diagnóstico de Fobia Social entre aquellos que tienen niños con IC, es plausible que presentar este trastorno pueda dificultar que los padres afronten con sus hijos situaciones sociales desconocidas por el propio miedo que ellos sienten.

Recientemente, Morris et al. (2004) han señalado la necesidad de describir y evaluar la inhibición conductual en niños muy pequeños como un marcador temprano o precursor para el desarrollo de la ansiedad social.

Ballesteros y Conde (1999) han analizado la relación entre padres e hijos con IC y han formulado una hipótesis alternativa. Estos autores han considerado que el patrón comportamental de IC puede provocar una interacción aversiva con sus cuidadores (por lo general la madre) debido a la exagerada reactividad del niño, lo que influiría en la atención que se le presta. Según estos autores, ello conduciría a la elaboración de un vínculo inseguro o ansioso, lo que podría provocar con posterioridad una mayor dificultad en las relaciones con sus compañeros y determinar respuestas de evitación ante situaciones sociales.

En relación con la edad de inicio de la IC, una variable a considerar es el período evolutivo en que se encuentra el niño. En este sentido, la IC no debe confundirse con la reacción normal de “ansiedad al extraño” descrita por Spitz (1961). Este término hace referencia a la edad de 7-8 meses en la que ya se puede diferenciar la figura de vínculo (generalmente la madre) de las demás personas, mostrando respuestas de ansiedad (lloros, etc.) ante los extraños si la madre no está presente. Spitz indica que este tipo de ansiedad expresaría un desarrollo afectivo y madurativo adecuado (no sucede así en niños autistas, por ejemplo), por lo que según éste, únicamente cuando su intensidad es

excesiva podría considerarse cercana al comportamiento descrito como IC. Desde un punto de vista etológico, Bowlby (1973) mantiene la tesis de que la ansiedad ante el extraño y de separación ante la madre tienen un valor de supervivencia y forman parte de señales neurobiológicas, determinadas en la filogénesis. Un resumen de las aportaciones de estos trabajos puede observarse en la tabla IV.5.

A modo de conclusión, respecto al debate existente acerca del papel que juega la IC como factor predisponente de la Fobia Social, coincidimos con Turner, Beidel y Wolff (1996) en que, aunque la inhibición conductual pueda ser un posible precursor para el desarrollo de trastornos de ansiedad, incluida la Fobia Social, por sí sola no parece ser ni suficiente ni necesaria para su desarrollo.

Tabla IV.5. Relaciones entre la Inhibición Conductual y la Fobia Social.

⌘	Mayor prevalencia de IC en niños de raza blanca
⌘	IC: Respuestas psicofisiológicas como consecuencia de una actividad simpática excesiva
⌘	La IC puede ser un factor de riesgo para que los niños desarrollen posteriormente Fobia Social
⌘	La IC puede ser un factor de riesgo para que los padres de niños con esta variable temperamental desarrollen Fobia Social
⌘	Influencia de los padres con hijos IC en el incremento de la vulnerabilidad para que sus hijos desarrollen Fobia Social (reforzamiento de las conductas de evitación y/o escape así como escasez de conductas de exposición ante situaciones sociales)
⌘	Conveniencia de establecer un diagnóstico diferencial con respecto a la “ansiedad al extraño”

IV.5. TIMIDEZ Y FOBIA SOCIAL

Pese a que se han propuesto diversas definiciones de la timidez, hasta la fecha no existe un consenso a la hora de disponer de una descripción que sea aceptada por la comunidad científica (Van der Molin, 1990). Así, el término timidez se ha utilizado tanto por profesionales como por legos para describir a aquellas personas que son “reticentes socialmente”, sin existir una operacionalización de este término. Sin embargo, sí parece existir un acuerdo en el sentido de no considerar que las personas tímidas presentan un trastorno de conducta y/o de personalidad sino que más bien tienen un temperamento reservado. A fin de disponer de una operacionalización de este término, recogemos las definiciones de dos autores españoles. Por una parte, Caballo (1995) delimita la timidez como “la propensión a responder con una elevada ansiedad,

una notable conciencia de sí mismo y retraimiento en una serie de contextos sociales” (p. 305) y “patrón de conducta caracterizado por déficit de relaciones interpersonales y una tendencia estable y acentuada de escape o evitación del contacto social con otras personas” (Monjas y Caballo, 2002; p. 275). Por otra parte, Pastor y Sevillá (2000) consideran que la timidez podría definirse como “un miedo social moderado donde el nivel de malestar fisiológico y cognitivo no es muy alto y las conductas de seguridad (respuestas de evitación pasiva) que se ponen en marcha son muy limitadas” (p. 32).

Tras examinar la literatura existente, se puede observar que timidez y Fobia Social comparten muchos síntomas psicofisiológicos, cognitivos y (Beidel y Turner, 1999; Turner, Beidel y Townsley, 1990; Henderson y Zimbardo, 2001). Los sujetos que son tímidos y aquellos con FS experimentan en situaciones sociales una activación elevada del sistema nervioso autónomo que se manifiesta, por ejemplo, en elevada tasa cardíaca, rubor y/o sudor (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Henderson, 1992; Pilkonis, 1977). Además, el déficit en habilidades sociales, la evitación de interacciones sociales y las cogniciones que reflejan miedo a la evaluación negativa son características de ambos grupos (Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Herbert, Hope y Bellack, 1992; Ludwig y Lazarus, 1983; Zimbardo, 1977).

Sin embargo, aunque los síntomas entre timidez y Fobia Social se solapan significativamente, las tasas de prevalencia de ambos constructos son diferentes. Estas oscilan entre un 20% y un 48% para la timidez (Carducci y Zimbardo, 1995; Henderson y Zimbardo, 1998; Lazarus, 1982; Spielberger, Pollans y Worden, 1984; Zimbardo, 1977), mientras que las estimaciones de la prevalencia de la Fobia Social son mucho más bajas, solamente el 2% de los adultos cumplían los criterios de Fobia Social en el *Epidemiologic Catchment Area* (ECA, Robins et al., 1984) y el 13.3% en el *National Comorbidity Study* (NCS, Kessler et al., 1994).

A la vista de estos datos se podría pensar que esta discrepancia es debida a la edad de la muestra, sin embargo, un estudio sobre timidez entre estudiantes de 5º curso de primaria reveló que el 38% de los niños se consideraban tímidos (Lazarus, 1982). Igualmente, el 28% de los niños y el 32% de las niñas con edades comprendidas entre 8 y 10 años fueron considerados tímidos por parte de sus padres (Caspi, Elder y Bem, 1988). Una explicación para esta diferencia en las tasas de incidencia entre timidez y

Fobia Social podría deberse a que dentro del grupo de sujetos que se consideran tímidos exista una alta proporción de sujetos con una forma subclínica de Fobia Social. En apoyo a esta afirmación, Pollard y Henderson (1988) encontraron que la prevalencia de la FS alcanzaba un 23% cuando no se tenían en cuenta los criterios de malestar e interferencia.

Además de en las tasas de prevalencia, timidez y FS también difieren en otros aspectos. Por ejemplo, la timidez es a menudo una condición transitoria (Beidel y Turner, 1999; Bruch, Giordano y Pearl, 1986, Zimbardo, Pilkonis y Norwood, 1975), mientras que el curso de la FS es crónico y sin remisión (Turner y Beidel, 1989). Además, aunque FS y timidez están asociadas con dificultades sociales y emocionales, estudios preliminares muestran que parece ser que los sujetos tímidos no experimentan el grado de deterioro diario experimentado por los fóbicos sociales (Turner et al., 1990).

Aunque podamos inferir que timidez y Fobia Social están relacionadas, no existe evidencia empírica que muestre la naturaleza de esta relación. A este respecto, Chavira et al. (2002), en un estudio reciente, han examinado las tasas de Fobia Social en un grupo de sujetos con niveles elevados de timidez y un grupo control y han encontrado que aproximadamente el 49% de los sujetos pertenecientes al grupo de timidez elevada presentaban un diagnóstico de FS frente al 18 % del grupo control. Heiser et al. (2003) también han encontrado, en una muestra de 200 estudiantes universitarios, una tasa de prevalencia para la FS significativamente mayor entre sujetos tímidos (18%) frente a un grupo control (3%), sin embargo, la mayoría de los estudiantes tímidos (82%) no cumplían los criterios de FS.

Respecto a la relación entre timidez y subtipos de Fobia Social, St. Lorant, Henderson y Zimbardo (2000) evaluaron retrospectivamente a 114 pacientes que estaban recibiendo tratamiento por timidez clínica e informaron que el 97% de la muestra tenía un diagnóstico de FSG. Chavira et al. (2002) han hallado que el porcentaje de sujetos con FSG es significativamente superior en el grupo con timidez elevada (36%) que en el grupo control (4%), mientras que las tasas de FS no generalizada son idénticas en ambos grupos (14%). En consonancia con estos hallazgos, Stemberger et al. (1995) encontraron que el 76% de aquellos con FSG informaron haber tenido una historia de timidez infantil, en comparación con el 56% de sujetos con FSE y el 52% de

los sujetos del grupo control. Al igual que en el estudio de Chavira et al. (2002), las diferencias sólo fueron significativas entre sujetos con FSG frente a los sujetos del grupo control, lo que sugiere que la timidez puede presentarse más frecuentemente en sujetos con el subtipo generalizado.

Como resultado de estos hallazgos, distintos investigadores apoyan la hipótesis de la existencia de un continuo en cuyos extremos se ubicarían el menor grado de ansiedad que podría ser calificado como timidez y el máximo nivel de ansiedad que se correspondería con el grado más grave e incapacitante, FSG o TPE (Bruch y Cheek, 1995; Chavira et al., 2002; Henderson y Zimbardo, 1998; Olivares, Rosa, Piqueras et al., 2002; Rapee, 1995; Stein, 1999; Turner et al., 1990). A este respecto, Heiser et al. (2003) han encontrado una correlación positiva y significativa entre severidad de la timidez y presencia de FS, pero estos autores consideran que la FS no es simplemente una forma severa de timidez porque sólo el 22% de la varianza para la FS es explicada por timidez severa. Una segunda hipótesis muy relacionada con la primera postula que timidez y FS son esencialmente lo mismo. Rapee (1998) apoya esta teoría al afirmar que “muchos términos han sido usados para describir la timidez, incluyendo el de Fobia Social, ansiedad social, trastorno de personalidad por evitación [...] todos ellos se refieren básicamente a la misma cosa” (p. xi). Desde una posición totalmente opuesta surge la tercera hipótesis basada en que ambas condiciones son completamente diferentes, apoyándose en la idea de que la timidez constituye una mera característica de personalidad y no un trastorno, razón por la cual no está incluida en el DSM-IV como sucede con la Fobia Social o el TPE (Carducci, 1999). Por último, existe una cuarta hipótesis que sugiere que existe un solapamiento entre timidez y Fobia Social, pero que la timidez es un constructo mucho más amplio (Heckelman y Schneier, 1995). Esta teoría es apoyada por los hallazgos de Heiser et al. (2003), quienes han encontrado que el 18% de los sujetos con timidez cumplen los criterios de Fobia Social frente al 3% de los no tímidos, lo cual refleja que ambas condiciones están relacionados. Sin embargo, la gran mayoría de los sujetos (82%) son tímidos pero no fóbicos sociales, lo que indica que ambos constructos no son idénticos.

Por otra parte, la timidez parece dar como resultado consecuencias negativas similares a las encontradas en muestras de pacientes con Fobia Social. Caspi et al. (1988) y Kerr, Lambert y Bem (1996), utilizando muestras de niños identificados como

tímidos en la preadolescencia, estudiaron las características de estos niños en la edad adulta. En el primer estudio la muestra estaba compuesta por niños estadounidenses y en el segundo estaba constituida por niños de Suecia. En ambos grupos, los niños que presentaban timidez cuando tenían entre 8 y 10 años, se casaron y se convirtieron en padres más tarde que los niños no tímidos. Sin embargo, los niños suecos no manifestaron interferencia en su vida profesional en la edad adulta mientras que los americanos sí. Por otro lado, respecto a la edad en la que contrajeron matrimonio y se convirtieron en madres, no se encontraron diferencias entre las niñas tímidas estadounidenses y las suecas frente a las niñas no tímidas. No obstante, ambos grupos mostraron niveles más bajos de rendimiento académico con respecto a las niñas sin timidez.

Por otra parte, con una muestra de adolescentes (rango de edad: 11-18 años) con timidez alta y baja¹, Lawrence y Bennet (1992) encontraron que los sujetos con timidez alta presentaban una autoestima más baja y un nivel socioeconómico más bajo, en comparación con los sujetos con timidez baja.

Además, parece ser que la timidez infantil también tiene implicaciones en el desarrollo de trastornos en el futuro. Rubin y Mills (1988) observaron como niños de segundo curso que eran tímidos y se percibían a sí mismos como bajos en competencia social, informaban de altos niveles de depresión y soledad cuando llegaban a quinto curso. Igualmente, Hymel, Rubin, Rowden y LeMare (1990) encontraron en niños de segundo curso que percepciones más bajas de competencia social, peor aceptación por parte de los compañeros y aislamiento social resultaban buenos predictores de ansiedad y depresión en un seguimiento a los tres años. Véase la Tabla IV.6 para un resumen de los resultados de estos trabajos.

Tabla IV.6. Datos acerca de la timidez y su papel en la vulnerabilidad a desarrollar Fobia Social.

⌘	Falta de una operacionalización consensuada por parte de la comunidad científica
⌘	Alta tasa de incidencia en población comunitaria
⌘	Elevada proporción de sujetos adultos con FSG que informan timidez infantil
⌘	Evidencia respecto a la interferencia de la timidez en la vida social, familiar, de pareja, laboral
⌘	y/o académica
⌘	Mayor probabilidad de presentar otros trastornos afectivos y/o de ansiedad en la adultez

¹ Estos autores adaptaron los cuestionarios de Zimbardo (1977) y Pilkonis (1977) y los administraron a toda la muestra. Los sujetos con una puntuación media más una desviación típica fueron clasificados con timidez alta y los que tenían una puntuación media menos una desviación típica fueron clasificados con timidez baja.

Por último, señalar que aunque el término timidez es utilizado para describir un patrón de reticencia asociado a situaciones sociales, la inhibición o el rechazo a acceder o comprometerse en interacciones sociales, no significa necesariamente que el sujeto sea tímido o presente un diagnóstico de Fobia Social (Stein, 1996). Hay que tener en cuenta otros factores como el malestar o el grado de interferencia que ocasiona en la vida personal, familiar y/o laboral del sujeto. Por lo tanto, aunque la timidez extrema debería llevar al clínico a evaluar la presencia de otros trastornos, de acuerdo con la información disponible, no se puede utilizar como un factor indicador de Fobia Social.

No obstante, y a pesar de lo que acabamos de exponer la cuestión sobre sí la timidez infantil puede convertirse a largo plazo en Fobia Social sigue sin obtener respuesta. A este respecto, Beidel y Turner (1999) sugirieron que aunque la timidez puede contribuir al desarrollo de la Fobia Social no es un factor necesario. Consistente con esta afirmación, Stemberger et al. (1995) hallaron que era más común encontrar una historia de timidez infantil entre sujetos con Fobia Social que entre aquellos sin trastornos psicológicos, sin embargo, también manifestaron que la presencia de un factor predisponente como la timidez o la inhibición conductual no conducía necesariamente al desarrollo de Fobia Social. Así que a la vista de los datos existentes y como Monjas y Caballo (2002) afirman, parece ser que “actualmente la relación entre la timidez en la infancia y la Fobia Social en la vida adulta no está del todo clara”(p. 277).

IV.6. HABILIDADES SOCIALES

En palabras de Caballo (1995), “una respuesta socialmente habilidosa sería el resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y terminaría con la emisión aproximada o expresión manifiesta de la opción escogida” (p. 13).

En esta línea, Bornas y Tortella (1998) entienden las habilidades sociales como un “conjunto de respuestas básicas que hacen posible iniciar, mantener y acabar

conversaciones, expresar ideas o sentimientos, pedir favores o informaciones a otras personas, hacer peticiones concretas, rechazar peticiones poco razonables, etc.” (p. 248).

Se ha postulado que aquellas personas que no dispongan de estas habilidades para afrontar una situación social, mostrarán respuestas de ansiedad al exponerse; o dicho de otro modo, el déficit de habilidades sociales puede propiciar que se desarrolle el trastorno de ansiedad social al verse el sujeto menos competente de cara a manejarse socialmente.

De este modo, se considera que los déficit en habilidades sociales que pueda presentar el sujeto ante una situación social son, fundamentalmente, el resultado de la insuficiencia o inadecuación de alguno o algunos de estos factores de aprendizaje durante el proceso de socialización, los cuales no habrían permitido al sujeto adquirir las respuestas pertinentes pudiendo esto constituirse un factor de vulnerabilidad clave en el origen de la Fobia Social. Una vez desarrollado este trastorno de ansiedad, la no disponibilidad de modelos adecuados en el entorno del sujeto, la inadecuación en el proceso de socialización del niño, las condiciones de aislamiento social que dificultan la oportunidad de exponerse a situaciones sociales o el hecho de no obtener consecuencias positivas por las conductas prosociales podrían ser factores de mantenimiento de la Fobia Social.

Segrin (1999), en un intento por determinar en qué medida el déficit en habilidades sociales predice el desarrollo de problemas psicosociales tales como la ansiedad social, soledad y depresión, halló que en un intervalo corto de tiempo de aproximadamente 4 meses, las habilidades sociales predecían modestamente y de manera negativa un empeoramiento en la soledad y la ansiedad social. Sin embargo, en un período de 9 meses, los niveles de habilidades sociales no predecían significativamente cambios en ninguno de los problemas evaluados. El autor sugiere, al igual que Spitzberg y Hurt (1989), que las personas con problemas de habilidades sociales constituyen una población de riesgo para el futuro desarrollo de soledad y Fobia Social. Sin embargo, los problemas en habilidades sociales explicaban solamente el 2-3% de la varianza tanto para la soledad como para la ansiedad social.

Por otro lado, Spence, Donovan, y Brechman-Toussaint (1999), evaluaron las habilidades sociales así como otros aspectos relacionados con la Fobia Social, en niños

con vs. sin FS con edades comprendidas entre los 7 y los 14 años. Los niños con FS evaluados a través de autoinformes completados por ellos mismos y por sus padres, un cuestionario de asertividad y de observación directa mostraron un déficit en habilidades sociales en comparación con el grupo control. Además, los niños con FS eran evaluados por ellos mismos y por los demás como significativamente menos competentes socialmente.

Si bien, algunos investigadores han relacionado la ansiedad social con problemas de habilidades sociales (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Curran, 1977; Leary, Knight y Johnson, 1987; Leary y Kowalski 1995), a día de hoy no se ha llevado a cabo ninguna investigación que haya permitido evaluar experimentalmente en qué medida el déficit en habilidades sociales puede ser un factor de vulnerabilidad de cara al desarrollo de la Fobia Social.

SÍNTESIS

En este apartado hemos examinado seis variables que pueden jugar un papel en el desarrollo y/o mantenimiento de la Fobia Social. Respecto a la primera variable, las actitudes de los padres acerca de sus hijos, se han hallado que factores tales como la expresión de poco afecto o apoyo emocional hacia sus hijos, así como un exceso de sobreprotección, pueden ser variables predisponentes para el desarrollo de la Fobia Social, existiendo diferencias en función del subtipo. Asimismo, todo parece indicar que el tipo de instrucciones que los padres dan a sus hijos y el que éstos refuercen conductas de evitación y no proporcionen conductas de exposición pueden ser variables de mantenimiento.

En relación con la segunda variable, la influencia de los iguales, aunque con matices, los resultados muestran una relación entre presentar ansiedad social y que los iguales les ignoren o rechacen. Ante esto conviene matizar que esta correlación es mayor cuando se evalúan independientemente aspectos de la Fobia Social como “miedo a la evaluación negativa” y “evitación de las situaciones sociales”. Mientras la primera parece correlacionar más con el rechazo de los demás hacia los sujetos con ansiedad social, la segunda lo hace con el hecho de que los iguales le ignoren.

Respecto al tercer tipo de variables estudiadas, las relativas a la personalidad, parece estar clara la correlación entre ansiedad social, baja extraversión y alto neuroticismo, si bien para el subtipo específico de Fobia Social no parece estar tan clara su relación con la extraversión.

La relación entre IC y Fobia Social es aún más compleja. Como hemos indicado, si bien parecen existir datos que sugieren que la IC es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la Fobia Social, ello no parece implicar que juegue un factor clave en su génesis. Así, la IC no parece ser ni una causa suficiente ni necesaria para el inicio de la Fobia Social.

Continuando con las variables revisadas, si bien hemos indicado que la relación entre IC y Fobia Social es compleja, no lo es menos la existente entre timidez y Fobia Social o entre ésta y el déficit en las habilidades sociales. A modo de resumen, podemos afirmar que ni todos los tímidos son fóbicos sociales, ni todos los sujetos con Fobia Social son tímidos. De igual modo, ni todos los individuos con un déficit en habilidades sociales tienen Fobia Social ni todos los fóbicos sociales muestran un déficit en habilidades sociales.

No obstante, como señalan diversos autores, parece existir una mayor relación entre sujetos con el subtipo generalizado de Fobia Social y las variables anteriormente examinadas (c.f., Beidel y Turner, 1998). En este sentido, la timidez (y quizás la IC) podrían influir de cara a que el niño presentase unas expectativas y atribuciones negativas sobre su propia competencia, lo cual podría conllevar a que interactuara menos con sus iguales en los primeros años de vida, siendo ignorados o rechazados por este motivo y desarrollando así patrones de personalidad tales como los que caracterizan a un alto neuroticismo y una baja extraversión.

Como consecuencia de la restricción en las relaciones con sus compañeros, los sujetos no podrán aprender las habilidades sociales básicas. La no-adquisición de éstas podría contribuir a una peor adaptación a las situaciones que implican interacción social, incrementándose de nuevo el nivel de ansiedad si el sujeto se expone a la situación de forma no exitosa, reforzándose así una respuesta de evitación y/o escape como estrategia de reducción de la ansiedad y/o evitación de la posible administración de conductas de castigo por parte de sus compañeros (burlas, exclusión del grupo). De esta forma se

constituiría un círculo en el que las variables anteriormente referidas actuarían como factores de desarrollo y/o mantenimiento.

Como conclusión, pese a que todas estas variables parecen poder jugar un papel en la génesis, desarrollo y mantenimiento de la Fobia Social, a día de hoy se desconoce el “grado de varianza” que pueden explicar cada una de ellas, por lo que resulta necesario seguir investigando a fin de poder llegar a determinar el peso de cada uno de estos factores en el contexto de un modelo explicativo de vulnerabilidad, inicio, desarrollo y mantenimiento de este trastorno de la conducta y la personalidad.

V. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LA FOBIA SOCIAL

Las primeras investigaciones en evaluación psicológica se centraron en el estudio de la conducta manifiesta a través de la observación, en el contexto de la terapia de conducta. Sin embargo, con el devenir del tiempo esta estrategia fue siendo abandonada hasta el punto que durante los años 80 el empleo de los autoinformes se generalizó en detrimento de la observación que pasó a ocupar un segundo lugar (Fernández-Ballesteros, 1986). Así, por ejemplo, en España, tras una revisión sobre los trastornos de ansiedad, Tobal (1985) constató que el 85% de las investigaciones empleaban técnicas de autoinforme como únicos instrumentos de evaluación. No obstante, esta pauta parece haberse modificado, pues en un estudio meta-analítico realizado posteriormente en nuestro país, Rosa (1997) informó que la observación es la técnica más utilizada por los modificadores de conducta españoles, mientras que en otros países se utilizan principalmente los autoinformes. Respecto a los registros psicofisiológicos, su uso en la práctica clínica dista de ser generalizado, debido fundamentalmente a la necesidad de disponer de equipos costosos, por lo que su empleo se ha reducido básicamente al campo de la investigación.

V.1. MEDIDAS INDIRECTAS DE EVALUACIÓN: LOS AUTOINFORMES

Siguiendo la clasificación recogida por Maciá, Méndez y Olivares (1993), por autoinforme entendemos tanto las entrevistas, como los cuestionarios y autorregistros. Fernández-Ballesteros (1986) señaló que los autoinformes “deberían ser conceptualizados como medidas indirectas en la indagación de las respuestas motoras y psicofisiológicas, mientras que deberían ser considerados como el método más adecuado y directo a la evaluación de las respuestas cognitivas y de la experiencia subjetiva del sujeto” (p. 33). A continuación examinaremos las principales entrevistas empleadas para el diagnóstico de la Fobia Social.

V.1.1. MODALIDADES DE ENTREVISTA: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SU EMPLEO EN EL CONTEXTO DE LA FOBIA SOCIAL

Como Buela-Casal, Sierra y Vera-Villarroel (2001) manifiestan, la entrevista es el método más importante para analizar cualquier problema clínico, aunque sin lugar a dudas debe ser realizada en combinación con otras estrategias de recogida de información.

En este apartado revisaremos tanto las entrevistas estructuradas como semiestructuradas que se han empleado en la evaluación de los sujetos con Fobia Social.

V.1.1.1. Entrevistas estructuradas

Como consecuencia 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 un segmento lo más amplio posible de la población, se hizo necesario disponer de un número elevado de evaluadores que administraran una entrevista a una población comunitaria. Por ello, se diseñó la *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* como una herramienta altamente estructurada que permitiera su aplicación por personal no profesional sin experiencia. Pese a que esta entrevista ha sido la más empleada en los estudios epidemiológicos llevados a cabo, la validez de los resultados obtenidos a partir de la misma ha sido cuestionada debido a problemas metodológicos tales como la propia delimitación conceptual de la Fobia Social (entendida como un patrón de respuestas de ansiedad ante situaciones sociales específicas, dado que ello puede haber afectado a las tasas de incidencia obtenidas mediante la administración del DIS -véase II.1-). Otro problema añadido lo constituye el hecho de que se desconozcan las propiedades psicométricas de esta modalidad de entrevista. Posteriormente el mismo equipo elaboró la *NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-Revised (DIS-III-R; Robins, Helzer, Cottler y Goldring, 1989)*, de la que tampoco se han dado a conocer datos acerca de su validez y fiabilidad, por lo que apenas se ha empleado. De este modo, el DIS se ha empleado básicamente en investigaciones epidemiológicas.

Otra entrevista estructurada que ha sido empleada para el diagnóstico de la Fobia Social es la *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1994)*. Varios estudios han examinado las propiedades psicométricas de la SCID, informando de moderada a alta fiabilidad test-retest y fiabilidad interjueces para el diagnóstico de varios trastornos (Malow, West, Williams y Sutker, 1989; Segal, Hersen y Van Hasselt, 1994; Williams et al., 1992). Sin embargo la mayoría de estos estudios se han llevado a cabo con la versión asociada al DSM-III-R (SCID-III-R). Una excepción es el estudio de la SCID-IV realizado por Ventura, Liberman, Green, Shaner y Mintz (1998), en el cual se encontró una excelente fiabilidad interjueces ($k = 0.85$). Respecto al diagnóstico de la Fobia Social, Skre, Onstand, Torgersen y Kringlen (1991) obtuvieron un coeficiente kappa de 0.72 y posteriormente Williams et al., (1992)

hallaron una fiabilidad interjueces más modesta ($k=0.47$), ambos estudios usando el SCID-III-R.

V.1.1.2. Entrevistas semiestructuradas

A día de hoy las entrevistas más empleadas para el diagnóstico de la Fobia Social en el contexto clínico son: *The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R*; Di Nardo y Barlow, 1988) y el *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV*; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994). La primera de ellas incluye una sección relativa a la Fobia Social, en la cual se evalúa tanto la severidad del miedo como la evitación del sujeto ante 12 situaciones sociales. Seguidamente, se formulan preguntas sobre la historia actual y pasada del sujeto relativas a las situaciones sociales. En relación con los datos psicométricos, éstos muestran un alto coeficiente kappa (0.79). Como consecuencia de la información cuantitativa y cualitativa proporcionada por esta entrevista, así como por sus propiedades psicométricas, el ADIS-R ha llegado a ser la entrevista más utilizada tanto en la práctica clínica como en la investigación. Respecto al ADIS-IV, la sección de Fobia Social continúa siendo básicamente similar a la del ADIS-R, siendo la única modificación la inclusión de una nueva situación social en la evaluación del miedo y evitación de situaciones sociales (“hablar con personas desconocidas”). Pese a que en un estudio piloto Di Nardo, Brown, Lawton y Barlow (1995) informaron que el coeficiente kappa era adecuado ($k=0.64$), éste es inferior al encontrado en el ADIS-R. No obstante, en un estudio más actual, Brown, Di Nardo, Lehman y Campbell (2001) han mostrado una fiabilidad que oscila entre buena y excelente para el diagnóstico de Fobia Social y especialmente para el subtipo generalizado.

La versión niños y la versión padres de la ADIS también han sido desarrolladas (*ADIS-C*, Silverman y Nelles, 1988; *ADIS-IV-C*, Albano y Silverman, 1996; *ADIS-P*, Silverman y Albano, 1997). Tanto el ADIS-C como el ADIS-P, han demostrado tener una fiabilidad test-retest e interjueces excelente para los trastornos de ansiedad, incluida la Fobia Social (Rapee, Barrett, Dadds, Evans, 1994; Silverman y Eisen, 1992; Silverman y Nelles, 1988; Silverman y Rabian, 1995).

Por lo que respecta al ADIS-IV-C está basada en el ADIS-C de Silverman y Nelles (1988) para niños y adolescentes (7-17 años), que a su vez estaba basada en el ADIS de

DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell y Blanchard (1983). Al igual que el ADIS-C, incluye una versión para padres y otra para el niño/adolescente y está adecuada a los criterios diagnósticos del DSM-IV (1994). Al igual que el ADIS-IV, se trata de una entrevista semiestructurada y que permite efectuar diagnóstico diferencial con otros trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV. Además incluye, tanto la versión para padres como la del niño/adolescente, secciones para diferenciar el rechazo escolar, complicación que habitualmente se presenta en estas edades cuando existen trastornos de ansiedad. Entre las secciones incluidas se encuentran la de Psicosis, Mutismo Selectivo, Trastornos Alimentarios, Trastorno Somatoforme y Trastornos del Desarrollo y del Aprendizaje, aspectos estos que no son evaluados en el ADIS-IV.

Los autores encuentran que un coeficiente kappa que varía según los trastornos (0,42-1,00) y un coeficiente de fiabilidad test-retest con el número total de "síes" respondidos en cada subcategoría diagnóstica de $r = 0,71$ (Silverman y Rabian, 1995).

A continuación revisaremos dos entrevistas que fueron diseñadas para medir el constructo de Fobia Social y que poseen formato de escala.

V.1.1.3. Entrevistas con formato de escala

V.1.1.3.1. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale; LSAS) y Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para Niños y Adolescentes (Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)

La LSAS (Liebowitz, 1987) consta de 24 ítems, trece relativos a situaciones de actuación social (p.ej., comer o beber en público) y once referidas a situaciones de interacción social (p.ej., ir a una fiesta). Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 4 puntos (rango: 0-3), evaluándose tanto las respuestas cognitivas como motoras. Este instrumento ha demostrado su utilidad clínica (Holt, Heimberg y Hope, 1992), validez de criterio (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Holt, Heimberg, Hope y Liebowitz, 1992), excelente consistencia interna y adecuada validez convergente (Heimberg et al., 1999), mostrándose asimismo sensible al cambio terapéutico tanto en estudios psicofarmacológicos (Davidson et al., 1993; Heimberg et al., 1999; Liebowitz et al., 1992; Munjack et al., 1991; Reich y Yates, 1988) como estrictamente psicológicos (Brown et al., 1995; Cox, Ross, Swinson y Dorenfeld, 1998), si bien en este último

trabajo sólo la subescala de miedo ante las situaciones de interacción social se mostró sensible al cambio terapéutico.

Por otra parte, en dos estudios sobre su validez de constructo, Slarkin, Holt, Heimberg, Jaccard y Liebowitz (1990) y Safren et al. (1999) encontraron que la estructura de dos factores no se ajustaba bien a los datos (ejecución vs. interacción), sugiriendo como alternativa una estructura de cuatro factores. Además, Cox et al. (1998) hallaron que la LSAS no evaluaba de forma independiente las respuestas cognitivas y motoras, ya que se encontraron correlaciones muy altas entre ambas subescalas ($r=0.97$). Estos resultados apuntan en la misma dirección que los encontrados en otros trabajos, en los cuales se señala que las subescalas de las respuestas motoras y cognitivas están altamente correlacionadas (Cox, Swinson y Fergus, 1993).

En España, Bobes et al. (1999) encontraron que la LSAS posee una adecuada consistencia interna y validez convergente y discriminante. De igual modo, la versión francesa de la LSAS (L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz, EASL; Yao et al., 1999), ha mostrado una buena validez empírica y concurrente, así como una buena sensibilidad al cambio terapéutico.

Por último, hay que señalar que la principal ventaja de este instrumento es su fácil administración, si bien una de sus limitaciones radicaba en que no podía aplicarse como cuestionario ya que se requiere del juicio clínico para determinar el diagnóstico de la Fobia Social. A este respecto, Baker, Heinrichs, Kim y Hofmann (2002), han desarrollado una versión de la LSAS en formato de autoinforme (LSAS-SR). En un estudio con 175 sujetos con FS, la LSAS-SR ha mostrado buenas propiedades psicométricas respecto a la fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez convergente y discriminante, además de mostrarse sensible al cambio terapéutico. No obstante, no se dispone todavía de datos acerca de su validez de constructo.

Respecto a la LSAS-CA, Masia-Warner, Klein y Liebowitz (2003) adaptaron esta entrevista en formato de escala para su uso en población infantil y adolescente, respetando la misma estructura que la escala original. En ese mismo año, Masia-Warner, Storch, Pincus et al. (2003) publicaron los datos preliminares de las propiedades psicométricas de la escala. Los autores realizaron esta primera aproximación a la validación de la escala con una población de 154 niños y

adolescentes con FS, otros trastornos de ansiedad y controles. Los resultados mostraron unos niveles de consistencia interna altos (0.90-0.97 para la muestra total y 0.83-0.95 para el grupo de Fobia Social) y una fiabilidad test-retest elevada (coeficiente de correlación intraclase = 0.89-0.94), tanto para la puntuación total como para las puntuaciones de las subescalas. Las puntuaciones de la LSAS-CA mostraron una mayor asociación con medidas de ansiedad social y deterioro general que con medidas de depresión. Además los sujetos con FS presentaron puntuaciones significativamente más altas que los sujetos con otros trastornos de ansiedad o los controles. Una puntuación de corte de la puntuación total de la escala de 22.5 fue la que representó el mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para distinguir entre individuos con Fobia Social y controles, mientras la puntuación de 29.5 se mostró como óptima para distinguir la Fobia Social de otros trastornos de ansiedad. Recientemente, Olivares y Sánchez-García (2003) tradujeron al español y modificaron la escala a un formato de autoinforme con población infantil y adolescente española. Recientemente otra aportación de nuestro equipo ha presentado datos preliminares de las propiedades psicométricas de la prueba con una muestra de 373 niños y adolescentes (Olivares, Sánchez-García, Rosa y Piqueras, 2004). Dicho estudio indica que la prueba es un instrumento válido y fiable para evaluar la Fobia Social en población española. En este sentido, la estructura factorial fue congruente con las subescalas originales de la LSAS-CA, la fiabilidad test-retest fue moderada y el coeficiente alfa de Cronbach alto.

V.1.1.3.2. Escala Breve de Fobia Social (BSPS)

Davidson, Potts et al. (1991) crearon esta entrevista en formato de escala con el objeto de disponer de un sencillo y rápido instrumento de evaluación que permitiera detectar sujetos con Fobia Social. Esta escala consta de 11 ítems que se puntúan según una escala Likert de cinco puntos (rango: 0-4). Los siete primeros ítems miden tanto el miedo como la evitación ante situaciones sociales y los restantes evalúan las respuestas psicofisiológicas.

Respecto a sus propiedades psicométricas, en una muestra de 17 sujetos¹ con FS, Davidson et al. (1991) encontraron coeficientes alfa adecuados para las subescalas de miedo y evitación, pero no para la subescala de respuestas psicofisiológicas ($k = .34$). En un estudio posterior, Davidson, Tupler y Potts (1994) indicaron que la BSPS posee una

¹ En algunos análisis el tamaño muestral se reducía a 9 sujetos.

alta fiabilidad interjueces y es sensible al cambio terapéutico. En otro estudio con un mayor tamaño muestral (N=275), Davidson et al. (1997) encontraron una alta fiabilidad test-retest, adecuada consistencia interna y validez de constructo, indicando que esta escala es capaz de detectar diferencias pre-postratamiento. Sin embargo, los coeficientes test-retest y la consistencia interna fueron sistemáticamente más bajos en la subescala de respuestas psicofisiológicas, siendo ésta la única que no correlacionó significativamente con la LSAS. Estos autores apuntaron que ello podía ser debido a que en la muestra existió una baja proporción de sujetos con FS específica, pudiendo estar este subtipo más relacionado con las respuestas psicofisiológicas, apoyándose esta hipótesis en varios estudios que indican un patrón de respuestas psicofisiológicas diferentes para cada subtipo de FS (McNeil, Ries y Turk, 1995). Por último, estos autores encontraron en su estudio una estructura de seis factores, lo cual contrasta con el modelo de tres factores propuesto inicialmente.

V.1.1.4. Entrevistas alternativas al formato clínico convencional

El avance de las nuevas tecnologías abarca cada vez más ámbitos de la vida y sus aplicaciones se extienden a múltiples ramas de la ciencia. Así, por ejemplo, durante la última década la corrección a mano de los cuestionarios de lápiz y papel ha ido cediendo terreno a su corrección informática. En este contexto y con el fin de dar respuesta a problemas reiteradamente encontrados a la hora de utilizar los datos proporcionados por las entrevistas cuando son administradas “cara a cara”, tales como los derivados de la baja fiabilidad interjueces o las relativas a la pérdida de información por no formular al entrevistado en torno al 5% de las preguntas que componen la entrevista (Kobak, Greist, Jefferson y Katzelnick, 1996; Koback, Schaettle, Katzelnick y Simon, 1995), se ha considerado oportuno intentar plantear como formato alternativo el empleo de entrevistas realizadas por ordenador ya que podrían ser un medio de evaluación que además de fiable, barato, accesible y eficiente, permitiera resolver los problemas anteriormente citados. Con este fin, Katzelnick, Kobak, Greist y Jefferson (1995) desarrollaron una versión computerizada de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (1987). En este estudio los sujetos podían elegir la modalidad de evaluación: mediante ordenador o entrevista personal; el 64% prefirió la primera opción frente a un 9% que optó por la segunda, no manifestando preferencia el 28%. De estos resultados puede entenderse que la entrevista personal, en tanto que situación social y por tanto, ansiógena, es menos atractiva para los sujetos con Fobia Social. Otro resultado de este

estudio a tener en cuenta es que la comparación entre la información recogida por el clínico y por el ordenador no mostró ser significativamente diferente (correlación de 0.89).

Otro instrumento de evaluación adaptado para su administración computerizada ha sido la Escala Breve de Fobia Social de Davidson por Kobak et al. (1998).

Sin embargo, pese a sus ventajas, la alternativa informática en el campo de la evaluación de la Fobia Social también presenta limitaciones tales como la imposibilidad de recoger información no verbal o la posibilidad de que las preguntas puedan no ser entendidas por el sujeto y ello lleve a contestarlas arbitrariamente, al no disponer de una fuente complementaria de información capaz de aclarar, precisar o matizar las respuestas o las dudas que puedan surgir.

SÍNTESIS

Hasta el momento las versiones del ADIS (ADIS-R, ADIS-IV y ADIS-IV-C) han sido las modalidades de entrevista personal más empleadas en los estudios que se han llevado a cabo sobre Fobia Social en población adulta e infanto-juvenil, encontrándose abundante apoyo empírico acerca de su uso en el campo de la Fobia Social (Cox y Swinson, 1995). Respecto a las entrevistas con formato de cuestionario, si bien la LSAS dispone de datos más o menos consistentes acerca de sus propiedades psicométricas, aún no se ha probado la utilidad de la BSPS en el campo de la Fobia Social. Respecto del LSAS-CA se ha de indicar que su adaptación con formato de escala muestra excelentes propiedades psicométricas tanto en población infanto-juvenil norteamericana como española.

V.1.2. LOS CUESTIONARIOS.

En este apartado revisaremos tanto los cuestionarios específicamente desarrollados para evaluar la Fobia Social como aquellos que, pese a no tener este objetivo, sí incluyen una subescala que permite medir las respuestas de ansiedad social. Asimismo, haremos referencia a aquellos cuestionarios que se hayan desarrollado o hayan sido adaptados para población adolescente.

V.1.2.1. Cuestionarios específicos

V.1.2.1.1. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNEs) y Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADs)

En 1969 Watson y Friend² desarrollaron estos instrumentos para evaluar las respuestas de ansiedad social en la población esquizofrénica. En estas fechas, la escasez de instrumentos de evaluación en este campo era casi completa, lo que obligó a la mayoría de investigadores a emplear estas escalas en diferentes poblaciones, sin que se hubieran validado antes de su administración.

Dado que ambos cuestionarios parecen examinar distintos aspectos del constructo ansiedad social, describiremos brevemente ambas escalas antes de comentar la polémica existente sobre su uso como instrumento de evaluación en el campo de la Fobia Social.

Respecto a la FNEs, hemos de indicar que ésta se diseñó para medir el miedo a la evaluación negativa, elemento central en la Fobia Social. Esta escala contiene 30 ítems con un formato de respuesta verdadero-falso. Mientras la FNEs pretende evaluar el componente cognitivo, la SADs se creó con el fin de registrar las respuestas de ansiedad y evitación que integran este constructo. Esta última escala consta de 28 ítems con el mismo formato de respuesta de la FNE.

En relación con sus propiedades psicométricas, tras administrar estas escalas en una muestra de estudiantes universitarios, Watson y Friend (1969) informaron de un coeficiente de consistencia interna de 0.94 tanto en la FNEs como en la SADs. La fiabilidad test-retest fue de 0.68 y 0.78 en la FNEs y la SADs, respectivamente. Sin embargo, no fue hasta casi 20 años más tarde cuando se dispuso de datos concernientes a su utilidad en población clínica, surgiendo entonces la polémica sobre su utilidad.

En primer lugar, Turner, McCanna y Beidel (1987) investigaron la validez de estas escalas en una muestra de sujetos con trastornos de ansiedad. Estos autores encontraron que ni la FNEs ni la SADs diferenciaron correctamente entre sujetos con FS de aquellos que presentaban otros trastornos de ansiedad (a excepción de la fobia específica), lo que les llevó a concluir que estas escalas sólo medían ansiedad general y no específica de las

² Nótese que en esas fechas aún no se había reconocido la Fobia Social como una entidad diagnóstica. Así, los autores se basaron en su propia experiencia a la hora de excluir los ítems relativos al componente de discapacidad social y seleccionar sólo aquellos relativos a lo que ellos conceptualizaban como Fobia Social.

situaciones sociales, por lo cual no resultaban instrumentos válidos para evaluar la FS. Frente a este análisis de los resultados, Heimberg, Hope, Rapee y Bruch (1988) ofrecieron una explicación alternativa, al entender que estas escalas no tenían que diferenciar entre FS y otros trastornos de ansiedad, ya que la ansiedad social podía ser un componente común a todos ellos. Estudios posteriores parecen corroborar este hecho (Stravynski, Basoglu, Marks, Sengun y Marks, 1995). En respuesta a esta explicación alternativa, Turner y Beidel (1988) reafirmaron su posición y argumentaron que si estas escalas pretendían medir ansiedad social, los sujetos con un diagnóstico de FS debían haber obtenido mayores puntuaciones que los sujetos con otros trastornos. Asimismo, Oei, Kenna y Evans (1991) encontraron que si bien la FNEs y la SADs poseían una buena consistencia interna, no permitían discriminar entre sujetos con FS, un grupo de sujetos con ansiedad generalizada y otro que incluía sujetos diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia.

Sin embargo, existen otros estudios que defienden la utilidad de la FNEs como instrumento de evaluación para la Fobia Social. Así, Stopa y Clark (1993, 2000) hallaron que los sujetos con FS obtenían puntuaciones más altas en la FNEs que aquellos con otros trastornos de ansiedad y que el grupo control; y estos mismos autores indicaron que la FNEs permite diferenciar entre sujetos con FS y sujetos con otros trastornos de ansiedad (Stopa y Clark, 1993). Consistente con estos hallazgos, Olivares, García-López, Hidalgo y Ruiz (1999), encontraron que la FNEs permitía discriminar entre adolescentes con FS y adolescentes sin este trastorno. Heimberg, Meuller, Holt, Hope y Liebowitz (1992) mostraron que la FNEs correlacionaba significativamente con dos instrumentos de evaluación de ansiedad social, la Social Phobia Scale (SPS) y la Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) (Mattick y Clark, 1998). Además, Mansell (1997) encontró que los sujetos que habían sido seleccionados en base a puntuaciones altas y bajas en la FNEs constituían grupos que diferían significativamente en otras medidas de ansiedad social tales como la Social Avoidance and Distress Scale (SAD; Watson y Friend, 1969), el Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner et al., 1989), y el Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS; Paul, 1966). Por último, Stopa y Clark (2001) han mostrado que comparar sujetos procedentes de la población general en función de las puntuaciones (altas vs. bajas) obtenidas en la FNEs parece ser una estrategia válida para identificar aspectos importantes de la Fobia Social.

Por otra parte, la FNEs ha mostrado ser útil como instrumento de medida para evaluar el cambio terapéutico en dos estudios de lengua inglesa (Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder, 1984; Heimberg et al., 1990) y la SADs en otros tantos (Butler et al., 1984; Gelernter et al., 1991).

En España, Bobes et al. (1999), García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner (2000) y Villa, Botella, Quero, Ruipérez y Gallardo (1998) pusieron de manifiesto que tanto la FNEs como la SADs presentaban buenas propiedades psicométricas en población adolescente y adulta de lengua española. También existe una versión en castellano de la SADs en Girodo (1980) y en Comeche, Díaz y Vallejo (1995). En este último trabajo se puede encontrar además una versión original y reducida de la FNEs.

Por último, Leary (1983a) dió a conocer los datos de un estudio relativo a una versión breve de la FNEs, en la que se reducían los 30 ítems iniciales a 12 y se cambiaba el formato de respuesta original (verdadero-falso) por una escala Likert de 5 puntos. Los resultados indicaron una buena consistencia interna, adecuada fiabilidad test-retest y una alta correlación con la escala original (0.92). No obstante, a día de hoy todavía son escasos los trabajos que han utilizado esta escala breve, empleándose en mayor medida la FNEs y la SADs, a pesar de la polémica existente.

Posteriormente, siguiendo los criterios del DSM-III-R, en Australia, Mattick y Clarke (1989) diseñaron la *Escala de Fobia Social (SPS)* y la *Escala de Ansiedad ante las Interacciones Sociales (SIAS)* mientras en EE.UU., Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989) crearon el *Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)* basándose en el DSM-III. Veamos a continuación cada uno de ellos.

V.1.2.1.2. *Escala de Fobia Social (SPS) y la Escala de Ansiedad ante las Interacciones Sociales (SIAS)*

Mattick y Clarke (1989) desarrollaron estas escalas de acuerdo con los criterios del DSM-III-R para la Fobia Social, con el objeto de evaluar distintos aspectos de este constructo. Así, la SIAS tiene como fin medir las respuestas de ansiedad en las interacciones sociales, mientras la SPS fue diseñada para medir la ansiedad de actuación (p.ej., comer o beber en público). Por tanto, distintos autores han recomendado que estos cuestionarios se administren conjuntamente, al medir aspectos complementarios del constructo ansiedad social (Brown et al., 1997; Mattick y Clarke, 1998).

Ambas escalas contienen 20 ítems y se responden de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos (rango: 0-4). Los datos psicométricos indican un coeficiente alfa de 0.93 y 0.89 para la SIAS y la SPS, respectivamente (Mattick y Clarke, 1998)³. Asimismo, estos autores informan de unos coeficientes de correlación test-retest superiores a 0.90 en ambas escalas durante períodos de 1 y 3 meses. Respecto a la validez concurrente, Heimberg, Mueller, Holt, Hope y Liebowitz (1992) encontraron que la SIAS estaba más relacionada con medidas de interacción social, mientras la SPS correlacionaba sólo con una medida de ansiedad de actuación. En esta línea, Cox et al. (1998) señalan que la SIAS correlaciona altamente con las subescalas de situaciones sociales de la LSAS mientras la SPS muestra correlaciones más altas con la subescala de ejecución de la LSAS. Por otra parte, Ries et al. (1998) informan que mientras la SIAS muestra correlaciones significativas con los pensamientos positivos y negativos que se generan durante una prueba observacional consistente en iniciar y mantener conversaciones, la SPS correlaciona con el tiempo empleado en otra prueba observacional (hablar en público). De igual modo, Norton, Cox, Hewitt y McLeod (1997) encontraron que la SPS y la SIAS aparecían relacionadas con diferentes variables de personalidad.

Respecto a la validez discriminante, Heimberg et al. (1992) y Mattick y Clarke (1998) informaron que los sujetos con FS puntuaban más alto en la SIAS y la SPS que los del grupo control. En esta línea, Rapee, Brown, Antony y Barlow (1992) hallaron en su estudio que los sujetos con FS mostraban puntuaciones más elevadas en la SIAS que los sujetos con otros trastornos de ansiedad frente a un grupo control. En este sentido, estudios que han comparado sujetos con FS con una muestra comunitaria (Heimberg et al., 1992) o con otros sujetos con distintos trastornos mentales frente a un grupo control (Brown et al., 1997) han mostrado que la SIAS identificó correctamente al menos al 86% de los sujetos con FS y un 76% empleando la SPS. Asimismo, el número de sujetos sin FS correctamente diagnosticados fue del 70% a través de la SIAS y del 72% mediante la SPS, siendo la eficacia media de la SIAS del 75% y de un 73% para la SPS. Cuando se utilizaron ambas escalas conjuntamente, el porcentaje de eficiencia se elevó al 77%. Respecto a estas escalas, Brown et al. (1997) señalan que mientras que la SIAS ha permitido diferenciar entre sujetos con otros trastornos de ansiedad o un grupo control, la SPS no ha podido distinguir a sujetos con FS respecto de aquellos diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia. Estos autores consideran que una

³ Si bien citamos el año en que han sido publicados los resultados, éstos se corresponden al estudio de 1989, los cuales habían sido

posible explicación es el hecho de que una elevada proporción de sujetos con trastorno de pánico y agorafobia presentaba un diagnóstico adicional de FS (41%). Sin embargo, en un estudio reciente, Peters (2000) ha informado que tanto la SIAS como la SPS permitían discriminar entre sujetos con FS y sujetos con un diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Respecto a la diferenciación de las escalas establecida por los autores en relación con su función (la SIAS para evaluar el subtipo generalizado o situaciones de interacción social y la SPS para el subtipo específico o situaciones de actuación social), Heimberg et al. (1992) hallaron que mientras que la SIAS sí permitía discriminar entre ambos subtipos, no lo hacía así la SPS. Este resultado puede ser debido a que la mayoría de sujetos con FSG también presentaban ansiedad ante situaciones que implicaban actuación delante de otros. Heimberg et al., (1992) concluyó que “estas escalas pueden ser útiles para determinar los subtipos de Fobia Social y para el análisis de los tipos de situaciones temidas por los pacientes fóbicos sociales” (p.70). Por otro lado, Ries et al. (1998) compararon tres grupos: uno compuesto por sujetos con miedo a hablar en público (MHP, en adelante), un segundo integrado por sujetos con FSG y un tercero formado por sujetos con FSG y TPE. Los autores informaron que si bien la SIAS permitía discriminar entre los sujetos con FSG (con o sin TPE) y quienes informaban MHP, la SPS podía diferenciar entre los sujetos que habían recibido un diagnóstico de FSG y TPE frente a los sujetos que presentaban MHP, pero no parecía discriminar entre sujetos con FSG con respecto a los otros grupos. Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson, (2000) son más contundentes al afirmar que no existe consistencia entre FSG y SIAS vs. FS no generalizada y SPS.

Por otra parte, varios estudios han indicado que tanto la SIAS como la SPS son escalas sensibles al cambio terapéutico (Cox et al., 1998; Mattick y Peters, 1988; Mattick et al., 1989; Ries et al., 1998).

Finalmente, tres trabajos han examinado la estructura factorial de la SIAS y de la SPS con el fin de corroborar el modelo de 2 factores propuesto por los autores de las escalas. El primero de estos estudios fue llevado a cabo en Canadá por Habke, Hewitt, Norton y Asmundson (1997), quienes sin embargo, encontraron tres factores en las dos subescalas: (a) ansiedad ante las interacciones sociales, (b) miedo a la observación por

parte de los demás y (c) un nivel general de malestar en las situaciones sociales. Este último factor estaba compuesto por cuatro ítems de la SIAS, precisamente aquellos que requerían una puntuación inversa. Una limitación a estos resultados es el hecho de que la SIAS original sólo contiene tres ítems con puntuación inversa y no cuatro. Se desconoce por qué se ha modificado esta escala y el alcance de esta modificación a la hora de interpretar estos resultados. Posteriormente, Safren, Turk y Heimberg (1998) encontraron asimismo una estructura trifactorial: (a) ansiedad ante las interacciones sociales, (b) ansiedad ante la observación de los demás y (c) miedo de que los otros noten las respuestas de ansiedad (sudoración, enrojecimiento). De este modo, la SIAS evalúa la ansiedad ante las interacciones sociales y parece mostrarse unifactorial, mientras que la SPS mide el miedo a la evaluación de los demás y aparece como multifactorial, representando estos tres factores diferentes aspectos de un factor de orden superior (el propio constructo ansiedad social).

No obstante, en un estudio llevado a cabo con población adulta española (Olivares, García-López e Hidalgo, 2001) se ha constatado que tanto la SIAS como la SPS son unidimensionales e integran dos aspectos (ansiedad ante la interacción social vs. ansiedad de actuación) de una dimensión de orden superior, el constructo ansiedad social. Este resultado es consistente con lo hallado por Mattick y Clarke (1998), los autores originales de las escalas. Asimismo, los resultados del trabajo de Olivares et al. (2001) han mostrado valores de fiabilidad excelentes para ambas escalas en población adulta española. Por su parte, Olivares, Hidalgo, Rivero y Piqueras (2004) han informado de los primeros datos relativos a la estructura factorial de estas escalas en población comunitaria adolescente española, que es coherente con la solución factorial hallada en población adulta.

Estos datos ponen de manifiesto que son numerosos los estudios que apoyan el uso del SIAS como instrumento de evaluación en la Fobia Social, no ocurriendo así con la SPS cuya relevancia aún no está aún totalmente fundamentada, por lo que las investigaciones futuras deberán ayudarnos a determinar cuál es su papel.

V.1.2.1.3. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) e Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (SPAI-C).

Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989) diseñaron este inventario siguiendo el modelo de Goldfried y D'Zurilla (1969), con el fin de disponer de un cuestionario que

evaluara específicamente la Fobia Social, tal como se definía en el DSM-III. El SPAI consta de 45 ítems que miden Fobia Social y agorafobia, evaluándose ambos trastornos a través de dos subescalas. La subescala de Fobia Social contiene 32 ítems, 17 de los cuales miden ansiedad social en cuatro contextos: presencia de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general. La subescala de agorafobia consta de 13 ítems. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 puntos. Asimismo, con el objeto de controlar las respuestas de ansiedad atribuibles a la agorafobia, se derivó una puntuación denominada “*Diferencia*”, la cual se obtiene de restar los valores de la subescala de Fobia Social y agorafobia.

Actualmente existe un debate acerca de cuál de las medidas del SPAI es la mejor para valorar la Fobia Social. Turner et al. (1989) indicaron que la puntuación *Diferencia* era la más adecuada, pero un estudio posterior señaló que la puntuación obtenida en la subescala de Fobia Social podía ser la mejor medida para evaluar las respuestas de ansiedad social (Herbert, Bellack y Hope, 1991). Beidel y Turner (1992) criticaron las conclusiones del trabajo de Herbert et al. (1991) debido a su falta de apoyo empírico, ofreciendo a su vez nuevos datos que reafirmaban su posición. Como resultado de este debate, Herbert, Bellack, Hope y Mueser (1992) volvieron a sugerir que la elección acerca de qué medida del SPAI debía emplearse, quedaba determinada por el propósito de la investigación. Así, la puntuación *Diferencia* podría utilizarse en caso de que el objetivo fuera establecer un diagnóstico diferencial con la agorafobia o bien emplearse la puntuación de la subescala de Fobia Social si lo que se pretendía era evaluar los resultados de un tratamiento psicológico para la Fobia Social. Recientemente, diversos investigadores apuntan el uso de la puntuación obtenida en la subescala de Fobia Social como una medida más parsimoniosa para evaluar las respuestas de ansiedad social (v.gr., Cox, Ross, Swinson y Drenfeld, 1998; Fydrich y Renneberg, 1997; Taylor, Woody, McLean y Koch, 1997; Ries et al., 1998). Por otro lado, tanto Cox et al. (1998) como Osman et al. (1996) hallaron que la subescala de Fobia Social correlacionaba mejor con medidas de ansiedad social que la puntuación *Diferencia*, mientras que los datos de la validez discriminante sugerían que la puntuación *Diferencia* podía ser un índice más válido para la Fobia Social al correlacionar en menor grado con otras medidas de ansiedad y depresión. Finalmente, Clark et al. (1997) indican que en sujetos con FS y un diagnóstico secundario de agorafobia, la puntuación *Diferencia* puede no

reflejar el grado de severidad de las respuestas de ansiedad social, ya que esta puntuación depende de los valores de la subescala de agorafobia.

Independientemente de esta controversia, diversos estudios han evaluado la validez y fiabilidad del SPAI. Así, se ha hallado una elevada fiabilidad test-retest (0.86) y consistencia interna para las subescalas de Fobia Social (0.96) y Agorafobia (0.85) (Turner, Beidel et al., 1989). Estudios posteriores en población de lengua inglesa también han encontrado niveles similares de consistencia interna para estas subescalas: 0.96 y 0.86 para una muestra comunitaria y 0.94 y 0.83 para una muestra universitaria (Osman et al., 1996) y 0.95 y 0.85 en otro estudio con muestra universitaria (Osman, Barrios, Aukes, y Osman, 1995). Además, Bögels y Reith (1999) demostraron la fiabilidad y validez discriminante de esta escala en población de lengua alemana.

Respecto a la validez de constructo de esta escala, distintos estudios señalan que el SPAI fue capaz de discriminar entre sujetos con FS y otros trastornos de ansiedad (Peters, 2000; Turner, Beidel et al., 1989; Turner, Stanley, Beidel y Bond, 1989) y entre los subtipos de FS (Habke et al., 1997; Ries *et al.*, 1998). De igual modo, Beidel, Turner, Stanley y Dancu (1989) constataron la validez concurrente del SPAI y Osman et al. (1996) encontraron que posee una adecuada validez concurrente y discriminante. Por otra parte, distintos trabajos han indicado que el SPAI es una medida adecuada para valorar el cambio terapéutico (v.gr., Beidel, Turner y Cooley, 1993; Cox et al., 1998; Ries *et al.*, 1998).

Por último, Osman et al. (1995, 1996) examinaron la estructura factorial del SPAI, constatando un mejor ajuste del modelo de dos factores y encontrando una estructura de 5 factores para la subescala de Fobia Social en una muestra universitaria.

Llegados a este punto, cabe indicar que el SPAI es uno de los pocos instrumentos de evaluación que si bien no había sido diseñado específicamente para población adolescente, sí ha demostrado su validez y fiabilidad en este período de edad (Clark et al., 1994). Este estudio examinó el SPAI en una muestra de 223 adolescentes estadounidenses (102 casos clínicos y 121 no-clínicos) y un rango de edad entre 14 y 18 años. Los resultados corroboran el modelo de 2 factores propuesto por Turner, Stanley *et al.* (1989), hallándose coeficientes alfa adecuados para las puntuaciones de las

medidas de Fobia Social (0.97), Agorafobia (0.91) y *Diferencia* (0.97). Asimismo estos autores proporcionaron datos acerca de su validez de constructo en esta población.

Debido a que sólo se disponía de datos en lengua inglesa, Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999) estudiaron las propiedades psicométricas del SPAI en población adolescente española, el primero que se realiza en España. Estos autores emplearon un elevado tamaño muestral (N=3160) y un rango de edad de 14-17 años (M=15.29, SD=0.91). Los resultados mostraron, en primer lugar, coeficientes adecuados de consistencia interna (0.955, 0.835 y 0.955 para los valores de Fobia Social, Agorafobia y *Diferencia*, respectivamente), los cuales eran similares a los hallados en poblaciones con equivalentes rangos de edad y pertenecientes a otros contextos culturales (Clark et al., 1994; Osman et al., 1995, 1996). En segundo lugar, mediante un análisis confirmatorio del SPAI se corroboró el modelo de dos factores informado por Turner, Stanley et al. (1989). En tercer lugar, tanto el análisis exploratorio como confirmatorio de la Subescala de Fobia Social reveló una estructura de cuatro factores, en contra de los resultados obtenidos por Osman et al. (1995).

En relación con la controversia aún existente acerca de la puntuación más apropiada para esta escala, un estudio en muestra universitaria española (García-López et al., 2000) reveló que: (a) la subescala de Fobia Social correlacionaba altamente con el apartado relativo a la Fobia Social dentro del ADIS-IV-L, (b) la puntuación *Diferencia* del SPAI correlacionaba en menor medida con la subescala de Agorafobia y (c) la subescala de Fobia Social mostraba poseer mejor fiabilidad test-retest. Finalmente, Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (2000) propusieron puntos de corte con el objeto de permitir discriminar a los sujetos con FS respecto a sujetos sin este trastorno en muestras comunitarias.

Todo ello parece indicar una mayor utilidad de la subescala de Fobia Social teniendo en cuenta la validez de constructo, pero como consecuencia de la falta de datos acerca de la validez divergente, no podemos concluir sobre qué medida es la mejor. Es decir, si bien la subescala de Fobia Social se muestra como una medida más específica para medir las respuestas de ansiedad social, la puntuación de *Diferencia* también parece ser útil en la evaluación de la Fobia Social de cara a establecer un diagnóstico diferencial con el trastorno de agorafobia (Cox et al., 1998; Peters, 2000; Taylor et al., 1997;

Turner et al., 1989). En conclusión, hasta la fecha, no está clara la superioridad de una medida frente a otra.

De acuerdo con Beidel y Turner (1998), el SPAI se desarrolló para ser utilizado con sujetos mayores de 14 años, y para niños de edades comprendidas entre los 8 y los 14 años. Beidel, Turner y Morris (1995) desarrollaron el SPAI-C. El SPAI-C consta de 16 ítems diseñados para evaluar la ansiedad así como las manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la ansiedad. El SPAI-C ha mostrado una elevada fiabilidad test-retest a las dos semanas y adecuada a los diez meses, así como una alta consistencia interna (Beidel et al., 1995). Las puntuaciones basadas en el SPAI-C permiten diferenciar con éxito a niños con ansiedad social de niños con otros trastornos o sin ellos (Beidel, Turner y Fink, 1996; Beidel, Turner, Hamlin y Morris, 2000). Estos mismos autores hallaron también una adecuada validez convergente. Respecto a su utilidad clínica, el SPAI-C se ha mostrado significativamente sensible al cambio terapéutico (Beidel, Turner y Morris, 2000). Un estudio muy reciente Inderbitzen-Nolan, Davies y McKeon (2004) evaluaron la validez de constructo del SPAI-C, comparando su sensibilidad y especificidad con la SAS-A. Los resultados indicaron que el SPAI-C es una medida más sensible que la SAS-A (61.5% vs. 43.6%), aportando evidencia de la validez de constructo de la escala. Las dos medidas fueron similares respecto a la especificidad (82.7% para ambos). También Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti y Fisher (en prensa) han presentado datos a favor de la validez de constructo del SPAI-C y la SAS-A, así como datos normativos y pruebas a favor de la utilización de ambas pruebas con población adolescente.

Finalmente, Olivares, Hidalgo, García-López, Sánchez-García y Piqueras (2004) dieron a conocer un estudio donde se presentan los primeros datos de la versión abreviada de esta escala (SPAI-B) en población adolescente. Tras administrar la prueba completa a una muestra de adolescentes, se redujo la escala a la mitad de ítems. De esta forma, la versión abreviada del SPAI quedaría con 29 ítems, 16 que evalúan Fobia Social y 13 que miden Agorafobia. La versión abreviada del SPAI presenta unas buenas propiedades psicométricas, además de disminuir significativamente el tiempo de administración, lo que resulta especialmente ventajoso para su utilización en contextos comunitarios.

V.1.2.1.4. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)

A diferencia del SPAI, la SIAS o la SPS, la SAS-A (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, La Greca y Lopez, 1998) se basó en el modelo conceptual propuesto por Watson y Friend (1969) y no en los criterios del DSM referentes a la Fobia Social. La Greca y Lopez (1998) desarrollaron esta escala a partir de la Escala revisada de Ansiedad Social para Niños (*Social Anxiety Scale for Children*, SASC-R; La Greca y Stone, 1993), modificando únicamente el lenguaje empleado. Así, el término “niño” en la SASC-R ha sido modificado por “compañeros”, “otras personas” o “gente” en la SAS-A. Al igual que la SASC-R, la SAS-A consta de 22 ítems de los cuales 4 son nulos (es decir, no se tienen en cuenta de cara a la puntuación). Por tanto, son 18 los ítems que se agrupan en tres subescalas: subescala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE; 8 ítems), subescala de Evitación y Ansiedad Social ante Extraños (SAD-N; 6 ítems) y la subescala de Evitación y Ansiedad Social ante gente en General (SAD-G; 4 ítems). Storch, Eisenberg, Roberti y Barlas (2003) investigaron las propiedades psicométricas de la SASC-R en población infantil hispana, hallando apoyo inicial para la fiabilidad y validez de la SASC-R.

La Greca y Lopez (1998) estudiaron las propiedades psicométricas de la SAS-A en una muestra no clínica de 250 adolescentes estadounidenses con un rango de edad entre los 16 y 18 años, constatándose el modelo de tres factores y hallándose niveles adecuados de consistencia interna en las subescalas FNE (0.91), SAD-N (0.83) y SAD-G (0.76). Valores ligeramente inferiores fueron encontrados en un estudio con población clínica de esta misma nacionalidad: FNE (0.87), SAD-N (0.81) y SAD-G (0.74) (Ginsberg, La Greca y Silverman, 1998), y ligeramente superiores a ambos estudios en población comunitaria española: FNE (0.94), SAD-N (0.87) y SAD-G (0.80) (Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999).

Del mismo modo, Inderbitzen y Walters (2000), replicaron el modelo de tres factores de la escala y hallaron una buena consistencia interna de las subescalas y validez de constructo para la SAS-A.

En un estudio reciente, Myer, Stein y Aarons (2002) han examinado las propiedades psicométricas de la escala en una muestra de 728 adolescentes. Tras confirmar la estructura factorial propuesta por La Greca y Lopez (1998), los autores modifican la escala original eliminando tres ítems y encuentran un mejor ajuste del modelo trifactorial a los datos, con una proporción de la varianza explicada superior a la del

estudio original, así como iguales o mejores propiedades psicométricas. Estos datos proporcionan apoyo inicial para la utilidad de la SAS-A revisada, especialmente en casos en los que se requiere una medida más breve. No obstante, son necesarios más estudios para determinar si la versión revisada de la SAS-A representa un instrumento de evaluación óptimo para la Fobia Social en población adolescente.

Por lo que respecta a la población española, varios estudios con población comunitaria apoyan la fiabilidad de la SAS-A, y la estructura tridimensional propuesta por los autores originales de la escala con buena consistencia interna para las subescalas (Olivares, Ruiz et al., 1999) así como su buena fiabilidad test-retest (García-López et al., 2001; Ruiz, Olivares, Hidalgo y García-López, 2000) y validez discriminante (Olivares et al., 1999). Recientemente, algunos estudios con tamaño muestral más amplio han aportado datos que también apoyan la fiabilidad y validez de la prueba (Olivares, Ruiz et al., 2005; Piqueras, Olivares, Hidalgo, Ruiz y Sánchez-García, 2004).

Del mismo modo, los estudios llevados a cabo sobre la versión española de la SASC-R, con una muestra no clínica de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 7 y los 16 años, han informado de idéntica estructura factorial que la de la escala original (Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Sánchez-Arribas, 1999), y han aportado evidencia empírica a favor de su fiabilidad y validez (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Sánchez-Arribas, 1999).

Recientemente, la creadora de la SAS-A junto con otro investigador (Glickman y La Greca, 2004) han publicado un estudio donde se desarrolla y evalúa las propiedades psicométricas de una nueva escala que evalúa la ansiedad ante las citas en adolescentes (Dating Anxiety Scale for Adolescents, DAS-A). El análisis factorial reveló una solución de 3 factores con unos niveles de consistencia interna aceptables: miedo a la evaluación negativa en situaciones de citas (FNE-Dating); malestar social de interacción en situaciones de cita con parejas potenciales o reales (SD-Date) y malestar social en un grupo mixto (SD-Group). Los resultados también mostraron que los adolescentes más jóvenes informaban de más ansiedad ante citas que los más mayores, y que los chicos puntuaban más alto en la subescala SD-Group que las chicas. Por último, la ansiedad ante citas se mostró asociada con ansiedad relacionada con iguales y síntomas depresivos y fue un predictor significativo del estado actual y usual de citas, incluso cuando se controló para los adolescentes la ansiedad social relacionada con los iguales.

V.1.2.1.5. Escala de Ansiedad ante la Interacción (IAS) y Escala de Ansiedad ante Hablar en Público (AAS)

Ambas escalas fueron desarrolladas por M.R. Leary en 1983. La IAS mide ansiedad ante situaciones “contingentes”, es decir, en las que se precisa la retroalimentación de los demás (p.ej., iniciar y mantener conversaciones) y la AAS evalúa la ansiedad en situaciones “no contingentes”, en las que no se precisa de ella (p.ej., preparar una conferencia). Estas escalas incluyen ítems que evalúan las respuestas cognitivas y psicofisiológicas, pero no motoras. Leary y Kowalski (1993) pusieron de manifiesto la validez de constructo y la fiabilidad test-retest de estas escalas y Sanz (1994) proporcionó datos acerca de la validez y fiabilidad de la IAS en población adulta española.

V.1.2.1.6. Escala de Auto-Afirmaciones en Situaciones Sociales (SISST)

La SISST fue construida por Glass, Merluzzi, Biever y Larsen (1982) con el fin de evaluar los pensamientos generados por el sujeto después de una prueba observacional consistente en una situación de interacción social con una persona del sexo opuesto, por lo que la SISST frecuentemente ha sido aplicado en el contexto de los test situacionales que evalúan las habilidades sociales del sujeto adulto (véase V.2.1).

La SISST contiene 30 ítems (15 que evalúan pensamientos positivos y otros quince relativos a pensamientos negativos), siguiendo el formato de respuesta en una escala Likert de 5 puntos (rango: 1-5). Respecto a sus propiedades psicométricas, esta escala ha mostrado niveles adecuados de fiabilidad y validez así como ser sensible al cambio terapéutico (c.f. Glass y Arnkoff, 1997).

Una limitación de la SISST, consiste en que los pensamientos están limitados a aquellos que implican interacciones heterosexuales y no cubren otras situaciones sociales que puedan ser temidas por los sujetos con FS (Elting y Hope, 1995). Por tanto, es necesaria mayor investigación para evaluar la validez de la SISST en otras situaciones o bien desarrollar otras medidas de auto-afirmaciones específicas para otro tipo de situaciones (Herbert, Rheingold y Brandsma, 2001).

A este respecto, la SISST ha sido recientemente modificada para evaluar los pensamientos asociados con la situación de hablar en público (Hofmann y DiBartolo, en prensa). Esta modificación ha dado lugar a un nuevo instrumento, la *Self-Statements*

During Speaking Scale (SSPS) que está compuesta por 10 ítems que conforman 2 subescalas de 5 ítems, una hace referencia a pensamientos positivos y la otra a los negativos. Difiere de la SISST en que no es necesaria la representación previa de la situación para evaluar los pensamientos temidos.

V.1.2.1.7. *Inventario de Situaciones Interpersonales (IIS)*

Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999) desarrollaron este inventario con el fin de evaluar las respuestas de ansiedad social en población adulta. El IIS consta de 35 ítems que son puntuados de acuerdo al grado de *malestar* que el sujeto recuerda haber experimentado en cada una de las situaciones que representan los ítems y la *frecuencia* con que lo ha experimentado. En este sentido, los autores derivaron dos subescalas: de malestar y de frecuencia. La primera integra cinco factores y la segunda ocho.

Los resultados de los estudios psicométricos, tanto con muestras clínicas como comunitarias, ponen de manifiesto que el IIS: (a) posee valores altos en su consistencia interna, (b) presenta una excelente fiabilidad test-retest, (c) muestra una buena validez discriminante, convergente y predictiva, (d) es sensible al cambio terapéutico y finalmente, se constata la invarianza de la estructura factorial y de los ítems de la escala.

Dada las excelentes propiedades psicométricas de esta escala, parece un instrumento de medida prometedor y los estudios futuros habrán de replicar en otras poblaciones los resultados obtenidos por los autores con muestras de lengua alemana.

V.1.2.1.8. *Inventario de Fobia Social (SPIN)*

Basándose en la estructura de la BSPS (véase V.1.1.3.2.), Connor et al. (2000) desarrollaron el SPIN para su aplicación en población adulta. Este inventario consta de 17 ítems que miden respuestas cognitivas, motoras y psicofisiológicas. Los ítems se responden de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos (rango: 0-4). Los resultados muestran que este instrumento posee unos niveles de consistencia interna adecuados, buena validez convergente, divergente, discriminante, fiabilidad test-retest y además es sensible al cambio terapéutico. No obstante, hay que señalar que la consistencia interna de la subescala que evalúa las respuestas psicofisiológicas es menor que las subescalas que miden las respuestas cognitivas y motoras, tal como ocurría en la BSPS. Asimismo los autores proponen un punto de corte de la escala (puntuación de 19) de cara a

distinguir entre sujetos con y sin FS y sugieren la utilidad de este inventario para su uso en poblaciones comunitarias, dada su brevedad y simplicidad de aplicación o su facilidad de corrección. Sin embargo, una limitación de este instrumento es que no permite diferenciar entre los subtipos de Fobia Social, como ocurre en la SPS y la SIAS.

V.1.2.1.9. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)

Este cuestionario fue diseñado originalmente por Gilkinson (1942) y posteriormente modificado por Paul (1966) con el objeto de evaluar tanto el miedo como la seguridad a hablar en público (antes, durante y después), reduciéndose de los 101 ítems originales a 30 ítems con un formato verdadero-falso. Varios estudios han encontrado una consistencia interna alta y han constatado que es un instrumento de evaluación válido en población clínica (Klorman, Weerts, Hastings, Melamed y Lang, 1974; Lombardo, 1988). En España, Bados (1986) modificó el formato de respuesta, incorporando una escala Likert de 6 puntos e informó de la validez y fiabilidad de esta escala en población adulta. Asimismo, Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) constataron la utilidad de esta versión del PRCS en población adolescente.

V.1.2.1.10. Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (CDHP)

Montorio, Guerrero e Izal (1991) crearon el CDHP para evaluar el grado de dificultad que el sujeto presenta durante la situación de hablar en público. Este cuestionario consta de 33 ítems que miden respuestas cognitivas, motoras y psicofisiológicas. Los ítems se responden de acuerdo con una escala Likert de 4 puntos (rango: 1-4). Los resultados muestran que la consistencia interna de la escala es alta (0.87) y además este instrumento posee una buena validez concurrente. En un estudio posterior, Montorio, Izal, Lázaro y López (1996) hallaron que este cuestionario se mostraba sensible para medir la eficacia de tratamientos psicológicos para el miedo a hablar en público.

V.1.2.1.11. Escala de Auto-afirmaciones ante una Situación de Hablar en Público (SSPS)

La construcción de este instrumento fue efectuada por Hofmann y DiBartolo (2000) con la finalidad de evaluar las autoafirmaciones del sujeto y el grado de malestar experimentado mientras habla en público. Está basado en la SISST de Glass et al.

(1982) mencionada más arriba y se compone de 10 ítems que se puntúan según una escala de Likert de 6 puntos (rango 0-5) los cuales se dividen en dos subescalas: la SSPS-N que contiene 5 ítems con autoafirmaciones negativas y la SSPS-P que contiene 5 ítems con autoafirmaciones positivas.

Para poner a prueba el instrumento, los autores efectuaron 4 estudios, tres de ellos con estudiantes y uno con sujetos con FS. Obtuvieron la estructura factorial mencionada anteriormente, así como buena consistencia interna y buena fiabilidad test-retest. En el estudio efectuado con fóbicos sociales, los autores encontraron además que la subescala que contiene ítems con autoafirmaciones negativas (SSPS-N) era mucho más sensible al cambio terapéutico que la subescala con autoafirmaciones positivas (SSPS-P). Con ello, se podría confiar en que la subescala SSPS-N pudiese discriminar entre sujetos ansiosos y sujetos sin ansiedad ante una situación de hablar en público, con lo cual la utilidad del instrumento se consideraría mayor.

V.1.2.1.12. Escala para la Detección de Ansiedad Social (EDAS)

La Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) es un nuevo autoinforme desarrollado para evaluar la ansiedad social en la adolescencia creado y validado en población adolescente española. Los ítems seleccionados para formar el banco fueron los que hacían referencia expresa a los criterios diagnósticos del DSM para la Fobia Social y que respondieran a la operacionalización propuesta por Lang (1968) sobre el triple sistema de respuesta de ansiedad (cognitivo, psicofisiológico y motor). En consecuencia, el cuestionario se diseñó de tal modo que sus dos primeros ítems tuvieran por objeto evaluar el componente cognitivo de la Fobia Social (criterio A; APA, 1994) y el resto se destinaron tanto a la medida del miedo y la evitación (criterios B-D) como a la del nivel de interferencia que el trastorno pudiera presentar en el sujeto (criterio E). A continuación los ítems seleccionados se confrontaron y complementaron con el listado de las situaciones sociales más frecuentemente temidas por los sujetos. De este proceso resultó una colección de diez ítems o elementos que son los que integran actualmente la versión de la EDAS. De los 10 ítems que integran la Escala, 2 tienen un formato dicotómico (Si / No) y valoran el cumplimiento del criterio A del Trastorno de Ansiedad/Fobia Social (componente cognitivo --DSM-IV-TR; APA, 2000--); los 8 ítems restantes se presentan bajo el formato de una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (rango: 1-5). Estos 8 ítems presentan al sujeto situaciones sociales (de relación o actuación) que generalmente son temidas por los

sujetos con Ansiedad/Fobia Social y son valorados de acuerdo con el grado de evitación, de sobreactivación e interferencia que ocasiona cada uno de ellos al sujeto (Criterios B-E). En consecuencia, la EDAS evalúa el constructo Ansiedad/Fobia Social teniendo en cuenta el criterio de interferencia, lo que la sitúa como la única escala que contempla este aspecto tan relevante para el diagnóstico de este trastorno. En definitiva, la escala se compone de 26 ítems y una escala de respuesta de 5 puntos.

Respecto a las propiedades psicométricas de la Escala, el análisis factorial exploratorio ha aislado 2 factores: Ansiedad Social e Interferencia, los cuales explican el 40.52% de la varianza. La consistencia interna es alta (0,92). No se han encontrado diferencias significativas debidas al sexo, a la edad y a la interacción sexo por edad, a excepción del efecto debido al género en la subescala de Ansiedad Social, mostrando las chicas una puntuación mayor que los chicos. Los resultados apoyan la fiabilidad y validez de la EDAS en la evaluación de la ansiedad social en adolescentes españoles (Olivares, García-López y Piqueras, en prensa; Olivares, García-López, Piqueras, Hidalgo y García, 2004; Olivares, Piqueras y Sánchez-García, 2004).

V.1.2.2. Otros cuestionarios que contienen subescalas de Fobia Social

V.1.2.2.1. Fear Questionnaire (FQ)

Marks y Mathews (1979) desarrollaron este cuestionario de 15 ítems incluyendo una subescala de Fobia Social que recoge cinco situaciones que evalúan ansiedad social y que se puntúan según el grado de evitación (rango: 0-8). Aunque el FQ permitió clasificar correctamente al 82% de los sujetos con FS (Cox, Swinson y Shaw, 1991), los datos disponibles actualmente no permiten pronunciarse respecto de su capacidad para discriminar entre los subtipos de Fobia Social, dado que en el estudio de Gelernter, Stein, Tancer y Uhde (1992) el FQ permitió discriminar entre sujetos con un subtipo específico frente a aquellos con un subtipo generalizado pero no en el de Heimberg, Hope, Dodge y Becker (1990). Por último, hay que señalar que si bien el modelo de tres factores de la escala (Fobia Social, fobia específica y agorafobia) ha sido corroborado en estudios con muestras clínicas (Cox, Parker y Swinson, 1996; Cox, Swinson, Parker, Kuch y Reichman, 1993), no ocurrió así en una muestra comunitaria (Trull y Hillerbrand, 1990). De igual modo, los coeficientes de consistencia interna de la subescala de Fobia Social han sido adecuados en poblaciones clínicas (Cox et al., 1993, 1996) pero bajos en muestras comunitarias (Trull y Hillerbrand, 1990). No obstante

podemos concluir que las propiedades psicométricas de la subescala de Fobia Social del FQ son buenas (para una revisión, véase Shear et al. (2000).

V.1.2.2.2. Inventario de Temores (IT)

Granell y Feldman (1981a) crearon este inventario como un instrumento que permitiera detectar miedos en la población universitaria venezolana, encontrando estos autores niveles adecuados de fiabilidad y validez. En un análisis de los ítems encontraron 4 factores a los que denominaron: (a) fracaso y relaciones interpersonales, (b) hablar en público y exámenes, (c) muerte y lesiones y (d) misceláneos (pequeños animales, visión de aguas profundas y criaturas imaginarias) (Granell y Feldman, 1981b). Como puede observarse, los dos primeros factores están relacionados con la Fobia Social. De hecho, el primer factor evaluaría la ansiedad ante situaciones sociales que implican interacción social, mientras el segundo factor haría referencia a la ansiedad ante la actuación delante de los demás. Los datos indicaron que el 2'7% de la población manifestaba miedo al fracaso y a las interacciones personales y un 2'98% mostraba miedo a hablar en público y a los exámenes. En un segundo análisis de estos datos, Granell y Feldman (1986) observaron que tan sólo los miedos referidos a situaciones amenazantes para la vida del individuo, tales como terremotos, muerte u operaciones quirúrgicas eran más frecuentes que los relativos a situaciones de tipo interpersonal y de evaluación social. Una limitación de estos resultados es el hecho de que se había producido un terremoto en la ciudad hacía cinco años, lo cual pudo haber incrementado artificialmente los porcentajes del miedo a las situaciones amenazantes.

V.1.2.2.3. The Wolpe Fear Survey Schedule (FSS-III)

La FSS fue elaborada por Lang y Lazovick (1963) originalmente para su uso en investigación, y posteriormente fue modificada por Wolpe y Lang (FSS-III; Wolpe y Lang, 1964) para propósitos clínicos, aunque su uso en el campo de la investigación ha sido cada vez mayor (v.gr. Arrindell, Oei, Evans y Van der Ende, 1991). La FSS-III está constituida por 76 ítems que evalúan seis factores: miedo a los animales, a enfermedades/heridas, fobias clásicas, a estímulos sociales, a ruidos, y a otros estímulos (p.e. insectos). A pesar de las muchas críticas de autores sobre la falta de información acerca de las propiedades psicométricas de la FSS-III (v.gr. Franks y Wilson, 1978), varios estudios han examinado la estructura factorial subyacente de esta escala. La mayoría de estos estudios son consistentes al informar de una estructura de cuatro

factores: miedo a situaciones interpersonales-sociales, miedo a la sangre-heridas-muerte, a animales e insectos, y miedos agorafóbicos (v.gr. Arrindell, Pickergill, Merckelbach, Ardon y Cornet, 1991, Beck, Carmin y Henninger, 1998).

Respecto a la validez discriminante, Stravynski et al., (1995) examinaron si la FSS podía discriminar correctamente entre tres tipos de fobia: Fobia Social, fobia específica y agorafobia (al igual que el FQ). Los resultados señalaron que esta escala permitía distinguir entre estos tres trastornos de ansiedad y, en concreto, estos autores informaron que el 100% de los sujetos con FS pudieron ser diagnosticados correctamente. En contradicción con estos resultados, Beck et al., (1998), encontraron que la capacidad del FSS-III para discriminar entre pacientes con trastorno de pánico, FS y fobia específica era baja. Por tanto nos encontramos ante una escala que necesita de mayor investigación para demostrar su utilidad como instrumento de evaluación para la Fobia Social.

V.1.2.2.4. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Spence (1998) diseñó la escala de ansiedad para niños que tiene su mismo nombre para evaluar la ansiedad informada por niños. Esta escala evalúa un amplio rango de síntomas de ansiedad, y facilita información sobre trastornos de ansiedad específicos de la infancia. Consiste en 45 ítems, 38 de los cuales evalúan la ansiedad y 7 ítems evalúan discapacidad social. Este autoinforme contiene una subescala de Fobia Social, además de las escalas de síntomas relativas a la ansiedad de separación, el trastorno obsesivo-compulsivo, el pánico-agorafobia, ansiedad generalizada y el miedo al daño físico. Recientemente, Spence, Barrett y Turner (2003) han presentado datos de las propiedades psicométricas de la escala que confirman la estructura factorial de seis factores consistentes con los subtipos de ansiedad hipotetizados. La consistencia interna de la puntuación total y las subescalas es alta y la fiabilidad test-retest satisfactoria. La SCAS correlaciona fuertemente con una medida de autoinforme de ansiedad para niños frecuentemente empleada y a un nivel más bajo con una medida de depresión.

SÍNTESIS

En general, el SPAI y la SAS-A se han mostrado como los instrumentos de evaluación más empleados en los estudios publicados debido a las excelentes propiedades psicométricas que poseen tanto en población adolescente (ambos) como

adulto (SPAI) en distintas lenguas (española, inglesa o alemana). En este sentido, Olivares, García-López, Hidalgo et al. (2004) han presentado los resultados de un estudio donde se puso a prueba la relación entre las medidas de ansiedad social para adolescentes y la invarianza a lo largo de las muestras clínicas y comunitarias. De esta forma los resultados mostraron que todas las medidas son invariantes, o dicho de otro modo, miden lo mismo con independencia de las muestras empleadas y por lo tanto evalúan un factor de orden superior unitario denominado “ansiedad social”, aunque cada medida parece cubrir un síntoma específico (cognitivo, motor y somático). Pero sobre todo, los resultados apoyan el uso del SPAI y la SAS-A como medidas de evaluación de primera línea para la ansiedad social en adolescentes (Olivares, García-López, Hidalgo et al. (2002).

Durante los últimos años se ha incrementado notablemente el número de estudios que evalúan las propiedades psicométricas de la SIAS y la SPS. El interés por éstas puede tener su origen en el hecho que el SPAI no fue creado para diferenciar entre sujetos con Fobia Social generalizada vs. específica mientras que la SIAS y la SPS sí fueron desarrollados con este fin. Ahora bien, estas escalas pueden ser instrumentos de evaluación complementarios que nos proporcionen mayor información acerca del sujeto, orientándonos acerca de qué técnicas podrían ser más eficaces en función del subtipo que presentara el sujeto. Así, por ejemplo, dado que frecuentemente los sujetos con Fobia Social generalizada presentan déficits en habilidades sociales, un entrenamiento en éstas parece ser un elemento necesario, mientras no parece serlo en la Fobia Social específica (ansiedad de actuación- v.gr., Beidel y Turner, 1998-). De igual modo, resulta conveniente seguir evaluando la relevancia de la FNES y la SADS así como continuar recogiendo datos sobre los instrumentos de evaluación publicados durante los últimos años.

Por otra parte, también hay que señalar que actualmente no existe consenso a la hora de determinar qué cuestionarios son los más adecuados para evaluar los resultados de los tratamientos, lo cual dificulta la comparación entre los estudios publicados (Antony, 1997). Así, con el fin de facilitar la discusión entre los resultados obtenidos por distintos trabajos, Turner, Beidel, Long, Turner y Townsley (1993) y Turner, Beidel y Wolff (1994) desarrollaron el Índice de Mejoría después del Tratamiento para la Fobia Social (SPEFI) y el Índice de Mejora de Fobia Social (ISPI), con el objetivo de disponer de instrumentos que midieran la mejoría del tratamiento en el posttest y durante el

tratamiento, respectivamente. Aunque la propuesta resulta muy interesante, en la práctica su uso no se ha generalizado dentro de la comunidad científica.

En relación con los cuestionarios que contienen subescalas que miden ansiedad social (FQ, FSS e IT), el elevado número de ítems de la FSS y el IT y el tiempo empleado para su administración, limita la utilización de estas escalas como instrumentos de evaluación en población clínica, considerándose más adecuadas cuando el objetivo sea que los sujetos no perciban el verdadero objetivo de la investigación (al evaluar distintos aspectos, se enmascararía el objeto del cuestionario). Por su parte, el FQ tiene como limitación el escaso número de ítems que evalúan específicamente la ansiedad social.

Por lo que respecta la SSPS como medida para discriminar sujetos con ansiedad ante la situación de hablar en público, se precisan estudios futuros para confirmar la utilidad propuesta por sus autores.

Recientemente, Inglés, Méndez, Hidalgo, Rosa y Orgilés (2003) realizaron una revisión de los cuestionarios, inventarios y/o escalas desarrolladas y validadas para población adolescente (SAS-A y Cuestionario sobre Dificultades Interpersonales para Adolescentes, QIDA) y las adaptaciones de los instrumentos inicialmente desarrolladas y validados para población adulta de habla inglesa (PRCS, FNE, SAD y SPAI), así como también llevaron a cabo un estudio psicométrico comparativo sobre estos instrumentos, en términos de fiabilidad y validez de constructo de estos instrumentos. Por su parte, García-López et al. (2003) llevaron a cabo una revisión del estado de las escalas validadas para medir específicamente la ansiedad social. Las escalas desarrolladas por adultos, adolescentes y niños fueron revisados; centrados en aquellos que informan de propiedades psicométricas para poblaciones hispanohablantes. Caballo, Olivares et al. (2003) también han aportado datos respecto a una revisión de los instrumentos de evaluación de la Fobia Social.

V.1.3. AUTORREGISTROS

El autorregistro es, según distintos autores, un método eficiente y práctico para evaluar la conducta social en el medio ambiente del sujeto y constituye un componente fundamental en el proceso de evaluación de los efectos del tratamiento de la Fobia Social, puesto que a través de la observación se recoge información sobre los aspectos

topográficos de la conducta problema del sujeto (frecuencia, intensidad y duración) (Beidel, Neal y Lederer, 1991; Heimberg, 1991; Turner, Beidel y Cooley, 1994). No obstante, se ha investigado poco sobre su utilidad en este campo. El primer trabajo del que tenemos noticias es el realizado en 1987 por Dodge, Heimberg, Nyman y O'Brien, quienes estudiaron las interacciones con personas del sexo opuesto en una muestra de estudiantes universitarios con y sin ansiedad social a través de un autorregistro diseñado por ellos. Los resultados señalaron que éstos pueden ser instrumentos válidos para su empleo como medida de evaluación. Dos años más tarde Mattick, Peters y Clarke (1989) refrendaron estos resultados y recordaron que los autorregistros permiten: (a) determinar qué situaciones sociales específicas teme el sujeto; (b) conocer los pensamientos distorsionados de éste y (c) seguir los resultados del tratamiento en cada sujeto sesión a sesión.

V.2. MEDIDAS DE OBSERVACIÓN

Hasta aquí hemos revisado las técnicas indirectas (autoinformes) utilizadas en la evaluación de la Fobia Social, ahora vamos a examinar las técnicas directas de evaluación (observación y registros psicofisiológicos). Respecto a la observación a través de observadores previamente entrenados, distintos autores han considerado que es la técnica más apropiada para evaluar la conducta social, pudiéndose llevar a cabo tanto en situaciones naturales como artificiales (Dadds, Rapee y Barret, 1994; Méndez, Olivares y Ros, 1998). Esta última, también conocida como “test situacional”, es la más utilizada ya que permite la observación de conductas que suelen presentarse en la vida cotidiana del sujeto. Estas pruebas frecuentemente son grabadas en vídeo, lo cual permite la observación de las respuestas del sujeto cuantas veces sea necesario, pudiéndose además emplear tantos observadores independientes como se precisen.

V.2.1. TESTS SITUACIONALES

En estas pruebas el sujeto tiene conocimiento de la tarea a realizar, proporcionándosele instrucciones y disponiendo la situación para que se comporte como si estuviera en una situación real.

En el campo de la Fobia Social estas pruebas inicial y fundamentalmente se emplearon para evaluar las habilidades sociales del sujeto, pero no para valorar la

ansiedad social. En este sentido, se pedía al sujeto que durante un tiempo (generalmente tres minutos) iniciara y mantuviera una conversación con otro individuo, estando éste último previamente entrenado. Sin embargo, la relación entre Fobia Social y habilidades sociales es compleja. Si bien existe un cierto grado de solapamiento entre ambos constructos, distintos estudios han señalado que son entidades diagnósticas diferentes, ya que existen sujetos con FS que poseen adecuadas habilidades sociales, así como sujetos con déficits en habilidades sociales que no presentan ansiedad social (McNeil et al., 1995). Hasta el momento tan solo un estudio ha establecido la existencia de déficit de habilidades sociales en sujetos con FS en comparación con un grupo control. En éste, empleando como situación la interacción con una persona del sexo opuesto, Caballo y Turner (1994) evaluaron en qué medida había diferencias significativas en el nivel de las habilidades sociales que presentaba una muestra compuesta por sujetos con FSG y otra integrada por sujetos sin este trastorno. Los resultados pusieron de manifiesto que los elementos moleculares fueron calificados como más pobres en los sujetos con FSG (p.ej., expresión facial, mirada, orientación corporal y la fluidez y duración de la charla).

Sin embargo, algunos autores expusieron sus dudas acerca de lo adecuado de emplear una situación que implique interacción social para evaluar la Fobia Social, por lo que se procedió a evaluar la conducta del sujeto en una situación de hablar en público, en concreto, dar una charla improvisada (c.f., Meier y Hope, 1998). Una ventaja de esta prueba era que aunque no todos los sujetos con FS mostraban una ansiedad elevada ante situaciones que implicaban interacción social, la gran mayoría de sujetos informan una ansiedad elevada ante la situación de hablar en público. De este modo, se pedía al sujeto que diera una charla a un pequeño auditorio (2-5 personas), siendo elegido el tema de la charla por el sujeto de entre tres posibles temas propuestos por los investigadores.

Por otra parte, existen trabajos en los cuales se ha permitido que los sujetos puedan finalizar la exposición antes del tiempo prefijado (respuesta de escape) o bien negarse a realizar la prueba (respuesta de evitación), codificándose estos datos en la hoja de registro y siendo la duración de la charla la principal variable dependiente.

Una variante de los tests situacionales consiste en instalar una cámara de vídeo en vez de observadores y/o modificar el tiempo de la charla, el cual suele variar entre los 2

y los 10 minutos (Beidel, Turner, y Jacob 1989; Hofmann et al., 1995; McNeil y Lewin, 1995).

Empleando como situación el dar una charla improvisada y una muestra de sujetos con y sin FS, Hofmann, Gerlach, Wender y Roth (1997) evaluaron aspectos moleculares tales como duración del contacto ocular, frecuencia de muletillas y de pausas durante la conversación. Los resultados pusieron de manifiesto que los sujetos con FS, en comparación con los del grupo control, informaban de una duración y frecuencia superior de las pausas que se producían durante la charla, existiendo diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales, lo cual era consistente con el trabajo de Lewin, McNeil y Lipson (1996). Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la duración del contacto visual o en la frecuencia de muletillas, lo cual estaba en la línea de lo encontrado en el trabajo de Beidel, Turner y Dancu (1985).

Respecto a la evaluación del componente molecular “contacto visual”, por una parte Bellack (1983) consideró que puede ser difícil para los observadores detectar si el ponente realmente está mirando a los oyentes, pues éste puede mirar a un punto cercano a los oyentes, por lo que el observador al visualizar el test situacional puede entender que el ponente está mirando a un miembro que compone el público cuando no es así. Por otra parte, Caballo y Buela (1988) y Eisler, Miller y Hersen (1993) encontraron una buena fiabilidad interjueces en este componente molecular.

Por último, diversos trabajos han mostrado que las pruebas observacionales son sensibles al cambio terapéutico (c.f., Ollendick y Hersen, 1993). Por ejemplo, Turner, Beidel y Jacob (1994) llevaron a cabo un estudio que evaluó la eficacia del atenolol (tratamiento psicofarmacológico) *vs.* inundación (tratamiento psicológico). Mientras los resultados obtenidos a través de los autoinformes no revelaron diferencias significativas entre ambos tratamientos, sí aparecieron en los datos generados en la prueba observacional (pronunciar una charla), a favor de los sujetos que recibieron el tratamiento psicológico.

Por tanto, sería importante seguir investigando sobre este tema a fin de arrojar luz a la discrepancia de estudios acerca de la validez de la evaluación de los componentes moleculares y/o molares. Sobre esto, Meier y Hope (1998) consideran que para

maximizar la utilidad de los tests situacionales es conveniente buscar una convergencia entre la evaluación de los aspectos molares y moleculares más que centrarse en un solo aspecto. En este sentido, pese a que no en todos los casos la evaluación de los componentes moleculares o molares ha demostrado que los tests situacionales son sensibles al cambio terapéutico y además proporciona una medida fiable, la observación representa una estrategia de evaluación sumamente útil para la evaluación de la Fobia Social, ya que nos suministra datos objetivos y directos sobre la conducta del sujeto. Beidel y Turner (1998) señalaron que la observación podía ser un elemento fundamental de cara al diagnóstico del sujeto, ya que las técnicas indirectas (entrevistas, cuestionarios y autorregistros) pueden ofrecer datos sesgados debido a variables como la deseabilidad del sujeto. Por ello, estos autores sugirieron que el hecho de pedir al sujeto que interactúe brevemente con el evaluador durante una situación, aunque sea artificial (p.ej., iniciar una conversación, imaginando que el evaluador es una persona que se acaba de conocer), podía proporcionar al evaluador una información clínica determinante para corroborar las puntuaciones proporcionadas por el sujeto a través de sus respuestas a los cuestionarios y/o entrevistas.

V.3. REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS

La evaluación psicofisiológica en trastornos de ansiedad, y específicamente en casos de fobias, ha estado centrada en registros electroencefalográficos, electromiográficos, medida de temperatura periférica, de la respuesta de conductancia de la piel y tasa cardíaca.

En este apartado examinaremos las medidas psicofisiológicas empleadas específicamente en la evaluación del sujeto con Fobia Social y discutiremos acerca de si los registros psicofisiológicos han permitido discriminar entre sujetos con Fobia Social y sujetos que presentan otros trastornos de ansiedad, así como entre los subtipos de Fobia Social.

Respecto de lo primero, tomando como índice el nivel de conductancia de la piel y la tasa cardíaca, varios estudios han encontrado que los sujetos con FS muestran una respuesta de habituación más lenta que los sujetos de un grupo control (Dimberg, Fredrikson y Lundquist, 1986; Eckman y Shean, 1997; Turner, Beidel y Larkin, 1986). Asimismo, utilizando como registro la tasa cardíaca, Hofmann, Newman, Ehlers y Roth

(1995) y Beidel et al. (1985) hallaron que los sujetos con FS presentaban tasas cardíacas significativamente superiores que los del grupo control. Por otra parte, Rapee et al. (1992) y Caldirola, Perna, Arancio, Bertani y Bellodi (1997) utilizando como registro psicofisiológico una mezcla de dióxido de carbono y oxígeno, distinguieron entre sujetos con FS frente a otros trastornos de ansiedad. Finalmente, Dimberg (1997) encontraron que los sujetos con miedo a hablar en público mostraban una mayor actividad electromiográfica negativa en los músculos faciales ante la presentación de fotografías de personas que presentaban caras de enfado.

Sin embargo, en España, Bados y Saldaña (1987) hallaron que ni la presión sanguínea ni la tasa cardíaca eran medidas válidas para distinguir a un grupo de estudiantes universitarios con poco miedo a hablar en público frente a otros con un miedo severo. De igual modo, Puigcerver, Martínez-Selva, García-Sánchez y Gómez-Amor (1989) encontraron que ni el nivel de conductancia de la piel ni la tasa cardíaca permitían diferenciar entre una muestra compuesta por sujetos universitarios con miedo a hablar en público y otra en la cual los sujetos no lo presentaban.

Respecto a sí los registros psicofisiológicos permiten distinguir entre los subtipos de Fobia Social, distintos estudios apoyan esta hipótesis empleando como medida la tasa cardíaca y el nivel de conductancia de la piel (Cook, Melamed, Cuthbert, McNeil y Lang, 1988; Heimberg et al., 1990; Hofmann et al., 1995; Levin et al., 1993; McNeil, Vrana, Melamed, Cuthbert y Lang, 1993). En este sentido, los sujetos con FS específica (p.ej., miedo a hablar en público) presentan una mayor tasa cardíaca, mientras que los sujetos con FS generalizada presentan respuestas más heterogéneas, más variables. McNeil, Ries y Turk (1995) sugirieron que los primeros seguían un patrón similar a otras fobias, mientras el subtipo generalizado presentaba respuestas fisiológicas más similares a trastornos como el de ansiedad generalizada.

En términos generales, a pesar de la gran utilidad teórica y práctica de los registros psicofisiológicos en pacientes con fobias, no es lo más utilizado en la práctica clínica ni en el campo de la investigación. Además, la mayoría de los estudios publicados se limitan a casos de fobias específicas encontrándose muy pocas publicaciones de sujetos con Fobia Social (Buela-Casal, Sierra y Vera-Villaruel, 2001).

SÍNTESIS

En resumen, las variables psicofisiológicas más evaluadas en este campo han sido la tasa cardíaca, la presión sanguínea y el nivel de conductancia de la piel. Estas pruebas proporcionan una medida directa, que parece mostrarse válida tanto para diagnosticar a sujetos con Fobia Social frente a sujetos sin este trastorno como para diferenciar entre los subtipos de Fobia Social. Sin embargo, el empleo de registros psicofisiológicos requiere de equipos costosos, manejados por personal técnico especializado y que generalmente han de ser aplicados en un ambiente artificial. Por ello, su uso en la práctica clínica es poco frecuente, empleándose fundamentalmente en el campo de la investigación (Olivares, Méndez y Macià, 2002).

VI. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS

VI.1. INTRODUCCIÓN

Como hemos venido recordando en los distintos apartados previos, dentro de los trastornos de ansiedad, la Fobia Social había sido hasta fechas recientes el menos investigado (c.f. Leary y Kowalski, 1995). De hecho, pese a que se identificó durante los años 60 como un tipo específico de fobia (Marks, 1969; Marks y Gelder, 1966) no se reconoció como una entidad diagnóstica hasta la publicación de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). Es a partir de la última mitad de la década pasada cuando la investigación sobre este campo se ha incrementado exponencialmente, desarrollándose tanto tratamientos psicológicos como psicofarmacológicos, de tal forma que actualmente nos encontramos en disposición de realizar un análisis de estas intervenciones. De este modo, el propósito de este trabajo es examinar tanto la eficacia de los tratamientos actuales para la Fobia Social como determinar la eficacia comparativa de los tratamientos psicológicos frente a los psicofarmacológicos.

En la actualidad, los datos disponibles aportan evidencias que equiparan la efectividad de los tratamientos tanto psicológicos (terapia cognitivo-conductual) como farmacológicos, aproximadamente con las mismas proporciones de efectividad (Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap, 1997; Heimberg et al., 1998; Otto et al., 2000), si bien es cierto que estos últimos parecen no consolidar los beneficios tras la retirada de la medicación, apareciendo así los tratamientos cognitivo-conductuales como más ventajosos en cuanto a la generalización de los aprendizajes, y como resultado, tanto en la efectividad a largo plazo, como en su eficiencia en la relación coste/beneficio (Radomsky y Otto, 2001).

Durante los últimos 15 años se ha producido un importante desarrollo en las estrategias de evaluación y tratamiento de la Fobia Social en población adulta. Una gran variedad de intervenciones han mostrado ser eficaces en personas adultas con Fobia Social. En general, se han perseguido básicamente dos objetivos estratégicos en el tratamiento: (i) la reducción de los niveles de ansiedad y (ii) la mejora del funcionamiento en cuanto a relaciones personales se refiere (Stravynski y Greenberg, 1998). Para el primer objetivo, la reducción de ansiedad, las técnicas utilizadas han sido la exposición (*in vivo* o en imaginación), la relajación y técnicas de reestructuración cognitiva (las cuales incluyen diferentes acercamientos teóricos); para mejorar las

relaciones interpersonales, la intervención más frecuente ha sido el entrenamiento en habilidades sociales.

Por lo que respecta a los tratamientos psicofarmacológicos, el estudio de la efectividad de diversos fármacos en la Fobia Social ha sido también un área en la cual se ha puesto una expresa atención. Distintos estudios sugieren que la Fobia Social puede remitir ante distintos psicofármacos (c.f. Potts y Davidson, 1995). En este sentido, en las páginas que siguen a la revisión de tratamientos psicológicos, vamos a examinar la evidencia disponible referente a la eficacia de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) tanto reversibles como irreversibles, los betabloqueantes, las benzodiacepinas, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) así como las tasas de respuesta a otros fármacos. Finalmente, expondremos los datos relativos a aquellos estudios que han comparado los tratamientos psicológicos frente a los psicofarmacológicos.

VI. 2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En general, se han perseguido básicamente dos objetivos estratégicos en el tratamiento de la Fobia Social: la reducción de los niveles de ansiedad y la mejora del funcionamiento en cuanto a relaciones personales se refiere (Stravynski y Greenberg, 1998). Con este fin, los tratamientos psicológicos más estudiados han sido el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de relajación, las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y la combinación de exposición y reestructuración cognitiva. La desensibilización sistemática y el entrenamiento en manejo de la ansiedad han sido estudiados en menor medida.

VI.2.1. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN POBLACIÓN ADULTA

Aunque la Fobia Social es bastante común entre niños y adolescentes, la investigación se ha centrado especialmente en la población adulta. A continuación haremos una revisión de las distintas intervenciones para la Fobia Social que han tenido lugar en esta población, así como de los distintos trabajos que se han llevado a cabo con el fin de evaluar la validez empírica de las mismas.

VI.2.1.1. Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

La aplicación de estas técnicas en el ámbito de la Fobia Social se ha apoyado en el modelo de déficit conductual, el cual sostiene que los sujetos con este trastorno presentan una carencia de habilidades sociales. En nuestra revisión hemos hallado ocho estudios relacionados con esta hipótesis. En el primero de ellos, Marzillier, Lambert y Kellet (1976) compararon la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales (EHS) frente a la desensibilización sistemática (DS) y un grupo control de lista de espera. La muestra seleccionada fueron 32 sujetos que habiendo sido diagnosticados de trastorno de personalidad o neurosis, presentaban dificultades en sus relaciones sociales y altos niveles de ansiedad en un amplio número de situaciones sociales. La existencia de tales requisitos nos ha llevado a compartir la opinión de autores como Heimberg y Juster (1995) respecto a que estos sujetos pudieron haber cumplido los criterios de FS generalizada (APA, 1994), razón por la que hemos optado por incluir este trabajo dentro de nuestra revisión, pese a haber sido publicado con anterioridad al reconocimiento de la Fobia Social como una categoría diagnóstica (APA, 1980). En lo que se refiere a los resultados de este estudio, hay que indicar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo compuesto por sujetos a los que se proporcionó EHS ni en comparación con el grupo control ni con el grupo al que se aplicó DS, pero en el grupo que recibió EHS sí se observaron diferencias intrasujeto estadísticamente significativas, tanto en el posttest como en el seguimiento. Otro tanto ocurre en los trabajos de Trower, Yardley, Bryant y Shaw (1978) y Shaw (1979), en los que se pone de manifiesto que el EHS, la DS y la inundación fueron igualmente eficaces en el tratamiento de la Fobia Social a corto y largo plazo.

Una vez establecida la Fobia Social como entidad diagnóstica, Falloon, Lloyd y Harpin (1981) hallaron que el EHS permitía una reducción de las respuestas de ansiedad social tras la finalización del tratamiento. Stravynski, Marks y Yule (1982) evaluaron la eficacia del EHS sólo y combinado con Terapia Racional Emotiva (TRE). En ambos grupos los sujetos informaron una reducción de las respuestas de ansiedad social en el posttest, la cual se mantenían en un seguimiento realizado a los 6 meses.

Empleando como instrumento de evaluación una prueba observacional, Öst, Jerremalm y Johansson (1981) clasificaron a una muestra de sujetos diagnosticados con FS como “reactivos conductuales” o “reactivos fisiológicos” en función de los resultados obtenidos en dicha prueba. Así, los sujetos que obtenían una alta puntuación

en el *Simulated Social Interaction Test* (es decir, mostraban pobres habilidades sociales) eran denominados como “reactivos conductuales” mientras que los sujetos que presentaban un incremento de la tasa cardíaca en la prueba eran clasificados como “reactivos fisiológicos”. En cada grupo a la mitad de los sujetos se les aplicó EHS y la otra mitad recibió entrenamiento en relajación. Los resultados de los análisis estadísticos mostraron la inexistencia de diferencias entre ambos grupos, si bien nuevamente se carece de un grupo control. Posteriormente Mersch, Emmelkamp, Bögels y van der Sleen (1989) mantuvieron la clasificación de “reactivos fisiológicos” y denominaron “reactivos cognitivos” a aquellos sujetos que obtuvieran una puntuación baja en el *Rational Behavior Inventory*. Estos autores proporcionaron EHS a la mitad de los sujetos “reactivos fisiológicos” y a la mitad de los cognitivos, y TRE a la otra mitad de los sujetos. Con independencia del tratamiento recibido, los resultados pusieron de manifiesto la inexistencia de diferencias entre los sujetos denominados reactivos fisiológicos y los cognitivos ni en el postest ni en el seguimiento a los catorce meses (Mersch, Emmelkamp y Lips, 1991).

Por otra parte, Lucock y Salkovskis (1988) compararon la eficacia del EHS en ocho sujetos con FS frente a un grupo control no tratado. Aunque los sujetos que recibieron el tratamiento mostraron una reducción de las respuestas de ansiedad social, se desconoce si el EHS fue superior al grupo control, ya que no se disponen de datos acerca del análisis intergrupo.

Por último, Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hano, Kaiser y Münchau (1990) examinaron la hipótesis que postulaba que los individuos con déficits en habilidades sociales responderían mejor al EHS, mientras que los pacientes sin este déficit mejorarían en mayor medida ante un tratamiento de exposición. En contra de la hipótesis inicial, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos ni en el postest ni en los datos proporcionados por el seguimiento a los dos años y medio.

Todo lo descrito nos lleva a concluir que si bien el EHS parece producir una disminución de las respuestas de ansiedad social, este tratamiento no ha mostrado ser superior a otros a corto y largo plazo. En consecuencia, a día de hoy la utilidad del EHS por sí mismo no parece clara, aunque algunos autores han considerado que el EHS puede ser una técnica útil como parte de un programa de tratamiento multicomponente más complejo (Juster y Heimberg, 1995). En este sentido, Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer (1994) diseñaron una modalidad de intervención conductual

denominada *Social Effectiveness Therapy* (SET), la cual integra EHS y exposición, con excelentes resultados a corto y largo plazo (Turner, Beidel y Cooley, 1995).

VI.2.1.2. Entrenamiento en Relajación (ER)

Su empleo se ha basado en la hipótesis de que la relajación puede proporcionar un medio para afrontar las respuestas psicofisiológicas de ansiedad. En nuestra revisión, se han hallado dos trabajos españoles (Bados y Saldaña, 1987; Regueiro, Ruiz, Cano y Rando, 1997) y cuatro de otros autores en lengua inglesa (Al-Kubaisy, Marks, Logsdail, Marks, Lowell, Sungur y Araya 1992; Alström, Nordlund, Persson, Harding y Ljungquist, 1984; Jerremalm, Jansson y Öst, 1986; Öst et al., 1981) en los que se ha evaluado la eficacia del entrenamiento en relajación (ER) frente a otras estrategias de intervención, observándose resultados contradictorios. Así, pese a que tanto Öst et al. (1981) como Jerremalm et al. (1986) encontraron que el ER reducía las respuestas de ansiedad, Jerremalm et al. (1986) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo que recibió relajación frente a otro al que se aplicó Entrenamiento en Autoinstrucciones, siendo éstos superiores al grupo control. Por su parte, Alström et al. (1984) y Al-Kubaisy et al. (1992) hallaron que el ER por sí solo era de escaso valor en el tratamiento de la Fobia Social. No obstante, ninguno de estos trabajos evaluó la eficacia de los tratamientos a largo plazo.

En España, Bados y Saldaña (1987) llevaron a cabo un tratamiento conductual del miedo a hablar en público. Estos autores estudiaron cinco modalidades de tratamiento: (a) reestructuración cognitiva (RC), (b) RC+ER, (c) RC más entrenamiento para hablar en público (EHP), (d) RC+ER+EHP y (e) un grupo control de lista de espera. Los resultados mostraron que cuando el ER o el EHP se combinaban una a una con la RC, éstas mostraban ser componentes útiles en el tratamiento del miedo a hablar en público. Por el contrario, la adición del EHP y el ER a la RC producía una menor eficacia. En un seguimiento a los 13 meses, se observó que el efecto favorable del ER era altamente situacional, es decir, se producía cuando los sujetos intervenían en clase pero no en otros contextos (Bados y Saldaña, 1990). Además, estos autores encontraron que habían desaparecido los efectos desfavorables de la adición del ER a otro componente del tratamiento. A partir de estos datos, estos autores sugirieron que el ER puede ser un componente importante en el tratamiento del miedo a hablar en público. También con una muestra de sujetos con miedo a hablar en público, Regueiro et al. (1997)

compararon un programa de tratamiento cognitivo-conductual integrado por exposición, autoinstrucciones y relajación frente al mismo pero sin el componente de relajación. Los resultados pusieron de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en el postest entre ambas modalidades de intervención, a favor de la primera, lo que sugiere la relevancia de incorporar el componente de relajación en el tratamiento del miedo a hablar en público, al menos a corto plazo.

En conclusión, como en el caso del entrenamiento en habilidades sociales, es preciso seguir realizando nuevos estudios que permitan delimitar tanto la eficacia del ER como único componente del tratamiento como su contribución dentro de los tratamientos multicomponentes.

VI.2.1.3. Exposición

Dado que la exposición a las situaciones temidas se ha revelado como el elemento básico de cualquier intervención que tenga como objetivo la reducción de la ansiedad, distintos autores han indicado que las técnicas de exposición (en vivo o en imaginación) pueden ser el tratamiento de primera elección para los trastornos de ansiedad, entre ellos la Fobia Social (c.f., García-López, Olivares y Méndez, 1999; Olivares, Méndez y Macià, 2002; van Dyck, 1996). Con el objetivo de examinar el efecto de la exposición en la Fobia Social se han llevado a cabo varias investigaciones.

En primer lugar, Alström et al. (1984) asignaron aleatoriamente una muestra de sujetos con FS a cuatro grupos: exposición, terapia de apoyo, relajación y “*basal therapy*” (integrada por información, instrucciones de exposición y medicación ansiolítica -no especificada-). Esta última condición se aplicó como un componente adicional a los otros tres grupos de intervención. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas entre la exposición y la terapia de apoyo, a favor de la primera, y a su vez la terapia de apoyo fue superior que la relajación y la terapia basal. Sin embargo, de los datos facilitados en un seguimiento a los 9 meses se desprende que estas diferencias desaparecieron. Una limitación a la interpretación de los resultados de este estudio ha sido generada por problemas metodológicos tales como las diferentes características demográficas de la muestra, la heterogeneidad en el grado de severidad de los sujetos o la administración asistemática de ansiolíticos en los distintos grupos.

En segundo lugar, Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder (1984) evaluaron la eficacia de la exposición frente a la exposición más entrenamiento en manejo de la

ansiedad (la cual incluye relajación, distracción cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones) y en comparación con un grupo control. Los resultados tras la finalización del tratamiento no mostraron diferencias entre ambas intervenciones, siendo éstas superiores al grupo control. No obstante, sí se hallaron diferencias significativas a favor de la segunda modalidad de intervención en un seguimiento a los seis meses. Estos autores consideraron que es posible que la adición de las técnicas cognitivas al tratamiento de exposición pudo haber contribuido a dotar al paciente de mayores recursos para afrontar las situaciones de estrés y como consecuencia, reducir la probabilidad de recaídas. Posteriormente, Emmelkamp, Mersch, Vissia y van der Helm (1985) compararon tres tratamientos: exposición, entrenamiento en autoinstrucciones (EA, en adelante) y TRE. Los datos mostraron que la exposición permitió una reducción de las puntuaciones de los autoinformes que evaluaban las respuestas de ansiedad social. Por contra, los sujetos a los que se proporcionó EA y TRE informaron una mayor disminución de las puntuaciones instrumentos que evaluaban las respuestas cognitivas.

A través de un análisis intrasujetos, Fava, Grandi y Canestrari (1989) encontraron que aquellos sujetos que completaron un tratamiento de autoexposición mostraban diferencias pre-postest estadísticamente significativas tanto en las medidas de autoinformes como en las de observación conductual. Una limitación en la interpretación de los resultados de este estudio radica en la carencia de grupo control.

En quinto lugar, Newman, Hofmann, Trabert, Roth y Taylor (1994) examinaron la eficacia de la exposición frente a un grupo control en una muestra de sujetos con miedo a hablar en público. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas a favor de la exposición. Además, estos autores encontraron que un tratamiento puramente conductual también podía modificar las respuestas cognitivas. No obstante, sería conveniente que trabajos posteriores pudieran examinar si estos cambios se han mantenido a largo plazo.

En España, con una metodología de estudio de caso, Salaberría y Echeburúa (1995a) informaron que un sujeto diagnosticado de FS generalizada y al que se le proporcionó un tratamiento de exposición y se le facilitó un manual de autoayuda, mostró una reducción de los valores obtenidos en diversas medidas que evaluaban ansiedad social y adaptación así como un incremento del nivel de autoestima y de adaptación del sujeto en su vida cotidiana. Pese a que estos autores consideraron que “la mejoría obtenida al terminar la terapia no es espectacular” (p. 324), los datos generados por un seguimiento

al año pusieron de manifiesto que los beneficios se mantenían a largo plazo. Similares resultados se han encontrado en otros estudios (v.gr., Hope y Heimberg, 1993; Turner, Cooley y Beidel, 1996).

Mulkens, Bögels y de Jong (1999) desarrollaron una técnica denominada “Task Concentration Training” (TCT), la cual se basa en redirigir la atención del sujeto con Fobia Social. En vez de que éste haga uso de la información interoceptiva, el sujeto ha de enfocar su atención primero hacia estímulos externos no ansiógenos y posteriormente centrar su atención en estímulos externos ansiógenos. También con un diseño de caso único, estos autores compararon la eficacia del TCT frente a la exposición en un sujeto con FS y cuyo principal temor era el ruborizarse delante de otras personas. Los resultados mostraron que la exposición fue más eficaz que el TCT tanto en el postest como en un seguimiento a corto y largo plazo, cuando los autores evaluaron los resultados de uno u otro tratamiento. Sin embargo, no se proporcionaron datos estadísticos relativo a un análisis intergrupo, por lo que no podemos afirmar que la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la exposición y el TCT.

En un estudio más actual, (Fava et al. 2001), 70 sujetos con FS recibieron un tratamiento de forma individualizada basado en autoexposición. Después de las 8 semanas de tratamiento, 45 sujetos habían remitido de los cuales 2 experimentaron una recaída en el seguimiento. Los porcentajes de remisión en los seguimientos son del 98% a los dos años, y del 85% a los 5 y a los 10 años. Los resultados sugieren que la exposición puede proporcionar efectos duraderos en la mayoría de los pacientes con FS. Sin embargo, una limitación de este estudio radica en la carencia de grupo control.

A la luz de los datos expuestos, la exposición por sí sola se muestra eficaz en el tratamiento de la Fobia Social, en la línea de los resultados hallados en investigaciones con otros trastornos de ansiedad. En el siguiente punto analizaremos las intervenciones cognitivo-conductuales y en qué medida la incorporación de técnicas cognitivas puede incrementar la eficacia de la exposición.

VI.2.1.4. Tratamientos Cognitivo-Conductuales

Distintos autores han sostenido que los factores cognitivos son el pilar fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la Fobia Social (Clark y Wells, 1995; Leary y Kowalski, 1995). Así, Butler (1985) consideró que “la fobia social puede no remitir a un tratamiento (...) que no incluya un componente cognitivo” (p. 655). En este apartado

revisaremos aquellos trabajos en los que se han estudiado las técnicas cognitivas como una modalidad de intervención o como un componente más del tratamiento.

El primer estudio que hemos hallado fue el publicado por Kanter y Goldfried en 1979. En éste los sujetos fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos: (a) terapia racional emotiva, (b) desensibilización sistemática (DS), (c) TRE+DS y (d) un grupo control de lista de espera. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales y el grupo control. Asimismo, los sujetos que fueron asignados al grupo de TRE fueron los que mostraron una mayor reducción en el miedo a la evaluación negativa, la ansiedad tipo rasgo y las creencias irracionales. Cabe recordar que este trabajo es previo al reconocimiento de la Fobia Social como entidad diagnóstica (DSM-III; APA, 1980).

Posteriormente, DiGiuseppe, McGowan, Sutton-Simon y Gardner (1990) estudiaron la eficacia de (a) la terapia cognitiva de Beck, (b) el entrenamiento en resolución de problemas, (c) la TRE, (d) el entrenamiento en autoinstrucciones (EA), (e) el entrenamiento en asertividad y (f) un grupo control de lista de espera. Los cuatro tratamientos cognitivos resultaron tan eficaces como el entrenamiento en asertividad y todos superiores al grupo control, sin que aparezcan diferencias estadísticamente significativas entre los efectos generados por las técnicas cognitivas.

Heimberg, Dodge et al. (1990) elaboraron un protocolo de tratamiento denominado *Cognitive-Behaviour Group Therapy* (CBGT), el cual está integrado por tres componentes: exposición en vivo, reestructuración cognitiva (terapia cognitiva de Beck) y tareas para casa. Con el fin de comprobar su eficacia, estos autores llevaron a cabo un estudio en el que se comparó el CBGT con un grupo control al que se administró un placebo. Los resultados obtenidos en el postest mostraron que el 75% de los sujetos a los que se proporcionó tratamiento psicológico presentaron una reducción de sus respuestas de ansiedad social frente a un 40% de los que integraron el grupo control. En un seguimiento a los 6 meses, se encontró una mejoría del 81% y 47% en el CBGT y control, respectivamente. Asimismo, los datos proporcionados por un seguimiento a los 5 años indicaron un mantenimiento de los beneficios obtenidos por los sujetos a los que se aplicó el tratamiento psicológico (Heimberg, Salzman, Holt y Blendell, 1993). Una adaptación del CBGT para población adolescente (CBGT-A) fue realizada por Albano, Marten y Holt (1991). Este programa de tratamiento incluye entrenamiento en

asertividad, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en resolución de problemas y exposición. Empleando un diseño intrasujetos, los resultados preliminares de este programa en población estadounidense mostraron la eficacia de esta intervención para reducir las respuestas de ansiedad social (Albano, DiBartolo, Holt et al., 1995), aunque a día de hoy se desconoce su eficacia frente a un grupo control.

Basándose en su propio modelo, Clark y Wells (1995) desarrollaron una nueva terapia cognitiva para la Fobia Social (Wells, 1997; Wells y Clark, 1995; Wells, 2001). El tratamiento se desarrolla a lo largo de 16 sesiones, es estructurado y sigue una secuencia particular. En primer lugar, se formula detalladamente un caso específico basado en un episodio reciente en el cual el sujeto haya experimentado ansiedad social (*Case Formulation*). El objetivo de este proceso consiste en obtener información relativa a: (1) los pensamientos negativos previos a la exposición a la situación, (2) la naturaleza de los síntomas de ansiedad (tanto físicos como cognitivos), (3) las conductas de seguridad llevadas a cabo por el sujeto para evitar las consecuencias temidas, y (4) los contenidos de autoconciencia. En segundo lugar, se comparte la formulación anteriormente con el sujeto y se discute acerca de las relaciones entre pensamientos, conducta y emoción. Seguidamente, se llevan a cabo experimentos de socialización que implican la manipulación de las conductas de seguridad y la atención (*Socialisation and Cognitive Behavioural Preparation*) mediante la exposición de los sujetos a situaciones sociales reales o análogas por un periodo corto de tiempo. La exposición es repetida hasta que el sujeto abandone las conductas de seguridad y fije su atención en otras personas y en el contexto. El siguiente paso consiste en modificar la imagen negativa que el sujeto tiene de sí mismo utilizando como técnica el videofeedback (*Correcting the Negative Self-image*). La siguiente fase del tratamiento (*Interrogating the Environment*) se centra en identificar los pensamientos erróneos (*Challenging Specific Fears*) y para su posterior modificación (*Modifying Assumptions and Beliefs*). Por último, el tratamiento consiste en examinar las predicciones específicas basadas en las evaluaciones negativas del sujeto (*Anticipatory Processing*) y modificar las creencias subyacentes sobre su actuación social y sobre sí mismo como agente social (*Post-mortem Processing*). La efectividad de este tratamiento para reducir los síntomas de ansiedad social y especialmente el miedo a la evaluación negativa fue informada por Clark (1997, 1999).

Posteriormente, Wells y Papageorgiou (1999b) desarrollaron una forma breve del tratamiento propuesto por Clark y Wells (1995), que ha mostrado, en estudios que han examinado su efectividad, resultados consistentes con los del tratamiento completo (Wells y Papageorgiou, 1999b; 2001). No obstante, son necesarios más trabajos en los que esta intervención sea comparada con un grupo control.

Hunt y Andrews (1998) han diseñado un programa de tratamiento que contiene exposición, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en respiración y relajación muscular progresiva. Empleando un diseño intragrupos, los resultados han mostrado la eficacia de esta intervención en el postest y en los datos generados por un seguimiento a los dos años.

En consecuencia, los resultados apuntan a la superioridad mostrada por las intervenciones cognitivas y cognitivo-conductuales frente a grupo control en el tratamiento de la Fobia Social tanto a corto como a largo plazo. Pese a la eficacia de esta modalidad de tratamiento, no se conoce el peso que cada uno de los componentes tiene de cara a la mejoría de los sujetos. Puesto que algunos estudios han puesto de manifiesto que la exposición por sí sola también puede producir una disminución de las respuestas cognitivas, existe un debate acerca de sí el componente cognitivo es necesario en el tratamiento de la Fobia Social. A continuación revisamos los trabajos que pueden arrojar luz a esta polémica.

VI.2.1.4.1. *Relevancia de la adición del componente cognitivo en el tratamiento de exposición*

Se han realizado múltiples estudios con el fin de intentar clarificar en qué medida las técnicas cognitivas pueden o no estar contribuyendo a la eficacia de la exposición. En el primero de ellos, Biran, Augusto y Wilson (1981) examinaron la eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en tres mujeres con miedo a escribir en público a través de un diseño de línea de base múltiple. Dos de ellas recibieron el tratamiento dividido en dos fases: en la primera, cinco sesiones se dedicaron a reestructuración cognitiva y en la segunda otras cinco se destinaron al componente de exposición. Al tercer sujeto sólo se le proporcionó exposición. Los resultados indicaron que ambos tratamientos fueron igualmente efectivos en el postest y en un seguimiento a los 9 meses. Estos autores señalaron que la reestructuración cognitiva no potenció la eficacia de la exposición en el tratamiento de la Fobia Social.

Posteriormente, Butler et al. (1984) compararon tres condiciones: una compuesta por sujetos con un diagnóstico de FS a los que se proporcionó exposición, otra integrada por sujetos a los que se aplicó exposición más entrenamiento en manejo de la ansiedad (la cual consistía en técnicas de relajación, distracción y terapia cognitiva de Beck) y un grupo control de lista de espera. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales y el grupo control pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos ni en el postest ni en un seguimiento realizado a los 6 meses. Aunque el entrenamiento en manejo de la ansiedad no es una técnica cognitiva en sí, tras un análisis *a posteriori* de los resultados, los autores encontraron que, de las tres estrategias que integraban el entrenamiento en manejo de la ansiedad, los sujetos informaron que la terapia cognitiva les parecía más útil para reducir las respuestas de ansiedad social.

Por otra parte, Mattick, Peters y Clarke (1989) examinaron la eficacia de: (a) la exposición, (b) la reestructuración cognitiva (una combinación de TRE y reestructuración racional sistemática), (c) la exposición más reestructuración cognitiva y (d) un grupo control de lista de espera. En los tres tratamientos se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto del grupo control. La exposición y el tratamiento combinado mostraron una reducción de las respuestas de ansiedad superior a la hallada en el grupo que recibió reestructuración cognitiva únicamente. Los datos a tres meses de seguimiento indicaron que los sujetos que integraban el grupo al que se aplicó reestructuración cognitiva y los que componían el tratamiento de exposición más reestructuración cognitiva continuaron sus beneficios, mientras los pacientes que formaban parte del tratamiento de exposición mostraron un retroceso en sus puntuaciones. Posteriormente¹, Mattick y Peters (1988) compararon un tratamiento de exposición con y sin reestructuración cognitiva. Los sujetos que participaron en este estudio cumplían los criterios para un diagnóstico de Fobia Social específica. En el postest, tanto los sujetos a los que se proporcionó exposición sola o combinada con reestructuración cognitiva redujeron sus respuestas de ansiedad social, aunque el grupo al que se aplicó el tratamiento combinado, en comparación con el grupo de exposición, mostraron una mayor reducción de las medidas de una prueba de observación conductual, pero no en los autoinformes. En un seguimiento a los tres meses, mientras

¹El estudio de 1989 fue el primero que se llevó a cabo, si bien sus resultados se publicaron con posterioridad al trabajo aparecido en 1988.

el 48% de los sujetos del grupo de exposición continuaban mostrando respuestas de ansiedad, ello sólo ocurre en un porcentaje del 14% del grupo que recibió el tratamiento combinado. Estos autores concluyeron afirmando que el tratamiento de exposición por sí solo no permitió modificar las respuestas cognitivas.

Asimismo, Scholing y Emmelkamp (1993a) asignaron una muestra de sujetos con FS generalizada a tres grupos experimentales: (a) exposición, (b) TRE y a continuación, exposición y (c) un tratamiento que desde el principio ha combinado exposición y TRE. La mitad de los sujetos recibieron el tratamiento con un formato de grupo y la otra mitad individualmente. Cada condición consistía en 16 sesiones que se llevan a cabo en cuatro fases: dos de tratamiento y dos de no-tratamiento. Cada fase se lleva a cabo durante cuatro semanas y las fases de no-tratamiento se intercalan con las de tratamiento. Tras la primera fase del tratamiento, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos primeros tratamientos grupales con respecto del tercero en las medidas que evaluaban las respuestas psicofisiológicas. Estas diferencias desaparecieron tras la finalización del tratamiento. En un seguimiento a los 18 meses, Scholing y Emmelkamp (1996a) observaron que los valores obtenidos en los autoinformes y de acuerdo a la menor proporción de sujetos que necesitaron un tratamiento tras el posttest, el tratamiento que incluía sólo exposición había sido el más eficaz a largo plazo, y por el contrario, el tratamiento combinado había sido el menos eficaz. Sin embargo, estos autores no proporcionaron datos estadísticos que pongan de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Con una muestra de sujetos con FS y cuyo principal temor era sudar, temblar o ruborizarse delante de otras personas, Scholing y Emmelkamp (1993b) compararon tres modalidades de tratamiento: (a) uno que consta de una fase de exposición seguida por otra de TRE, (b) uno compuesto por una fase de TRE y a continuación, exposición, (c) uno que desde el principio combinaba exposición y TRE y (d) un grupo control de lista de espera. Todos los sujetos fueron tratados individualmente. Al igual que en el estudio anterior, las fases de tratamiento se alternaban con otras sin tratamiento. Tras la finalización de la primera fase, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni entre los tres tratamientos ni entre éstos en comparación con el grupo control. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los

grupos en los datos obtenidos en un seguimiento a los 3 y 18 meses (Scholing y Emmelkamp (1996b).

Al igual que en el trabajo anterior, Mersch (1995) proporcionó tratamiento individual a una muestra de sujetos con FS, los cuales fueron asignados a tres condiciones: (a) exposición, (b) un tratamiento que incluía exposición, TRE y EHS y (c) un grupo control de lista de espera. En el postest ambos tratamientos fueron superiores al grupo control pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos. Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en un seguimiento realizado a los 18 meses.

También con el objeto de determinar si el componente cognitivo era relevante en el tratamiento de la Fobia Social, Hope, Heimberg y Bruch (1995) compararon el paquete de tratamiento CBGT frente a un tratamiento que consistía en exposición y a un grupo control de lista de espera. Ambas intervenciones fueron superiores al grupo control. Sin embargo, los resultados mostraron la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre el CBGT y la exposición tanto en el postest como en un seguimiento a los seis meses. Estos autores señalaron que problemas metodológicos tales como el escaso tamaño muestral o la insuficiente potencia estadística (38%) pudieron haber sesgado los resultados.

En España, Salaberría y Echeburúa (1995b) evaluaron el peso del componente cognitivo en un tratamiento cognitivo-conductual. Para ello, estos autores establecieron tres condiciones: autoexposición, autoexposición más terapia cognitiva de Beck y un grupo control de lista de espera. Los resultados obtenidos en el postest y en el seguimiento a uno, tres y seis meses indicaron que las condiciones experimentales fueron superiores al grupo control, pero no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos. En base a estos resultados, los autores consideran que no parece justificada la aplicación sistemática del componente de reestructuración cognitiva en el tratamiento de exposición. Estudios posteriores deberían estudiar los tratamientos cognitivo-conductuales en condiciones distintas (p.ej., incrementando la duración del tratamiento).

A día de hoy, se han realizado cinco meta-análisis sobre los tratamientos para la Fobia Social en adultos, de los cuales uno de ellos compara la eficacia entre dos tratamientos psicológicos: tratamiento cognitivo-conductual vs. exposición (Feske y Chambless, 1995), dos examinan la eficacia de los tratamientos psicológicos (Méndez,

Sánchez-Meca y Moreno, 2001; Taylor, 1996), y otros dos evalúan la eficacia tanto de los tratamientos psicológicos como farmacológicos y realizan además un estudio comparativo entre ambas modalidades de tratamiento (Fedoroff y Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto y Yap, 1997). Respecto al papel que las técnicas cognitivas juegan en el tratamiento de la Fobia Social, los resultados no son consistentes. Mientras que Taylor (1996) encontró el tamaño del efecto más alto en las intervenciones que incorporan las técnicas cognitivas a la exposición, Gould et al. (1997) informó que el tamaño del efecto más alto pertenecía a los tratamientos de exposición únicamente o en combinación con reestructuración cognitiva y Feske y Chambless (1995), así como Méndez et al. (2001) encuentran que la exposición es al menos tan eficaz como una combinación de exposición y estrategias cognitivas.

En conclusión, pese a que las técnicas cognitivas parecen haber desempeñado un papel en el tratamiento de la Fobia Social, no parece claro cuál es su contribución. Las investigaciones futuras deberán estudiar qué variables pueden estar mediando en la eficacia de los tratamientos. Hasta el momento los datos no permiten determinar ni genérica ni específicamente la utilidad de las estrategias cognitivas en el tratamiento de la Fobia Social.

VI.2.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD SOCIAL EN LA INFANCIA/ ADOLESCENCIA

Históricamente y en lo que se refiere a tratamientos psicológicos en la infancia y/o adolescencia tenemos que decir que parte de éstos, en los comienzos sobre todo, se han centrado en el tratamiento para la timidez, ya que algunos de estos estudios son anteriores a 1980, año en el que el DSM-III reconoce como entidad diagnóstica la Fobia Social. Estos tratamientos, cuyo objetivo era reducir o eliminar la timidez, presentan en su origen un amplio abanico teórico que va desde los derivados desde el modelo cognitivo-conductual o del conductual hasta los diseñados en marcos tales como el humanista o el de la psicopatología del desarrollo, contando alguno de ellos con notable antigüedad. Posteriormente, se llevaron a cabo los primeros estudios que evaluaron el tratamiento de la Fobia Social en población infanto-juvenil (Barrett, Dadds, Rapee y Ryan, 1996; Kendall, 1994; Flannery-Schroeder, Suveg, Safford, Kendall y Webb, 2004; Kendall et al., 1997; Rapee, 1996, 2000; Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Lumpkin y Carmichael, 1999; Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Rabian y Serafini, 1999).

Sin embargo, estos trabajos no incluían muestras puras de niños con FS, sino grupos con un diagnóstico mixto, entre ellos la FS. Además, varios de ellos utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y no incluían instrumentos específicos para evaluar la FS. Por lo tanto, el número de trabajos cuyo fin ha sido evaluar exclusivamente el tratamiento de la FS en población infanto-adolescente es aún escaso (para una revisión ver Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001; Kashdan y Herbert, 2001; Sweeney y Rapee, 2001). No obstante, pese a ello, algunas revisiones recientes de los tratamientos del trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia coinciden al concluir que: (a) en los últimos años se ha alcanzado el reconocimiento de la importancia del efecto de la fobia social en niños y adolescentes (Masia-Warner, Storch, Fisher et al., 2003; Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003); (b) las líneas trabajo en este campo precisan del desarrollo de medidas que incorporen la evaluación realizada por padres y profesores (evaluación de la validez social de los efectos de los tratamientos), el incremento del número de estudios sobre la eficacia del tratamiento con adolescentes y llevar las intervenciones a contextos comunitarios, tales como las escuelas, entre otras cuestiones.

VI.2.2.1. Desde el marco de la terapia de conducta

VI.2.2.1.1. Exposición

La exposición es el componente más utilizado en los programas aplicados al tratamiento de niños y adolescentes que presentan FS (Beidel et al., 2000; García-López et al., 2002; Hayward et al., 2000; Heimberg, 2002; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000). Sin embargo, se desconoce el peso de este componente en la eficacia de tales tratamientos, por lo que serían precisos nuevos estudios para intentar calibrar su contribución cuando se utiliza aisladamente (frente a un grupo control), en combinación con otros elementos o frente a ellos.

VI.2.2.1.2. Modelado

El siguiente componente, también muy utilizado desde el enfoque cognitivo-conductual para tratar problemas de ansiedad en la infancia y la adolescencia, ha sido el modelado, el cual se fundamenta en los principios del condicionamiento vicario y del aprendizaje observacional. En este contexto, la reducción/eliminación de las respuestas de escape/evitación se pretende que ocurra a través de la observación de la conducta de

aproximación del modelo dirigida hacia el estímulo fóbico, sin la ocurrencia de consecuencias adversas. En la forma más básica el modelo presenta una conducta exenta de indicios de ansiedad ante la situación temida, mostrando al niño/adolescente una respuesta apropiada, más adaptativa para afrontar o manejar el objeto o evento fóbico. El modelado puede llevarse a cabo por medio de un proceso simbólico (exponiendo al sujeto a la observación de una filmación) o mediante la observación en vivo; además, los niños/adolescentes pueden ser asistidos en las aproximaciones al estímulo fóbico o incitados a imitar el modelo sin esta ayuda.

El primer experimento que se diseñó para evaluar la eficacia del modelado simbólico como tratamiento para fomentar la conducta social en preescolares aislados o retraídos socialmente fue el de O'Connor (1969). Este investigador seleccionó 13 niños de 3 años y medio de edad media que fueron distribuidos en dos condiciones experimentales (grupo tratamiento y grupo de control). El grupo de tratamiento visionó una película de 23 minutos en la que se mostraban relaciones sociales activas entre niños con consecuencias positivas, mientras una voz en *off* enfatizaba la conducta apropiada de los modelos. El grupo control observó una película de 20 minutos que no contenía relaciones sociales ya que se trataba de una actuación acrobática de delfines en un parque de atracciones. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las conductas de relación a favor del grupo de modelado filmado. En un segundo experimento, el mismo autor (O'Connor, 1972), pretendió replicar su experimento anterior, pero incluyendo además una condición nueva en la que se aplicaba el moldeamiento y otra en la que se combinaban ambos. Los resultados mostraron que (i) los niños de la condición modelado mostraban mejores resultados que los que recibieron moldeamiento, (ii) la combinación de modelado y moldeamiento produjo resultados más estables en el tiempo y (iii) en el seguimiento a las tres semanas los efectos persistían en la condición de modelado y de modelado más moldeamiento, pero no en la condición de sólo moldeamiento.

Asimismo, Evers y Schwarz (1973) también sometieron a prueba el modelado simbólico con una película idéntica al original de O'Connor (1969). El objetivo de estos autores fue comprobar la influencia del refuerzo adulto contingente a la respuesta en combinación con la película de modelado. Seleccionaron 13 niños/as, de edad media 3'7 años, que fueron asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento (película de O'Connor, 1969, sin y con refuerzo social). El modelado fue eficaz para modificar con

éxito la conducta objetivo con o sin alabanza. La condición de modelado más reforzamiento contingente no generó diferencias significativas respecto del modelado en el aumento de la frecuencia y duración de las relaciones sociales de los niños.

Por su parte, Keller y Carlson (1974) también se propusieron explorar la eficacia del modelado simbólico en la mejora de las habilidades sociales en niños tímidos. En este caso no se utilizó la película de O'Connor (1969), pero sí su diseño. Se seleccionaron 19 chicos/as de 3 años y 8 meses de edad media, catalogados como "socialmente aislados", los cuales fueron asignados a dos condiciones experimentales: grupo tratado (veían cuatro cintas de vídeo de 5 minutos de duración cada una en las que se modelaban habilidades sociales) y grupo de control (observaban cuatro secuencias de una película sobre temas relacionados con la naturaleza). Ambas condiciones vieron las películas en cuatro días consecutivos. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos y a favor del grupo tratado.

Finalmente, Evers-Pasquale y Sherman (1975) seleccionaron 16 preescolares socialmente aislados que fueron asignados a dos grupos: modelado simbólico (película de O'Connor, 1969) y control placebo (película de animales). El grupo tratado alcanzó mejorías estadísticamente significativas frente al grupo de control en las variables dependientes medidas.

Pese a que todavía faltan muchos aspectos por esclarecer, el modelado simbólico ha probado tener apoyo empírico en el tratamiento de niños de preescolar retraídos socialmente.

VI.2.2.1.3. Habilidades Sociales

El empleo del tratamiento multicomponente conocido como "Habilidades Sociales" en el ámbito de la FS en la infancia y la adolescencia, se fundamenta en el supuesto de que los sujetos con estos problemas presentan carencias bien en el conocimiento de la estrategia, bien en el de la destreza de su uso o aplicación. Este tratamiento constituye una aproximación de amplio espectro, con muchas variantes que se pueden diferenciar atendiendo a distintos parámetros tales como su formato de entrenamiento o el contexto de su aplicación. La mayoría de los programas conllevan entrenamiento en habilidades de comunicación verbal y no-verbal y están integrados por instrucciones, modelado y entrenamiento en resolución de problemas sociales (Erwin, 1993; Ladd, 1985;

Schneider, 1989), junto a ensayo de conducta, reforzamiento positivo y retroalimentación o feedback (Caballo, 1995; Clark, 2001).

En un trabajo pionero sobre la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales, Oden y Asher (1977) seleccionaron a 33 niños tímidos y los asignaron aleatoriamente a tres condiciones experimentales: (1) EHS más emparejamiento con un terapeuta que supervisaba y orientaba la práctica del niño; (2) Sólo EHS (sin emparejamiento ni práctica supervisada); y (3) Juego solitario, sin relacionarse. El tratamiento constó de 6 sesiones que se distribuyeron a lo largo de 4 semanas. El análisis de los resultados mostró que los mejores efectos se alcanzaban mediante el entrenamiento con instrucciones y práctica supervisada.

En un estudio posterior, Edleson y Rose (1981) llevaron a cabo dos experimentos para probar la bondad de un tratamiento mixto de EHS más economía de fichas y resolución de problemas. En el primero, que incluía a 39 niños/as tímidos/as, con 10 años y 4 meses de edad media, asignaron al azar a los sujetos a dos grupos: (1) EHS y (2) Control activo de ensayo-discusión. La duración del tratamiento fue de 6 semanas a razón de una hora semanal. Los resultados indicaron diferencias significativas entre ambos grupos en los informes facilitados por los padres que actuaron como observadores (a favor del grupo tratado), pero no en las medidas sociométricas ni en el role-playing conductual. En un segundo experimento, los investigadores trabajaron con 29 niños tímidos de ambos sexos, los cuales fueron asignados al azar a tres condiciones: (1) EHS más economía de fichas, (2) Ensayo-discusión y (3) grupo control lista de espera. El entrenamiento se prolongó durante 8 semanas con una hora de tratamiento por semana. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento (1) y (2), pero sí entre éstos y el grupo control lista de espera.

Nueve años después de los trabajos de Edleson y Rose (1981), en 1990, Jupp y Griffiths compararon el efecto del EHS frente al role-playing psicodramático (enfoque psicodinámico) en el tratamiento de adolescentes aislados socialmente. Con este fin asignaron aleatoriamente a 30 adolescentes a las siguientes condiciones: (1) EHS consistente en instrucciones verbales, modelado y discusiones en grupo semanales; (2) role-playing psicodramático, que implicaba role-playing sobre dilemas sociales y relaciones cotidianas y (3) grupo control lista de espera. El tratamiento duró 13 semanas, a razón de una sesión semanal de hora y media. Los resultados mostraron

mejorías estadísticamente significativas de los grupos tratados frente al control, pero no entre las condiciones tratadas.

Una línea de tratamiento muy relacionada con el campo de trabajo que delimita el EHS, es aquella que utiliza el juego social practicado entre iguales. Este enfoque tiene por objetivo unir estratégicamente a niños que exhiben dificultades sociales con iguales habilidosos socialmente. Ambas aproximaciones implican proveer a los chicos seleccionados de oportunidades para comprometerse en actividades de tareas conjuntas con sus iguales no aislados. Estos estudios parten del supuesto de que los iguales son los agentes de socialización más importantes en el ambiente natural del niño y por ello su implicación en el tratamiento puede facilitar y fortalecer la generalización de las conductas sociales entrenadas (McFayden-Ketchum y Dodge, 1998; Spence y Donovan, 1998).

Un intento en este sentido lo constituye el trabajo de Furman, Rahe y Hartup (1979), los cuales pusieron a prueba la contribución de las relaciones con iguales de la misma edad o de edades diferentes y la eficacia de cada una de estas condiciones para “integrar” a niños retraídos socialmente. En concreto, seleccionaron a 36 preescolares asignándolos al azar a tres condiciones experimentales: (1) socialización con 10 sesiones de juego con un niño de la misma edad, (2) las mismas sesiones pero con un niño más pequeño y (c) control puro. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tratados y el control, pero no entre los grupos tratados.

Posteriormente, Morris, Messer y Gross (1995) fijaron como objetivos la mejora de la integración social y el incremento de los índices de relación positiva de chicos de primer y segundo grado ignorados por su grupo mediante el emparejamiento entre iguales. Para ello, seleccionaron 24 niños ignorados y 24 populares y los asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento y a una condición de control. Los sujetos tratados, parejas de niño popular/niño ignorado, participaron en 12 sesiones de juego, de 15 minutos cada una, durante un periodo de 4 semanas. Las elecciones sociométricas mostraron que tras la intervención el 75% de los participantes ignorados en el grupo de tratamiento mostraban mejorías en el estado sociométrico, frente al 17% del grupo control. Estos resultados se mantuvieron al mes, lo cual se puede traducir como un apoyo para los efectos a corto plazo de la condición experimental.

Muy recientemente, DeRosier (2004) ha puesto a prueba la eficacia de una intervención genérica en habilidades sociales (Intervención Grupal de Habilidades Sociales; S.S.GRIN) en un grupo de niños que presentaban problemas heterogéneos de relación con los iguales (concretamente, niños que mostraban rechazo hacia los iguales, víctimas de bullying y niños con ansiedad social), encontrando efectos benéficos para todos los grupos tratados frente al grupo control, que fueron similares para los tres subgrupos.

En relación con la Fobia Social, hemos de indicar que la mayor parte de los programas utilizados para su tratamiento, en niños y adolescentes, incluyen entre sus componentes el relativo al EHS (Beidel, Turner y Morris, 1996, 1998, 2000; Olivares y García-López, 1998; Hayward et al., 2000; Spence et al., 2000).

VI.2.2.1.4. Manejo de contingencias

Las técnicas de tratamiento denominadas “manejo de contingencias”, derivadas de los principios del condicionamiento operante, intentan alterar la frecuencia, duración e intensidad de la conducta fóbica a través de la manipulación de las consecuencias. Los procedimientos basados en el condicionamiento operante se fundamentan en el supuesto de que la adquisición de las respuestas de aproximación a la situación provocadora del miedo es una condición suficiente y parsimoniosa para eliminar el problema. Los estudios de Clement et al. (1967, 1970a, 1970b) fueron diseñados para intentar validar este supuesto en los niños tímidos o retraídos. El primer estudio de Clement y Milne (1967) estaba integrado por 11 niños que habían sido calificados por sus profesores como “chicos que presentaban comportamiento retraído o tímido”. Éstos fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de juego: (1) economía de fichas (cuatro sujetos recibían reforzamiento tangible por las conductas de aproximación social); (2) refuerzo social sin reforzamiento tangible (también integrado por cuatro sujetos) y (3) grupo control (compuesto por tres sujetos). Cada grupo tuvo 14 sesiones de juego. Los resultados indicaron que el grupo de refuerzo tangible (economía de fichas) fue el que obtuvo más beneficios de las dos condiciones de tratamiento. El grupo de control no mostró cambios significativos en las variables dependientes.

En 1970, Clement, Fazzone y Goldstein (1970) seleccionaron a 16 niños de 9 años de edad media y los asignaron al azar a dos grupos de tratamiento (economía de fichas y refuerzo social) y a dos grupos sin tratamiento (atención placebo individual y grupal),

cada uno formado por 4 chicos tímidos (todos de sexo masculino). Los mejores resultados fueron los alcanzados por los grupos de tratamiento, destacando la economía de fichas frente al refuerzo social y éste frente a los grupos de control. Dentro de éste último, la atención grupal alcanzó mejores resultados que la individual.

En un tercer experimento de este equipo, Clement, Roberts y Lantz (1970), intentaron evaluar el efecto terapéutico de un psicólogo infantil con una alta experiencia, la economía de fichas, el modelado filmado y las experiencias de grupo repetidas en niños tímidos. Los sujetos seleccionados fueron 24 niños tímidos distribuidos en cuatro grupos: (1) Economía de fichas con terapeuta, (2) Economía de fichas sin terapeuta, (3) Modelado filmado y (4) Control placebo psicológico. Los datos mostraron que el grupo tratado con terapeuta mejoró más que el que no utilizó terapeuta y que la economía de fichas generaba mejoras en la conducta de los niños en mayor medida que el modelado filmado y el placebo psicológico. No obstante, hay que indicar que este estudio presenta serias limitaciones metodológicas.

Los resultados de este grupo de investigaciones parecen respaldar la eficacia de la economía de fichas como medio para promover conductas prosociales en niños retraídos o tímidos, dentro de las técnicas de manejo de contingencias, a pesar de que presentan limitaciones metodológicas: su reducido tamaño muestral y sus implicaciones en relación con la generalización de sus hallazgos.

Una tentativa más de “integración” de los chicos tímidos en el contexto grupal en la llevada a cabo por Weinrott, Corson y Wilchescky (1979). Estos autores sometieron a prueba el supuesto de que la implicación de los profesores en el tratamiento tendría efectos benéficos y variados en conducta de estos chicos: (i) incrementaría la frecuencia de relación de los niños tímidos con sus compañeros, (ii) aumentaría la voluntariedad y la iniciativa de éstos con los profesores, (iii) reduciría la frecuencia de los despistes (distracciones) y (iv) la autoestimulación. Los participantes fueron distribuidos en 25 parejas de niños (entre 7 y 9 años) y profesores, 20 de las cuales fueron asignadas a un grupo experimental y 5 sirvieron como grupo control sin tratamiento. Todos los profesores de los grupos experimentales fueron entrenados durante 10 semanas para incrementar la frecuencia de conductas prosociales usando modelado (según el procedimiento establecido por O'Connor, 1969, 1972), reforzamiento social, contingencias individuales y una combinación de consecuencias individuales y de grupo en el contexto de la clase. Los resultados mostraron que el grupo de tratamiento

incrementó significativamente las relaciones con sus compañeros frente al grupo de control.

VI.2.2.1.5. Intervenciones Cognitivo-Conductuales

Las técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones, la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas también han sido empleadas en el tratamiento de sujetos tímidos o con Fobia Social. Así, Harris y Brown (1982) utilizaron tanto la reestructuración cognitiva como las autoinstrucciones en combinación con otras técnicas (modelado y exposición) en la mejora de la conducta de relación de los niños tímidos. Los participantes fueron 109 escolares, cuya edad media era de 11 años y medio. Los resultados mostraron que las técnicas cognitivas redujeron significativamente el miedo a las situaciones sociales y a hablar en público. En este mismo contexto, Trianes, Rivas y Muñoz (1991) entrenaron a 98 niños tímidos con edades comprendidas entre 3 y 5 años, los cuales fueron distribuidos en tres grupos: (1) resolución de problemas con intervención máxima (la profesora intervenía todo el tiempo en clase), (2) resolución de problemas con intervención mínima (sólo intervenían de vez en cuando los alumnos en prácticas) y (3) control atención placebo. Los resultados mostraron que los grupos de resolución de problemas alcanzaban mayores índices de mejoría que el grupo de control, pero no existían diferencias estadísticamente significativas entre éste y los grupos tratados.

Por lo que respecta al tratamiento de la FS, tanto en niños como en adolescentes, las investigaciones han utilizado tratamientos multicomponentes que integran técnicas cognitivo-conductuales junto a otras estrictamente conductuales (Beidel et al., 2000; García-López *et al.*, 2002; Hayward et al., 2000; Spence et al., 2000). De ellas vamos a ocuparnos a continuación.

Beidel et al. (2000), dieron a conocer los resultados de la comparación de la eficacia de la Terapia para la Eficacia Social adaptada para niños (*Social Effectiveness Therapy for Children*, SET-C) frente a un grupo control, en una muestra de 67 niños cuyas edades comprendían desde los 8 hasta los 12 años. Los niños fueron asignados al azar, bien al programa de tratamiento conductual diseñado para aumentar las habilidades sociales y disminuir la ansiedad social (SET-C) o a un grupo de atención placebo. El programa SET-C incluye un componente educativo, entrenamiento en habilidades sociales, exposición in vivo y generalización de lo aprendido al grupo de iguales. Los resultados indicaron mejorías significativas del grupo tratado en las variables de

habilidades sociales, ansiedad y miedo social, incrementándose también de forma significativa las relaciones sociales.

En este mismo contexto, Spence et al. (2000) compararon la efectividad de dos tratamientos: uno denominado CBT-PNI (*Cognitive-Behavioral Therapy with No Parental Involvement*) integrado por entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, exposición y reestructuración cognitiva y otro rotulado como CBT-PI (*Cognitive-Behavioral Therapy with Parental Involvement*) que incluye el CBT más la intervención de los padres. Ambos se compararon frente a un grupo control de lista de espera. Este programa había sido elaborado en 1995 por el primer autor (Spence, 1995). La muestra estuvo integrada por 50 niños con edades comprendidas entre 8 y 11 años, los cuales fueron asignados al azar a los tres grupos. Los resultados mostraron que ambas intervenciones fueron superiores a la lista de espera, aunque no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

En el mismo año, Hayward et al. (2000) examinaron otro paquete multicomponente, el CBGT-A (*Cognitive-behavioral group therapy for adolescents*) elaborado por Albano, Marten y Holt (1991) que combina técnicas de reestructuración cognitiva, exposición y habilidades sociales. Se seleccionaron 33 chicas adolescentes con FS y se distribuyeron en dos condiciones experimentales: (1) GCBT-A y (2) grupo de control no tratado. Los resultados indicaron un efecto moderado a corto plazo del CBGT-A para el tratamiento de adolescentes que padecen FS y mejora de la depresión mayor. Es, sin embargo, un resultado con efectos menos robustos que el conseguido en un primer estudio con población adolescente por Albano, DiBartolo, Holt et al. (1995) en el se publicaban los primeros resultados obtenidos con el CBGT-A con una notable mejoría en las variables utilizadas en el postratamiento, un incremento de la mejoría en el seguimiento a los 3 meses y una mejoría aún superior tras 12 meses de evaluación (4 sujetos presentaban remisión total del problema y el quinto, remisión parcial). No obstante, la carencia de grupo de control y el bajo tamaño muestral (5 sujetos) podrían explicar las diferencias entre ambos estudios.

En España se ha efectuado un estudio con la intención de poner a prueba este programa de tratamiento. Para ello, Olivares et al. (2002) y García-López et al. (2002) llevaron recientemente a cabo la réplica del mismo con población adolescente con FS. Seleccionaron un total de 59 adolescentes y las distribuyeron en cuatro grupos: (1) SET-_{ASV} (*Social Effectiveness Therapy for Adolescents-spanish versión*; Olivares y García-

López, 1998), que incluye una fase educativa, otra de entrenamiento en habilidades sociales y una tercera relativa a la práctica programada; (2) IAFS (*Intervención para Adolescentes con Fobia Social*; Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005) que consta de una fase educativa, otra de entrenamiento y una tercera relativa a las “tareas para casa”; (3) el GCBT-A (*Cognitive-behavioral group therapy for adolescents*; Albano, Marten y Holt, 1991), descrito anteriormente y (4) Grupo control no tratado. Los resultados indicaron una mejora estadísticamente significativa, en los sujetos tratados frente al control, de la autoestima y las habilidades sociales, así como una disminución de los síntomas de ansiedad social y de su interferencia con la vida familiar, social, de pareja y académica. Además estos resultados se han mantenido a corto y largo plazo (García-López et al., 2002). Recientemente, Olivares, Rosa, Caballo et al. (2003) hallaron que el Protocolo IAFS presentaba los mejores resultados frente al resto de tratamientos. Otros estudios con el protocolo IAFS han visto la luz recientemente (Piqueras, Olivares y Rosa, 2004; Olivares, Piqueras y García-López, 2004; Olivares, Rosa y Vera-Villarroel, 2003; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005), apoyando la eficacia de este protocolo en el tratamiento de la FSG. Olivares, Rosa, Piqueras y Sánchez-García (2004), con el fin de aportar evidencia experimental sobre el papel de la transmisión de información frente al tratamiento psicológico cognitivo-conductual pusieron en marcha una nueva investigación que permitiera obtener información de la comparación entre los efectos generados por el IAFS (tratamiento psicológico cognitivo- conductual) y un grupo tratado sólo mediante Transmisión de Información acerca de la ansiedad social y sus repercusiones en los sujetos (tratamiento educativo). El tamaño de la muestra inicial (estudio piloto) fue de 20 adolescentes que cumplían los criterios para el diagnóstico de Fobia Social (APA, 2000), los cuales fueron distribuidos aleatoriamente a ambas condiciones experimentales (IAFS y Trasmisión de Información). Las intervenciones constaron de 12 sesiones aplicadas en grupo a razón de noventa minutos de duración por sesión y periodicidad semanal. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con tratamiento cognitivo-conductual y el grupo que sólo recibió información, manteniéndose tales diferencias tanto en el postest como en el seguimiento (6 meses).

También en el 2004, Gallagher, Rabian y McCloskey ha examinado la eficacia de un tratamiento en grupo cognitivo-conductual en 23 niños con FS con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. Los niños fueron asignados aleatoriamente al

tratamiento o a un grupo control en lista de espera. La intervención se llevó a cabo durante tres semanas. Los resultados han mostrado que el grupo que recibió la intervención obtuvo una mejoría significativamente superior que el grupo control en lista de espera en medidas de ansiedad y depresión. Sin embargo, la competencia social de los niños no se vio afectada por el tratamiento.

Así mismo, Masia-Warner, Klein et al. (2003) han dado a conocer los resultados de la segunda aplicación un nuevo protocolo de tratamiento de la Fobia Social en contextos comunitarios, el *Skills for Academic and Social Success* (SASS) que ya había resultado altamente efectivo en la primera (Masia, Klein, Storch y Corda, 2001). En el primero llevado a cabo con 6 adolescentes con FS (Masia et al., 2001), un 50% de los sujetos obtuvieron una remisión total del problema mientras que el 50% restante obtuvo una remisión parcial. El programa de tratamiento se compone de 14 sesiones en grupo, de las cuales una de ellas se dedica a psicoeducación, otra sesión a “Pensar Realistamente”, 4 sesiones al entrenamiento en EHS, 5 sesiones a la exposición y una sesión a la prevención de recaídas. Incluye además dos reuniones informales (“Pizza Party”) que incluyen habilidades sociales en un entorno no estructurado. El tratamiento está basado en el SET-C de Beidel et al. (1998). En su nuevo trabajo (Masia-Warner, Klein et al., 2003), la muestra que presentan es significativamente mayor, 42 sujetos, aleatorizados en dos grupos de 21, uno de ellos asignado al programa SASS y el otro a un grupo de control lista de espera. En este nuevo estudio el programa ha sido modificado, incluyendo 12 sesiones en la escuela, dos reuniones con los profesores, 4 fines de semana en actividades de grupo en la comunidad con compañeros habilidosos socialmente y 2 sesiones educativas con los padres. En sus resultados muestran que tras la intervención, un 94,4% de los sujetos habían mejorado moderadamente o muy notoriamente, frente a un 11,8% de los sujetos del grupo de control. Además, un 66,7% de los sujetos habían dejado de cumplir los criterios diagnósticos para la FS frente a solamente un 5,9% del grupo control.

Un estudio único en su tipo es el publicado en 2002 por Chavira y Stein, que presentaron los primeros resultados de la combinación de un tratamiento psicoeducativo breve con un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (citalopram) en el tratamiento de la FSG en niños y adolescentes (rango: 8-17 años). El tratamiento psicológico incluyó una fase educativa, entrenamiento en habilidades y ejercicios conductuales, incluyendo a los padres en la intervención. Los resultados mostraron que

el 83,3 % de los participantes (10 de 12) mejoraron tras el tratamiento. Los cambios fueron significativos en las puntuaciones de autoinforme de ansiedad social, depresión e informes de los padres sobre las habilidades sociales de los niños durante el curso del tratamiento.

VI.2.2.2. Desde otros contextos teóricos

Desde otros enfoques o modelos teóricos también se ha pretendido mejorar la vida de los niños tímidos y con Fobia Social, logrando en algunos casos ciertos cambios. Así, Lafreniere y Capuano (1997) llevaron a cabo un estudio que consistió en poner a prueba la eficacia de un programa de intervención preventiva que integraba las perspectivas conductual, atribucional y evolutiva. Este programa pretendía valorar la hipótesis de que las perturbaciones en la relación padres-niño afectaban directamente al ajuste del niño preescolar. La muestra estuvo integrada por 43 niños de preescolar ansiosos y retraídos, y sus madres, que se distribuyeron entre el grupo de tratamiento educativo y el control. La intervención se llevó a cabo durante 6 meses, tras la cual, las madres tratadas disminuyeron los parámetros de sus conductas de control, los niños incrementaron las conductas de cooperación y el entusiasmo durante una tarea de resolución de problemas con las madres, y la competencia social y la conducta ansiosa-retraída de los niños también mostraron mejorías significativas.

Desde otro enfoque, Voelm, Cameron, Brown, y Gibson (1984) intentaron poner a prueba el programa denominado *Educación Racional* que consiste en un tratamiento desarrollado dentro del enfoque humanista y derivado de la Terapia Racional Emotiva, que ha sido utilizado en múltiples programas de mejora de autoconcepto con poblaciones no clínicas y en contextos escolares. Para ello, seleccionaron 38 adolescentes extrovertidos y 42 retraídos socialmente y los asignaron aleatoriamente a 3 grupos: (1) Educación Racional Emotiva, (2) Análisis Transaccional y (3) Control sin tratamiento. Los adolescentes socialmente retraídos que fueron entrenados en educación racional emotiva obtuvieron incrementos significativos en autoestima, valoración de la apariencia física, status escolar e intelectual, popularidad y satisfacción, felicidad personal y decremento del nivel de ansiedad.

VI.2.2.3. Programas de tratamiento psicológico para población adolescente

VI.2.2.3.1. *El Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish Version (SET-ASV; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998)*

El SET-ASV (Olivares et al., 1998) es un programa de tratamiento multicomponente diseñado para disminuir y/o eliminar las respuestas de ansiedad social, mejorar las habilidades sociales e incrementar el número de actividades sociales placenteras. Los diferentes componentes se desarrollaron para mejorar la competencia social en estas dimensiones.

El primer componente del programa es el *Educacional*, el cual tiene por objetivo informar a los participantes acerca de la naturaleza de la Fobia Social. De esta forma los sujetos se familiarizan con los aspectos del tratamiento y se examinan las expectativas que tienen respecto de éste. También permite al sujeto conocer al terapeuta y a sus compañeros de grupo. De hecho, los autores consideran este componente como el primer paso de una estrategia para modificar el estilo de vida restringido que frecuentemente presentan los sujetos con Fobia Social.

El segundo es el *Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)*. Esta fase está diseñada para enseñar y/o mejorar las habilidades sociales de los sujetos así como para proporcionar un contexto en el que ponerlas en práctica. Simultáneamente con el entrenamiento en habilidades sociales se desarrolla el *Programa de Tareas para Casa*. Así, al finalizar la sesión de EHS, se dan al sujeto unas tareas orientadas a la realización de exposiciones en vivo en contextos naturales. Junto con estas tareas para casa, hay un número de *Ejercicios de Flexibilidad* diseñados para incrementar el repertorio de interacciones sociales que son usadas para fomentar el contacto social así como para modificar tanto las creencias como otros pensamientos irracionales que se hallan en la base del estilo rígido de pensamiento que presentan la mayoría de fóbicos sociales. Así, por ejemplo, el sujeto puede verbalizar pensamientos como “no se me va a ocurrir nada que decir”, “seguro que me voy a quedar en blanco” o “durante una conversación con una persona a la que acabas de conocer no se puede hablar de cosas superficiales”. Por tanto, se considera importante fomentar estos ejercicios puesto que la mayor parte de los sujetos con Fobia Social se enfrentan a las situaciones sociales con una visión muy rígida, creyendo que sólo hay una forma de hacer las cosas. De la misma manera, se constata una falta de creatividad cuando se les pide que generen soluciones a un problema. Los ejercicios de flexibilidad, encaminados a aumentar sus repertorios de

conducta, les fuerzan a generar alternativas y por lo tanto, a cambiar su estilo de pensamiento. Los autores de este programa de tratamiento consideran que estos ejercicios son críticos en el proceso de modificación de la manera en la cual los sujetos se plantean su actual vida social y las posibilidades que se abren para ellos.

El tercer componente es la *Exposición*. Aunque todos los elementos del programa incluyen algún grado de exposición, este componente se dirige fundamentalmente a la exposición gradual o a la inundación en vivo o en imaginación. La exposición se lleva a cabo en las sesiones individuales.

El último componente del SET-A es la *Práctica Programada*, cuyo objetivo es asegurar que los beneficios del tratamiento se generalizan al medio natural del sujeto y se produzcan una consolidación de las habilidades sociales aprendidas durante la intervención. Durante este período se lleva a cabo una transferencia gradual de la responsabilidad del terapeuta hacia el sujeto de cara a que este último planifique actividades de autoexposición. También se enfatiza al sujeto la necesidad de continuar exponiéndose a aquellas situaciones sociales que aún pueden elicitarse alguna respuesta de ansiedad tras la finalización del tratamiento. En este componente se incluye asimismo estrategias de prevención de recaídas con el fin de preparar al sujeto acerca de la posibilidad de experimentar ansiedad en situaciones sociales.

El SET-A consta de 28 sesiones de tratamiento que se desarrollan a lo largo de 16 semanas. Las sesiones se realizan dos veces por semana durante las doce primeras y una vez por semana durante las cuatro últimas. El componente *Educacional* se implementa durante la primera reunión en grupo (Sesión 0). Los componentes de *Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)* y *Exposición* se realizan durante las doce primeras. Ambos componentes se aplican simultánea y semanalmente. Las sesiones de EHS (en grupo) tienen una duración de 60 minutos y las relativas a la exposición (individuales) tienen una duración aproximada de 30 minutos. El último componente, la *Práctica Programada*, tiene lugar en cuatro sesiones individuales de 60 minutos, llevándose a cabo una vez han finalizado las sesiones de EHS y Exposición.

Respecto al contenido de las sesiones, éste proviene de las dos versiones que previamente existían, el SET para adultos (Turner, Beidel y Cooley, 1997) y el SET-C para niños (Beidel, Turner y Morris, 1998). Los componentes están seleccionados *a priori* de acuerdo con aquellos que parecían, de estos dos, los más adecuados al periodo

de la adolescencia. Estos contenidos fueron refrendados por los autores de los programas de tratamiento originales (SET y SET-C), los doctores Samuel Turner y Deborah Beidel, respetando en todo momento la estructura original del SET.

La Tabla VI.1. presenta una síntesis del contenido de cada una de las sesiones que conforman el paquete de tratamiento.

Tabla VI.1.
Contenidos de las sesiones del Social Effectiveness Therapy for Adolescents-Spanish Versión (SET-A_{SV})

SESIÓN	CONTENIDOS DE LAS SESIONES E N G R U P O		
0	Fase educativa	Exposición (gradual o en inundación)	CONTENIDOS DE LAS SESIONES INDIVIDUALES
1	Iniciar conversaciones. Temas apropiados		
2	Mantener conversaciones. Temas de transición		
3	Atender y recordar. Habilidades telefónicas.		
4	Interacciones con personas del sexo opuesto		
5	Interacciones con figuras de autoridad		
6	Dar y recibir cumplidos		
7	Establecer y mantener amistades		
8	Habilidades para unirse a grupos		
9	Asertividad (I): Cómo decir que NO		
10	Asertividad (II): Pedir a otros que cambien su conducta		
11	Entrenamiento en hablar en público (I): Escoger un tema y construir el cuerpo de la charla		
12	Entrenamiento en hablar en público (II): Cómo iniciar y concluir una charla.		
13-16	-----	<i>Práctica programada</i>	

VI.2.2.3.2. Cognitive-Behavioral Group Treatment for Adolescents (CBGT-A; Albano, Marten y Hot, 1991)

El CBGT-A (Albano, Marten y Hot, 1991) consiste en un paquete de tratamiento diseñado con el objeto de enseñar a los adolescentes habilidades específicas que les ayuden a afrontar las situaciones sociales que les resultan ansiógenas. Para ello el CBGT-A incluye el componente de exposición graduada dentro de las sesiones de tratamiento y además se planifican ejercicios de autoexposición en las tareas para casa.

El CBGT-A se divide en dos fases de ocho sesiones cada una: (a) la fase Educativa y de Entrenamiento en habilidades (“*skills building*”) y (b) la fase de Exposición. Durante

la primera fase, el terapeuta presenta información acerca del programa de tratamiento así como una presentación del modelo explicativo de la Fobia Social, en el que se resalta la importancia de las respuestas de evitación y/o escape como factores de mantenimiento de la Fobia Social (*Educativa*). Posteriormente, durante el módulo de *Entrenamiento en habilidades*_se trabajan las habilidades sociales, el entrenamiento en resolución de problemas y la reestructuración cognitiva (terapia cognitiva de Beck).

Respecto a la segunda fase, la *Exposición*, se realizan ensayos de conducta y exposiciones en vivo de cara a afrontar las situaciones sociales temidas por el adolescente. Para ello, previamente los sujetos construyen individualmente una jerarquía de las situaciones sociales que les ocasionan respuestas de ansiedad y/o evitación. Durante las exposiciones se simulan las situaciones jerarquizadas, pudiendo usar para este fin tanto a los compañeros del grupo como al terapeuta. Cada sujeto trabaja con su jerarquía individual de situaciones temidas y recibe una “doble exposición” ya que también participa en las exposiciones de sus compañeros(as). Asimismo, durante esta fase se asignan tareas para casa con el objeto de promover el mantenimiento y la generalización de los efectos. Tanto durante la primera fase como en esta última, se dispone de un tiempo de descanso (o “*snack time*”) que tiene lugar aproximadamente durante la mitad de la sesión. Este componente está diseñado para proporcionar una actividad en el medio natural de cara al modelado de las conductas prosociales. Durante la fase de entrenamiento en habilidades, el “tiempo de descanso” se dedica a la desensibilización, a leer o a comer en público y/o hacer pequeñas charlas informales (p. ej, debates). Durante la fase de exposición se realizan “mini-exposiciones” en vivo (p.ej., ir a la cantina del instituto en una hora concurrida, pedir un refresco y bebérselo delante de sus compañeros). Además, con el fin de preveer posibles recaídas durante la última sesión de esta fase se hace un repaso tanto de los contenidos trabajados durante las sesiones como del cambio experimentado por los sujetos a lo largo de la terapia. Junto a esto, se planifican exposiciones y se analizan y discuten los factores que han podido contribuir al cambio y a la atribución de la mejoría por parte de los sujetos. Una descripción de los contenidos de las sesiones puede verse en la Tabla VI.2.

El CBGT-A incluye 16 sesiones de tratamiento, las cuales se desarrollan durante un periodo de 14 semanas. Todas las sesiones tienen una duración de 90 minutos y se

llevan a cabo con un formato de grupo. Las cuatro primeras sesiones se realizan dos veces a la semana y las doce restantes con una periodicidad semanal.

Tabla VI.2. Contenidos del tratamiento *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A)*

SESIÓN	CONTENIDOS DE LAS SESIONES
1	Fase educativa (I). Normas del programa.
2	Fase educativa (II). Modelo explicativo de la ansiedad. Expectativas de tratamiento.
3	Terapia cognitiva de Beck (I). Fase educativa y de entrenamiento: Pensamientos automáticos. Distorsiones cognitivas.
4	Terapia cognitiva de Beck (II). Fase de aplicación. Técnica de resolución de problemas.
5	Entrenamiento en habilidades sociales. Asertividad (I)
6	Entrenamiento en habilidades sociales. Asertividad (II)
7	Revisión de las habilidades aprendidas hasta la fecha (técnicas cognitivas, entrenamiento en resolución de problemas y habilidades sociales). Evaluación de las expectativas
8	Ensayo de conducta Introducción a la fase de exposición
9-15	Exposición
16	Exposición Prevención de recaídas

VI.2.2.3.3. Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; Olivares y García-López, 1998)

El IAFS (Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005) es un paquete de tratamiento compuesto por los autores a partir del análisis de los componentes del SET-A y CBGT-A que habían demostrado su utilidad subjetiva, utilizando para ello el diferencial semántico de sujetos que habían realizado estos tratamientos, puntuando los contenidos de las sesiones justo cuando acababan éstas así como al final del tratamiento.

El IAFS consta de cuatro componentes. El primero de ellos es el *Educativo*, en él se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la Fobia Social, se planifican conductas-objetivo y se examinan las expectativas que tiene el sujeto tanto para el tratamiento como para cada una de las conductas-objetivo antes mencionadas.

El segundo componente es el *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, el cual integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir

cumplidos, establecer y mantener amistades así como un entrenamiento en hablar en público. Al igual que en el SET-A, se incluyen ejercicios de flexibilidad dirigidos a incrementar los repertorios de conducta del sujeto.

El tercero es la *Exposición*. Aunque el EHS conlleva algún grado de exposición, de las doce sesiones, el IAFS dedica casi la mitad de ellas a exponer al sujeto a situaciones similares a las que ha practicado en el contexto del grupo. Para la exposición a situaciones como iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo o del sexo opuesto se emplea como coterapeutas a personas desconocidas para el sujeto, con las que el sujeto tiene que interactuar. Los coterapeutas son entrenados para que no sean ellos los que lleven el peso de la interacción, sino los sujetos con Fobia Social. Respecto a la exposición a hablar en público, se utiliza el *videofeedback*, es decir, la retroalimentación audiovisual. Posteriormente cada charla es analizada utilizando para ello también el *feedback* de los compañeros, el del propio sujeto que ha expuesto y se compara todo ello con el feedback proporcionado por el vídeo.

El cuarto componente lo integran las *técnicas de reestructuración cognitiva*. Se utiliza en él la Terapia Cognitiva de Beck siguiendo las etapas educativa, de entrenamiento y de aplicación descritas por Méndez, Olivares y Moreno (1998) y el formato A-B-C de Ellis para “discutir con los pensamientos”.

Además, al igual que el CBGT-A y SET-A, el IAFS incluye instrucciones de cara a la prevención de recaídas, haciendo especial hincapié en identificar las situaciones de alto riesgo en las que los sujetos pueden experimentar ansiedad y deseos de emitir respuestas de evitación y/o escape. De igual modo, se analizan qué situaciones sociales aún generan ansiedad y se discute la importancia de continuar exponiéndose a esas situaciones.

En resumen, el IAFS consta de 12 sesiones en grupo de 90 minutos de duración y periodicidad semanal. Al finalizar las sesiones en grupo se proporciona tareas para casa a los sujetos, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativos al contenido de la sesión que se hubiera trabajado. Junto a esto, los sujetos disponen semanalmente de un horario de consultas individuales en las que pueden planificar tareas de autoexposición o bien ahondar en los contenidos vistos en las sesiones en grupo. El horario de tutoría es de dos horas semanales, distribuidas según un programa flexible que se articula en función del número de sujetos que solicitan consulta para esa

semana. Estas sesiones individuales son opcionales, al contrario que el SET-A. Véase la Tabla VI.3. para una descripción del contenido de las sesiones.

Tabla VI.3. Contenidos de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS)

SESIÓN	CONTENIDO DE LAS SESIONES EN GRUPO
1	Fase educativa. Normas del programa Modelo explicativo del constructo Fobia Social
2	Terapia cognitiva de Beck
3	Iniciar y mantener conversaciones. Biblioterapia sobre autoestima
4	Atender y recordar. Iniciar y mantener conversaciones (continuación)
5	Entrenamiento en Asertividad
6	Exposición (Situación: Iniciar y mantener conversaciones). Entrenamiento en Asertividad (continuación)
7	Dar y recibir cumplidos. Establecer y mantener amistades
8	Exposición (Situación: Interacciones con personas del sexo opuesto). Asertividad (continuación).
9	Hablar en público I: Habilidades verbales y no verbales Exposición. Uso del videofeedback
10	Exposición (Hablar en público II). Cómo iniciar, desarrollar y concluir una charla Uso del videofeedback
11	Exposición (Hablar en público III). Uso del videofeedback
12	Exposición (Hablar en público IV). Prevención de Recaídas

Respecto a la eficacia del IAFS, Olivares y García-López (2001), han mostrado en un estudio intrasujeto con 11 sujetos con FSG, su eficacia a corto plazo tanto en medidas generales de Fobia Social como en las que examinan específicamente las respuestas cognitivas y motoras que integran este trastorno. Posteriormente, diferentes trabajos publicados han hallado apoyo para la eficacia de este programa multicomponente (v.gr., Olivares, Piqueras y García-López, 2004; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; Olivares, Rosa et al., 2004; Olivares, Rosa y Vera-Villarroel, 2003; Piqueras, Olivares y Rosa, 2004).

VI.2.2.3.4. *Skills for Academic Social Success (SASS; Masia et al., 2001)*

Es un programa desarrollado por Masia et al. (2001) para el tratamiento de la Fobia Social en contextos académicos. El SASS se compone de 14 sesiones en grupo. De ellas, una sesión se dedica al componente educativo, una sesión a “pensamientos realistas”, cuatro sesiones al entrenamiento en habilidades sociales, cinco sesiones a la exposición y una sesión a la prevención de recaídas. Adicionalmente incluyen dos reuniones informales “pizza parties” para practicar en contextos no estructurados las habilidades sociales. Los componentes de habilidades sociales y de exposición se fundamentan en el SET-C (Beidel et al., 1998). El “pensamiento realista” y la prevención de recaídas son adaptaciones del libro “*Overcoming Shyness and Social Phobia*” (Rapee, 1998). Los componentes prácticos de cómo llevar a cabo las sesiones de intervención en grupo están basadas en el programa CBGT-A (Albano, DiBartolo, Heimberg et al., 1995).

En la *sesión educativa* se establecen una serie de normas de funcionamiento y se explican los aspectos relevantes a su problema (“Fobia Social”) y detalles del programa. El componente “*Pensamiento Realista*”, consiste en evaluar de una manera más real la ocurrencia de eventos negativos y las consecuencias que se derivan de esa forma nueva forma de verlo. Por lo que respecta al *entrenamiento en habilidades sociales*, las sesiones incluyen iniciar y mantener conversaciones, atender y recordar habilidades y entrenamiento en asertividad. Las *exposiciones* se realizan *in vivo* y en situaciones simuladas en las sesiones con situaciones temidas específicas de cada uno de los participantes. La *prevención de recaídas* incluye instrucciones para identificar señales que indiquen una situación problemática y estrategias para prevenir su ocurrencia.

Adicionalmente, los autores del programa mencionan que la primera vez que se llevó a cabo este nuevo paquete de tratamiento, se contó con la colaboración de los profesores en clase llamando a hacer exposiciones en el aula a los sujetos participantes.

Recientemente, Masia-Warner, Klein et al. (2003), han modificado el paquete de tratamiento, dedicando 12 sesiones en grupo en la escuela, 2 reuniones con los profesores, 4 fines de semana dedicadas a actividades en la comunidad con otros compañeros considerados habilidosos socialmente y 2 sesiones con los padres focalizadas en la educación.

Finalmente presentamos una tabla comparativa de los programas de tratamiento (véase Tabla VI.4.).

Tabla VI.4. Características de los programas de tratamiento de la Fobia Social en adolescentes

CARACTERÍSTICAS	SET-A _{SV}	CBGT-A	IAFS	SASS
Duración del tratamiento	16 semanas	14 semanas	12 semanas	*
Nº sesiones	28	16	12-24 ¹	*
Periodicidad de las sesiones	Semanal ² Dos veces por semana ³	Semanal ⁴ Dos veces por semana ⁵	Semanal ⁶	*
Sesiones en grupo	SI	SI	SI	SI
Periodicidad	Semanal	Dos veces por semana ⁵	Semanal	*
Duración	60 minutos	90 minutos	90 minutos	42 minutos
Sesiones individuales	SI	NO	SI	NO
Periodicidad	Semanal	---	Opcionales	*
Duración	30 minutos ⁷	---	Flexible	*
Componentes				
Educativo	SI	SI	SI	SI
Entrenamiento en HH.SS.	SI	SI ⁸	SI	SI
Exposición	SI	SI	SI	SI
Técnicas Cognitivas	NO	SI	SI	SI
Práctica Programada	SI	NO	SI ⁹	SI
Entrenamiento en Solución de Problemas	NO	SI	NO	NO
Prevención de Recaídas	SI	SI	SI	SI

¹La magnitud del intervalo depende de las sesiones individuales solicitadas; ²Sesiones 13-16; ³Sesiones 0-12; ⁴Sesiones 5-16; ⁵Sesiones 1-4; ⁶Sesiones 1-12, a excepción de que el sujeto voluntariamente decida hacer uso de las sesiones individuales, en cuyo caso la periodicidad sería de dos veces por semana; ⁷Excepto las sesiones de Práctica Programada (60 minutos); ⁸Únicamente se incluyó entrenamiento en asertividad (excluyéndose las habilidades de conversación en el entrenamiento en habilidades sociales); ⁹Incorporado en las sesiones individuales. (*) datos no disponibles en el manuscrito.

VI.2.3. FACTORES ASOCIADOS CON LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Solamente unos pocos predictores de los resultados de los tratamientos psicológicos para la Fobia Social han sido identificados y la mayoría de los estudios que se han llevado a cabo han examinado la respuesta al CBGT. Algunas de estas variables que se han mostrado útiles para predecir el CBGT son la severidad de los síntomas de Fobia Social presente en el pretratamiento (Otto et al., 2000; Scholing y Emmelkamp, 1999), las quejas por las tareas para casa (Edelman y Chambless, 1995; Leung y Heimberg, 1996), la frecuencia de pensamientos negativos durante la interacción social (Chambless, Tran y Glass, 1997), y las expectativas de resultado de los sujetos respecto al tratamiento (Chambless et al., 1997; Safren, Heimberg y Juster, 1997b).

Los subtipos de Fobia Social también han sido relacionados con el CBGT (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Hope, Herbert y White, 1995; Turner, Beidel y Townsley,

1992). Así, Brown et al. (1995) informaron de tasas más altas de respuesta al CBGT entre sujetos con FS no generalizada frente a aquellos con FSG. Tanto Brown et al. (1995) como Hope et al. (1995) demostraron que los sujetos con el subtipo generalizado de FS comenzaban el tratamiento con mayor severidad del trastorno y a pesar de que el grado de mejora era similar para los sujetos con ambos subtipos, al final del tratamiento aquellos con FSG permanecían con mayor severidad. Por el contrario, Turner et al. (1992) no informaron de diferencias sustanciales entre los sujetos con FSG vs. FS específica en la reducción de sus miedos durante una terapia de exposición intensiva. Recientemente, Sánchez-Meca, Rosa y Olivares (2004) han informado de los resultados de un meta-análisis de los efectos de los tratamientos psicológicos de la Fobia Social en Europa. Según este estudio, el tamaño del efecto medio en el posttest de las medidas de Fobia Social fue mayor en los sujetos con el diagnóstico de Fobia Social generalizada que los encuadrados en el subtipo específico.

Como se ha expuesto anteriormente (apartado II.3.2.1.), la comorbilidad entre la FS y el TPE es muy elevada y esto puede ser debido al solapamiento existente entre los criterios diagnósticos de ambos trastornos. Algunos autores sugieren que los sujetos obtienen un diagnóstico de FSG y TPE pueden representar el extremo de mayor severidad dentro de un continuum de ansiedad social (Heimberg, 1996; Widiger, 1992). Sin embargo, en algunos estudios no se ha encontrado que el TPE pueda ser un predictor de pobres resultados en el tratamiento (Brown et al., 1995; Hofmann, Newman, Becker, Taylor y Roth, 1995; Hope et al., 1995). No obstante, en el estudio de Brown et al. (1995), 8 de los 17 sujetos que fueron diagnosticados con FSG y TPE antes del tratamiento dejaron de cumplir los criterios para el TPE después de la intervención. Otros estudios, por el contrario, sugieren que la presencia de TPE influye negativamente en los resultados del tratamiento (Chambless et al., 1997; Feske, Perry, Chambless, Renneberg y Goldstein, 1996; Turner, Beidel, Cooley, Woody y Messer, 1994). Por ejemplo, Feske et al. (1996) informaron que al inicio del tratamiento, los sujetos que eran diagnosticados con ambos trastornos, padecían mayores niveles de severidad que aquellos con FSG sin TPE, y así permanecían a pesar de la mejora significativa que experimentaban en el posttest y en el seguimiento a los 3 meses. Por lo tanto, los estudios que han examinado el impacto del TPE sobre los tratamientos psicológicos han producido resultados equívocos.

La Fobia Social también es altamente comórbida con otros trastornos del eje I (Kessler et al. 1994; Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992). Sin embargo, ni Turner, Beidel, Wolff, Spaulding y Jacob (1996), ni van Velzen, Emmelkamp y Scholing (1997) encontraron datos que evidenciaran un impacto de la comorbilidad con el eje I sobre los resultados de tratamiento; no obstante ninguno de estos estudios examinó el impacto específico de cada condición comórbida.

Por último y para finalizar, es importante señalar que de los estudios meta-analíticos que se han realizado, se puede concluir que si bien existe un consenso a la hora de afirmar que los tratamientos psicológicos son bastante eficaces (Fedoroff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Gould et al., 1997; Méndez et al., 2001; Olivares, Rosa, Piqueras et al., 2002; Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos et al., 2003; Taylor, 1996), respecto a la eficacia diferencial de cada uno de ellos por separado los datos no son consistentes. Mientras que Fedoroff y Taylor (2001), Feske y Chambless (1995) y Méndez et al. (2001) no encuentran diferencias en la eficacia de los distintos tipos de intervenciones psicológicas, Taylor (1996) mostró mayores tamaños del efecto para la combinación de reestructuración cognitiva más exposición y Gould et al. (1997) informó que el tamaño del efecto más alto pertenecía a los tratamientos de exposición únicamente o en combinación con reestructuración cognitiva.

Más recientemente, nuestro equipo de investigación ha llevado a cabo diferentes revisiones cuantitativas utilizando la estrategia del meta-análisis, abordando algunas de las cuestiones relacionadas con los tratamientos de la Fobia Social.

En primer lugar, dos estudios se han ocupado de revisar la bibliografía existente acerca de la eficacia del tratamiento psicológico en los problemas de timidez y Fobia Social en niños y adolescentes.

El primero de los estudios ha analizado a través de un meta-análisis los resultados sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en los problemas de timidez y Fobia Social en niños y adolescentes en los estudios que hemos venido mencionado en este punto (Olivares, Rosa, Piqueras et al., 2002). En ellos se han incluido un total de 15 artículos que cumplieron con los criterios de selección, dando lugar a 24 estudios independientes, sobre los que se calculó la diferencia media tipificada entre la media del posttest del grupo tratado menos la media del grupo control para calcular el tamaño del efecto. En el mencionado estudio, los autores llegan a las siguientes conclusiones: (a) los tratamientos psicológicos para la FS y la timidez son claramente eficaces, aunque

sus efectos son diferentes, destacando los tratamientos para la FS; (b) atendiendo a los constructos medidos, sobresalen la variable desadaptación y autoestima frente a ansiedad y habilidades sociales, aunque consideran preciso tener en cuenta que el número de estudios incluido en las distintas variables puede estar influyendo en los resultados; (c). Se constata una elevada heterogeneidad en los resultados de los estudios, la cual podría explicarse en gran parte por la eficacia diferencial de las técnicas de intervención. Según los autores, la combinación de exposición junto a habilidades sociales y técnicas cognitivas alcanzaban los mejores resultados, seguidos con gran diferencia de la exposición junto a técnicas cognitivas y habilidades sociales o modelado. Además, estos resultados coinciden con los obtenidos en meta-análisis recientes (Barrett, 1998; Méndez, Sánchez-Meca y Moreno, 2001; Otto, 1999) en cuanto a que son más eficaces las intervenciones intensas, con mayor número de horas y sesiones de tratamiento llevadas a cabo en grupo. Estos beneficios podrían ser explicados debido a que las intervenciones grupales e intensivas son exposición a estímulos fóbicos, con lo cual es un añadido a la propia intervención que provocaría una habituación y mejora de la FS del sujeto. También, y en esta misma línea, han hallado que los programas que incluyen tareas para casa fortalecen la mejora de los cambios.

Los resultados obtenidos por Olivares, Rosa, Piqueras et al. (2002) también aportan datos acerca de las características de los terapeutas (se muestran más efectivas las terapeutas) y respecto de los que más se benefician de los tratamientos (las adolescentes que cursan estudios de Educación Secundaria).

Por último y por lo que respecta a los aspectos metodológicos de los estudios, los diseños cuasiexperimentales alcanzan mayores tamaños del efecto, lo cual se explica porque éstos no sustraen de la estimación del tamaño del efecto la voluntariedad del reparto de los sujetos a los tratamientos. La mortalidad experimental también influye en los resultados en sentido positivo, a mayor mortalidad, mejores resultados. Este dato es coincidente con meta-análisis anteriores (véase Olivares, Rosa y Sánchez-Meca, 2000) y podría ser explicado por la variable motivación; es decir, aquellos sujetos poco motivados dejan de asistir a las sesiones de tratamiento y, por tanto, se mantienen los más motivados.

La principal conclusión de esta revisión fue que la combinación de exposición, habilidades sociales y técnicas cognitivas maximizaban la eficacia de los tratamientos

psicológicos en ambos tipos de problemas, pero sobre todo en la Fobia Social. La Tabla VI.5. muestra los tamaños del efecto de los estudios mencionados.

Tabla VI.5. Tamaños del efecto en las investigaciones analizadas por Olivares, Rosa, Piqueras et al., 2002

Autor/es	Año	Tipo de Problema	Tipo de Intervención	TE Postest	TE Seguí.
Beidel et al.	2000	Fobia social	1 Cognitivo-conductual (SET-C) vs. Atención placebo	1.441	--
Edleson y Rose	1981	Timidez	1 Habilidades sociales vs. Tratamiento discusión +Lista espera	0.231	--
			2 Habilidades sociales vs. Tratamiento discusión +Lista espera	0.284	0.173
Furman et al.	1979	Timidez	1 Habilidades sociales (par más joven) vs. control no tratado	0.127	--
			2 Habilidades sociales (par misma edad) vs. control no tratado.	0.069	--
García-López et al.	2002	Fobia social	1 Cognitivo-conductual (CBGT-A) vs. Control no tratado	1.197	1.049
			2 Cognitivo-conductual (SET-A _{SV}) vs. Control no tratado	1.073	0.987
			3 Cognitivo-conductual (IAFS-G) vs. Control no tratado	1.441	1.487
Harris y Brown	1982	Timidez	1 Exposición+RC+Modelado vs. control no tratado	0.378	--
			2 Información profesores vs. control no tratado.	-0.060	--
Hayward et al.	2000	Fobia social	1 Cognitivo-conductual (CBGT-A) vs. Control no tratado.	0.713	0.680
Jupp y Griffiths	1990	Timidez	1 Habilidades sociales vs. Lista espera.	1.394	--
			2 Psicodrama vs. Lista espera	1.808	--
Séller y Carlson	1974	Timidez	1 Modelado simbólico vs. Placebo psicológico.	1.033	0.606
Lafreniere y Capuano	1997	Timidez	1 Educativo vs. control no tratado	0.683	--
Morris et al.	1995	Timidez	1 Habilidades sociales vs. Control no tratado.	0.502	--
O'Connor	1969	Timidez	1 Modelado simbólico vs. Placebo psicológico	0.576	--
O'Connor	1972	Timidez	1 Modelado simbólico vs. Placebo psicológico	1.326	--
			2 Moldeamiento vs. Placebo psicológico	1.232	--
Oden y Asher	1977	Timidez	1 Habilidades sociales vs. Placebo psicológico.	0.213	--
			2 Habilidades sociales emparejamiento vs. Placebo psicológico.	-0.258	--
Spence et al.	2000	Fobia social	1 Cognitivo-conductual (CBI) vs. Control Lista de espera.	0.514	--
			2 Cognitivo-conductual con padres (CBI + Padres) vs. Control Lista de espera	0.576	--
Weinrott et al.	1979	Timidez	1 Modelado + Coste rta vs. Control no tratado	0.625	--

En el segundo estudio, Olivares, Rosa, Piqueras, Méndez y Ramos (2003) analizaron en base a los criterios de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) las diferentes modalidades de tratamiento de la timidez y de la Fobia Social. Sólo el CBGT-A (Albano, Marten y Holt, 1991) pudo ser calificado como tratamiento bien establecido, mientras otros paquetes de tratamiento solamente alcanzaron el grado de “probablemente eficaces”: SET-C, CBI e IAFS.

Otros dos estudios, centrados en esta ocasión en la Fobia Social, han estudiado algunas variables influyentes en los resultados de los tratamientos de este trastorno en niños y adolescentes. En primer lugar, Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos et al. (2003) realizaron un meta-análisis sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento de la Fobia Social en niños y/o adolescentes mediante el SPAI/SPAI-C. Del análisis de los 18 estudios independientes, se concluyó que el tratamiento

psicológico fue altamente eficaz ($d+ = 2,09$), destacando la mejoría en el seguimiento ($d+ = 2,09$), destacando el paquete de tratamiento IAFS ($D+ = 2,24$). Además este estudio informó de algunas variables influyentes en los resultados de los tratamientos, como son: (a) respecto a la eficacia diferencial de los diferentes componentes de los programas, mejoran la eficacia de los tratamientos: la combinación de la exposición en vivo junto a la audiovisual; la duración o intensidad del tratamiento, concretamente los programas que utilizan práctica distribuida y no son excesivamente largos y; el modo de entrenamiento combinando sesiones grupales e individuales (quizás debido a que la maximización de la exposición a estímulos fóbicos, potencia el efecto de la propia intervención que incrementaría la habituación y, en consecuencia, la reducción de ansiedad social del sujeto); (b) respecto a las características de los sujetos, la mayor efectividad de las intervenciones se da en chicas, de mayor edad, cuya historia del problema es reciente y que no presentaban otros trastornos concomitantes y; (c) en cuanto al tipo de diseño señalaron que los estudios cuyo diseño es pre-experimental realizados en fechas recientes alcanzaban los mejores resultados y que la calidad del diseño y la mortalidad afectaban a los resultados a los resultados en sentido negativo. Reproducimos en la tabla VI.6. las principales características y resultados de los estudios empíricos analizados en esta investigación.

Por ultimo, Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003 han llevado recientemente un interesante meta-análisis incluyendo las intervenciones psicológicas y farmacológicas eficaces en el tratamiento de niños y adolescentes con Fobia Social, mostrando que el Protocolo IAFS obtenía los mejores resultados. Además indicaron algunas pautas a seguir para maximizar la eficacia del tratamiento: combinación de intervenciones individuales y grupales, llevar a cabo el tratamiento en el contexto educativo por psicólogos experimentados y con chicas más mayores. La tabla VI.7. muestra los estudios considerados en esta revisión cuantitativa y las principales características.

TABLA VI.6. Principales características y resultados de los estudios empíricos analizados por Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos et al. (2003)

Autor/es	Año	Edad	N	% varones	Instrum. medida	Estudios empíricos	d_+ <i>post.</i>	d_+ <i>seg.</i>	% mejora <i>post.</i>	% mejora <i>seg.</i>
Beidel y cols.	2000	10,5 (8-12)	50	40	SPAI-C	1. SET-C	1,19	-	67%	-
						2. Tesbsbuster (control)	0,16	-	5%	-
Hayward y cols.	2000	15.8 (14-17)	35	0	SPAI	3. CBGT-A	1,03	0,91	45%	60%
						4. No tratamiento	0,23	0,34	4%	44%
Masia y cols.	2001	15.2 (14-17)	6	50	SPAI-C	5. SASS	1,68	-	100%	-
Olivares y García-López	2001	(14-16) 15.1	11	27	SPAI	6. IAFS	3,64	-	100%	-
Olivares y cols.	2002	15,9 (15-17)	59	22	SPAI	7. SET-Asv	3,41	3,69	71%	78%
						8. CBGT-A	1,27	1,21	53%	47%
						9. IAFS	1,81	2,11	67%	73%
						10. No tratamiento	1,09	1,30	13%	7%
Olivares y cols.	En prensa	15 (14-16)	34	29,4	SPAI	11. IASF con retroalimentación audiovisual	2,40	4,17	100%	100%
						12. Lista de espera	-0,10	-0,03	0%	0%
Ramos, V.	2003	15,3 (14-17)	68	34	SPAI	13. IAFS con retroalimentación audiovisual en mayor número de sesiones	2,55	3,69	100%	100%
						14. IAFS con retroalimentación audiovisual en menor número de sesiones	2,73	3,40	93,1%	100%
						15. IAFS sin retroalimentación audiovisual	1,68	2,46	96%	96%
Ruiz, J.	2003	15,05 (14-17)	55	18,2%	SPAI	16. IASF grupo pequeño	1,80	1,85	50%	50%
						17. IASF grupo mediano	2,20	1,96	76%	55%
						18. IASF grupo grande	2,90	2,57	94%	86%

Tabla VI.7. Principales características y resultados de los estudios empíricos analizados por Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003

Autor/es	Año	Edad	N	% varones	Tipo fobia social	Estudios empíricos	d ₊ post.	d ₊ seg.	% mejora post.	% mejora seg.
Albano et al.	1995	14,4 (13-17)	5	60	Generalizada	1. CBGT-A	0,44	1,13	-	-
Beidel et al.	2000	10,5 (8-12)	50	40	Generalizada	2. SET-C	1,57	-	67%	-
Hayward et al.	2000	15,8 (14-17)	35	0	No especificada	3. Tesbsbuster (control)	0,31	-	5%	-
Spence et al.	2000	10,6 (7-14)	50	19	No especificada	4. CBGT-A	1,74	0,91	45%	60%
2000						5. No tratamiento	0,74	0,34	4%	44%
						6. CBT niños	1,26	1,49	58%	53%
						7. CBT padres	0,98	0,97	87%	81%
						8. Lista espera	-0,03	-	7%	-
Compton et al.	2001	13,57 (10-17)	14	57	No especificada	9. Farmacológico (sertralina)	1,13	-	64%	-
Masia et al.	2001	15,2 (14-17)	6	50	No especificada	10. SASS	2,36	-	100%	-
Olivares y García-López	2001	15,1 (14-16)	11	27	Generalizada	11. IAFS	6,46	-	100%	-
Chavira y Stein	2002	13,42 (8-17)	8	12	Generalizada	12. Educativo + farmacológico	1,86	-	83,3%	-
Olivares et al.	2002	15,9 (15-17)	59	22	Generalizada	13. SET-Asv	2,13	2,35	71%	78%
						14. CBGT-A	1,06	1,14	53%	47%
						15. IAFS	2,32	2,73	67%	73%
						16. No tratamiento	0,72	1,13	13%	7%
Masia-Warner, Klein et al.	2003	14,7 (13-17)	42	22,2%	Mixta (especifica y generalizada)	17. SASS	1,74	-	94,4%	-
Olivares et al.	En prensa	15 (14-16)	34	29,4	Generalizada	18. Lista de espera	-0,38	-	11,8%	-
						19. IASF con retroalimentación audiovisual	2,15	3,44	100%	100%
						20. Lista de espera	0,15	0,57	0%	0%
Ramos, V.	2003	15,3 (14-17)	68	34	Generalizada	21. IAFS + retroalimentación audiovisual en mayor nº de sesiones	2,14	2,62	100%	100%
						22. IAFS con retroalimentación audiovisual en menor nº de sesiones	1,90	2,98	93,1%	100%
						23. IAFS sin retroalimentación audiovisual	1,70	2,59	96%	96%
Ruiz, J.	2003	15,05 (14-17)	55	18,2%	Generalizada	24. IASF grupo pequeño	1,42	1,48	50%	50%
						25. IASF grupo mediano	1,55	1,31	76%	55%
						26. IASF grupo grande	2,11	2,33	94%	86%

VI.3. TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Desde el modelo biomédico también se está intentando hallar un tratamiento para la reducción o eliminación de las respuestas de ansiedad social, fundamentalmente utilizando procedimientos químicos. Al repaso de estos intentos dedicaremos las páginas que siguen.

VI.3.1. INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAOs)

VI.3.1.1. IMAOs Irreversibles

Fenelcina

La eficacia de esta sustancia ha sido investigada en seis estudios. En el primero de ellos, con un diseño intersujeto, Liebowitz, Fyer, Gorman, Campeas y Levin (1986) observaron que el 64% de los sujetos a los que se administró fenelzina redujeron sus respuestas de ansiedad. Con una metodología de caso único, Deltito y Perugi (1986) describieron el tratamiento con fenelzina de un sujeto con Fobia Social. Los datos proporcionados tras las cuatro semanas de intervención y un seguimiento de 2 meses apuntaron a una mejora en las respuestas de ansiedad social. Posteriormente, Liebowitz et al. (1992) compararon la eficacia de la fenelzina frente a un placebo, constatándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos a los que se administró fenelzina vs. placebo. En el estudio de Gelernter et al. (1991) se compararon 4 grupos: uno que recibió alprazolam (más instrucciones para la exposición: IE), otro al que se administró fenelzina (más IE), un tercer grupo al que se facilitó un placebo (más IE) y un grupo al que se proporcionó tratamiento cognitivo-conductual. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos a los que se administró fenelzina frente a los que recibieron un placebo.

En un cuarto estudio, Versiani et al. (1992) evaluaron la eficacia de la fenelzina y de la moclobemida (una IMAO reversible) frente a un grupo control, integrado por sujetos que recibieron un placebo. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos a los que se administró fenelzina vs. placebo. Un dato a señalar es la elevada tasa de recaídas tras la interrupción del tratamiento psicofarmacológico (fenelzina o moclobemida). Por otra parte, Oberlander, Schneier y Liebowitz (1994) estudiaron la posibilidad de que la fenelzina pudiera resultar útil en sujetos con un diagnóstico secundario de Fobia Social. Los resultados mostraron que la

respuesta al tratamiento es similar a los sujetos en los que éste es el diagnóstico principal. Por último, Heimberg et al. (1998) llevaron a cabo un estudio en el que se comparó un programa de tratamiento cognitivo-conductual (CBGT), un tratamiento psicofarmacológico (fenelzina) y dos grupos control, uno al que se administró un placebo psicofarmacológico y otro que recibió un placebo psicológico (consistente en una terapia de apoyo, donde únicamente los sujetos con Fobia Social explicaban sus problemas, sin intervención directa del terapeuta y sin proporcionar éste instrucciones para la exposición). A la mitad de la intervención se evaluó la eficacia de ambos tratamientos, observándose que los sujetos a los que se les había administrado fenelzina mostraban una reducción mayor de las respuestas de ansiedad que los que habían recibido el tratamiento psicológico. Tras la finalización del tratamiento, el CBGT y la fenelzina mostraron una disminución similar de las respuestas de ansiedad, hallándose diferencias estadísticamente significativas de ambos tratamientos con respecto de los grupos control. Durante el seguimiento, mientras que los sujetos que integraban el grupo CBGT mantenían los progresos alcanzados en el posttest, aquellos a los que se había administrado fenelzina mostraron un retroceso en la mejoría obtenida tras el tratamiento.

En definitiva, y siguiendo a Davidson (2003), la fenelzina ha demostrado su efectividad en el 60-70% de los pacientes con FS y siempre se ha mostrado superior al placebo.

Tranilcipromina

Dos estudios han informado sobre la eficacia de esta droga en el tratamiento de la Fobia Social (Versiani, Mundim, Nardi y Liebowitz, 1988; Versiani, Nardi y Mundim, 1989). En ambos se pone de manifiesto una reducción estadísticamente significativa de las respuestas de ansiedad, pero pese a ello hay en estos trabajos dos limitaciones que han de ser señaladas. En primer lugar, la ausencia de un grupo control impide establecer la eficacia comparativa de esta sustancia y en segundo lugar, no se dispone de datos referidos a un seguimiento a corto, medio y/o largo plazo.

Respecto a la administración o no de IMAOs irreversibles (fenelzina y tranilcipromina) cabe concluir que si bien éstos parecen haber mostrado algún grado de eficacia, han de ser valorados los efectos secundarios que conlleva su administración, tales como aumento de peso, somnolencia o mareos. Además, se debe evaluar si el

paciente está dispuesto a evitar estrictamente aquellos alimentos y medicamentos que pudieran causarle una crisis hipertensa. No obstante, algunos autores han considerado que para aquellos pacientes sin una historia previa de abuso de sustancias o sin contraindicaciones médicas podría recomendarse la fenelzina como tratamiento psicofarmacológico en los casos en los que no se haya producido una mejoría tras la administración de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRIs) o al clonacepam (Marshall y Schneier, 1996). De igual modo, Lydiard, Brawman-Mintzer y Ballenger (1996) señalan que un IMAO puede ser una intervención efectiva y segura en tanto en cuanto se indique al paciente cuáles son los alimentos y medicamentos que deben ser evitados.

VI.3.1.2. Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (IRMAs)

Diversos estudios han examinado la eficacia de dos IRMAs: la brofaromina y la moclobemida. En relación con la *brofaromina*, se han llevado a cabo cuatro estudios en los que se ha evaluado la eficacia de esta sustancia. En ellos se administró brofaromina a un grupo de sujetos con FS y a otro grupo de sujetos se le administró un placebo. Los resultados de los estudios cifran en un 24-80% la tasa de mejoría de los sujetos que disminuyeron sus respuestas de ansiedad tras recibir brofaromina, constatándose además diferencias estadísticamente significativas con respecto a la tasa de mejoría observada en el grupo control (Fahlen, Nilsson, Borg, 1995; Humble, Fahlen, Kozckas y Nilsson, 1992; Lott et al., 1997 y van Vliet, den Boer y Westenberg, 1992). Asimismo, con un diseño de N=1, Bakish (1994) describió el caso de un sujeto diagnosticado de FS y un trastorno adicional de agorafobia con trastorno de pánico que redujo sus respuestas de ansiedad social tras serle administrado brofaromina.

Respecto a la *moclobemida*, con un diseño intrasujetos, Bisserbe, Lèpine y Group (1994) observaron que el 29% de los sujetos a los que se administraba esta sustancia mostraban una reducción de sus respuestas de ansiedad en la cuarta semana de tratamiento, un 50% en la octava y un 94% en la doceava y última semana. En cuanto a los trabajos con un diseño que incorpora un grupo control, se constata una discrepancia de los resultados. Mientras unos estudios han puesto de manifiesto diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de sujetos a los que se les administró moclobemida frente a un grupo control en el que a los sujetos se les administró un placebo (Versiani et al., 1992), otros señalan la inexistencia de tales diferencias (Noyes et al., 1997; Schneier, Goetz, Campeas, Fallon y Liebowitz, 1998) y un último estudio

ha encontrado diferencias estadísticamente significativas cuando se administraba una dosis de 900 miligramos de esta sustancia pero no así con una dosis de 600 miligramos. Quizás la cuantía de la dosis es lo que pueda explicar la diferencia de los resultados. Investigaciones en el futuro deberían evaluar este supuesto. Por otra parte, cabe señalar que la tasa de recaída tras la interrupción de la medicación es muy alta (88%), lo que sugiere una eficacia de la moclobemida a corto pero no a largo plazo.

En un estudio doble ciego y controlado, Stein, Cameron, Amrein, Montgomery y el Moclobemide Social Phobia Clinical Study Group (2002) han examinado recientemente, el efecto de la moclobemida en 390 sujetos con FS con y sin trastornos de ansiedad comórbidos. El tratamiento inicial tenía una duración de 12 semanas, tras las cuales los sujetos tenían la opción de continuar durante 6 meses más. Los autores han hallado que a partir de la cuarta semana la tasa de respuesta fue significativamente mayor para aquellos que recibieron moclobemida frente al grupo placebo-control independientemente de la existencia de comorbilidad o no y del subtipo de FS. Estos mismos resultados se observaron en los sujetos que continuaron el tratamiento, además de buenas tasas de tolerancia al mismo. Por lo tanto, Stein et al. (2002) llegan a la conclusión de que la moclobemida constituye un tratamiento efectivo y bien tolerado tanto a corto como a largo plazo.

Respecto a los efectos secundarios, al ser ambas sustancias (la brofaromina y la moclobemida) reversibles y selectivas para la isoenzima A de la MAO, poseen mínimos riesgos para una crisis hipertensa. Como consecuencia de la ausencia de regímenes y los escasos efectos secundarios, autores como Nutt y Montgomery (1996) señalan a los IRMA como una alternativa a los IMAO en el tratamiento de la Fobia Social.

Recientemente, Coupland, Bell, Potokar, Bailey y Nutt (2001), quienes estudiaban los efectos secundarios de varios antidepresivos en el corazón, comprobaron que los reflejos cardiovasculares eran menores con esta droga y aplicaron la moclobemida a varios pacientes con FS observando que ésta producía un significativo, pero modesto, grado de mejoría en los síntomas de los sujetos con Fobia Social.

Davidson (2003) señaló que los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa tipo A son más seguros que otras sustancias, pero sus beneficios son impredecibles.

VI.3.2. BETABLOQUEANTES

La mayoría de estudios con betabloqueantes se han llevado a cabo con sujetos que han presentado Fobia Social específica (p.ej., hablar o tocar en público). En relación con el miedo a hablar en público, Gossard, Dennis y DeBusk (1984) investigaron el tipo de estrategias utilizadas para afrontar esa situación. Los datos de este estudio indicaron que 30 (13%) de los 229 sujetos que presentaron una comunicación habían empleado un betabloqueante para reducir su ansiedad. De igual modo, en un estudio de 2200 músicos se encontró que el 27% usaban regular u ocasionalmente un betabloqueante. De este porcentaje un 19% de este grupo lo tomaba diariamente y el resto (81%) lo hacía únicamente en sus actuaciones, reduciéndose en este último grupo los síntomas de ansiedad en un 96% de los casos (Fishbein, Middlestadt, Ottati, Strauss y Ellis, 1988).

La mayoría de estudios se han centrado en la eficacia del *atenolol* (Gorman, Liebowitz, Fyer, Campeas y Klein, 1985; Liebowitz et al., 1992; Turner, Beidel y Jacob, 1994). Ninguno de estos trabajos ha demostrado efectos superiores del atenolol frente al placebo u otros tratamientos. No obstante, Potts y Davidson (1995) han sugerido que algunos sujetos pueden responder bien al atenolol a largo plazo o al menos beneficiarse de su uso ocasional en situaciones específicas. Turner, Cooley-Quille y Beidel (1996) han observado que el atenolol parece ser más eficaz en los sujetos que presentan el subtipo específico de Fobia Social. Por otra parte, pese a que actualmente el propanolol es el betabloqueante más usado, sólo se dispone de un único estudio sobre esta sustancia (Falloon et al., 1981), el cual no ha mostrado resultados favorables que pudieran justificar su valor en el tratamiento de la Fobia Social.

Por último, Pollack y Gould (1996) han puesto de manifiesto que mientras el uso de betabloqueantes ha mostrado ser útil para reducir algunas respuestas psicofisiológicas (palpitaciones, sudores, etc.), no ha sido así en las respuestas cognitivas. En este sentido, dado que no todos los betabloqueantes atraviesan la barrera hematoencefálica, den Boer, Van Vliet y Westenberg (1994) han sugerido que la eficacia de éstos puede estar relacionada con la disminución de las respuestas del sistema nervioso autónomo y no con la reducción de la ansiedad a nivel del sistema nervioso central.

VI.3.3. BENZODIACEPINAS

Distintos estudios parecen apoyar el uso de las benzodiacepinas en el tratamiento de la Fobia Social. En primer lugar, respecto al *alprazolam*, se han llevado a cabo tres trabajos para evaluar la eficacia de este psicofármaco. En el primero de ellos, Lydiard, Laraia, Howell y Ballenger (1988) administraron a cuatro sujetos una dosis de 3 a 8 mg por día. Todos los pacientes mostraron una marcada reducción en sus respuestas de ansiedad y en las conductas de evitación. Sin embargo, Reich y Yates (1988) constataron que aunque en el postest se observaba una reducción en las respuestas de ansiedad, ésta se volvía a incrementar una semana después de interrumpir la medicación. Posteriormente, Gelernter et al. (1991) informaron la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre un grupo al que se administró alprazolam frente a otro que recibió un placebo. Al igual que Reich y Yates (1988), los sujetos que habían reducido sus respuestas de ansiedad en el postest, señalaron un incremento de sus respuestas de ansiedad tras el cese de la medicación. Después de una revisión de la literatura, Pujol, de Azpiazu y Pons (1994) consideran que el alprazolam puede ser útil en el tratamiento de la FS, al menos a corto plazo.

En segundo lugar, los primeros resultados sobre el *clonazepam* parecen indicar que este psicofármaco ha sido un instrumento eficaz en el tratamiento de la Fobia Social. Con un diseño intrasujeto, Versiani et al. (1989) encontraron en el postest diferencias estadísticamente significativas respecto de la línea base. Asimismo, Munjack, Baltazar, Bohn, Cabe y Appleton (1990) administraron clonazepam a 23 sujetos con FS generalizada y encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control de lista de espera. En esta línea, los resultados de los estudios de Ontiveros y Fontaine (1990) y Reiter, Pollack, Rosenbaum y Cohen (1990) muestran evidencia a favor de la eficacia de esta benzodiacepina, si bien no se disponen de datos de seguimiento o de las consecuencias de su interrupción. Posteriormente, Davidson, Ford, Smith y Potts (1991) administraron clonazepam a 26 sujetos con FS durante once meses (rango de 1 a 20 meses, dependiendo de cada caso). Los resultados revelaron que 22 de los 26 pacientes (84'6%) mejoraron con la administración del clonazepam. Empleando un grupo control, Davidson et al. (1993) hallaron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo que recibió clonazepam y otro grupo al que se le administró un placebo. En un seguimiento a los dos años, Sutherland, Tupler, Colket y Davidson (1996) han observado que estos resultados se han mantenido a lo

largo del tiempo. Posteriormente, Versiani, Nardi, Petribú et al. (1997) examinaron la eficacia del clonazepam en 40 sujetos con un diagnóstico de FS. Los resultados indicaron que el 86.8% de los sujetos redujeron significativamente sus respuestas de ansiedad. No obstante, cabe señalar la alta frecuencia de efectos secundarios, fundamentalmente trastornos cognitivos y sexuales. Estos autores sugieren que estos efectos pueden deberse a la elevada dosis administrada en este estudio (dosis media de 4.8 miligramos). En este sentido, consideran que en caso de observarse intolerancia a esta sustancia se debería evaluar el uso de la moclobemida como psicofármaco alternativo a la moclobemida. Finalmente, Connor et al. (1998) pusieron de manifiesto que la tasa de recaída es superior si la reducción de la dosis se lleva a cabo de forma gradual en vez de si se hace de forma definitiva.

En tercer lugar, referente a la eficacia del *bromazepam*, Versiani, Nardi, Figueira, Mendlowicz y Marques (1997) llevaron a cabo un estudio para comparar la eficacia del bromazepam frente a un placebo en 60 sujetos con FS. Los resultados pusieron de manifiesto diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos a los que se administró bromazepam respecto al grupo que recibió un placebo. No obstante, como resulta obvio, se precisa de un mayor número de investigaciones que permitan establecer la eficacia de esta sustancia.

A la luz de los datos presentados, parece conveniente señalar que como consecuencia de las fuertes propiedades sedantes que tienen las benzodiazepinas, no podemos conocer en qué medida la reducción de las respuestas de ansiedad es debida a este efecto sedante o si éstas poseen un efecto ansiolítico específico. De igual modo, se desconoce en qué medida las benzodiazepinas pueden potenciar o disminuir los efectos de la intervención psicológica. Asimismo, Sutherland y Davidson (1995) han mostrado su preocupación por el riesgo potencial del uso de las benzodiazepinas en sujetos con historia de abuso de alcohol. Por otra parte, Ruiz, Martínez y Soler (1994) han señalado que debido a la dependencia que se establece, el tratamiento con benzodiazepinas no ha de mantenerse durante un periodo superior a 3 meses y Pollack (1999) ha informado que el cese del tratamiento con benzodiazepinas debe producirse en las semanas siguientes a la reducción de las respuestas de ansiedad.

VI.3.4. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRIs)

De acuerdo con lo expuesto previamente, los IMAOs y las benzodiazepinas (especialmente el clonacepam) han mostrado ser tratamientos psicofarmacológicos eficaces en la Fobia Social. Sin embargo, estos tratamientos pueden ser inaceptables debido a los riesgos potenciales y los efectos secundarios asociados a su uso. Distintos estudios han señalado que los SSRIs (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina y citalopram) pueden ser una alternativa para el tratamiento de la Fobia Social (Schneier, Juster, Heimberg y Liebowitz, 1996; van der Linden, Stein y Balkom, 2000). De hecho, la paroxetina, la cual ha sido muy estudiada en la FS, emerge en la actualidad como el tratamiento de elección farmacológico para la FS generalizada (Van Ameringen et al., 2003; Van Ameringen, Mancini, Oakman y Farvolden, 2000; Schneier 2001).

Sertralina

Varios estudios han apoyado la eficacia de la sertralina en el tratamiento de la Fobia Social. Cuatro de ellos han sido llevados a cabo sin incluir en su diseño un grupo control. Los resultados de estos trabajos muestran una reducción de las respuestas de ansiedad en un porcentaje del 63-80% (Czepowitz et al., 1995; Martins, Pigott, Bernstein, Doyle y Smolka, 1994; Munjack y Flowers, 1994; Van Ameringen, Mancini y Streiner, 1994). Incluyendo un grupo control compuesto por sujetos a los que se ha administrado un placebo, Katzelnick et al. (1995) constataron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que había recibido sertralina vs. placebo.

Más recientemente, Walker et al. (2000), evaluaron la eficacia, tolerancia y efectos de la sertralina en la prevención de recaídas en la FS generalizada en un estudio de doble ciego con sertralina y cambio a placebo durante 24 semanas con 50 sujetos. Durante las primeras 20 semanas además existía otro grupo de control placebo, del cual 15 sujetos pasaron a recibir el tratamiento de doble ciego con sertralina. Al final, el 88% del primer grupo (doble ciego con sertralina) y 40% del segundo (control placebo) completaron el estudio en el cual los autores concluyen que la sertralina es efectiva en las recaídas en la FSG.

También Van Ameringen et al. (2001) con un estudio doble ciego, han evaluado la eficacia, seguridad y tolerancia de la sertralina en una muestra de 204 sujetos con FSG de edades comprendidas entre los 19 y 56 años. Los sujetos fueron asignados a dos

condiciones: administración de sertralina y placebo y la duración fue de 20 semanas. Al final del tratamiento, los sujetos pertenecientes a la condición de administración de sertralina han obtenido una notable mejoría con respecto a la condición placebo. Los análisis de varianza han mostrado la superioridad de la sertralina frente al placebo en todas las medidas primarias y secundarias de evaluación de la eficacia. Los autores también ofrecen datos acerca de la tolerancia de la sertralina, concluyendo que esta sustancia fue bien tolerada por los sujetos. Sin embargo, como en la mayoría de los estudios farmacológicos, no se ofrecen datos de los seguimientos que pudiesen evaluar la tasa de recaídas tras el cese de la medicación.

Por último, Van Ameringen, Oakman, Mancini, Pipe y Chung (2004) compararon la eficacia del tratamiento con sertralina en pacientes con Fobia Social generalizada con edad de inicio tardía (inicio en la edad adulta) frente a los que tenían una edad de inicio temprana (inicio en la infancia o adolescencia). El resultado principal hallado fue que el primero de estos grupos tendía a tener una respuesta mejor al tratamiento que aquellos con la edad de inicio temprana.

Fluoxetina

Cuatro estudios han estudiado la eficacia de esta sustancia, empleando para ello un diseño intrasujeto. Los resultados muestran una tasa de mejoría (número de sujetos que reducen sus respuestas de ansiedad) en el posttest que oscila entre un 67% y un 77% (Black, Uhde y Tancer, 1992; Schneier, Chin, Hollander y Liebowitz, 1992; Sternbach, 1990; Van Ameringen, Manciani y Streiner, 1993). Sin embargo, en el primer y único estudio controlado que existe hasta ahora, Kobak, Greist, Jefferson y Katzelnick (2002) no han encontrado diferencias significativas, después de 14 semanas, entre el grupo al que se administró fluoxetina y el grupo que recibió un placebo. Este resultado es bastante interesante en tanto en cuanto se trata del único estudio controlado y en contradicción con los estudios previos refleja la ineficacia de la fluoxetina.

Fluvoxamina

La fluvoxamina fue el primer SSRI que mostró su eficacia en un estudio controlado sobre FS (van Vliet, den Boer y Westenberg, 1994). Estos autores compararon la fluvoxamina frente a un placebo en un estudio doble ciego con una duración de 12 semanas para 30 fóbicos sociales y hallaron que el 46% de los sujetos pertenecientes al grupo al que se le administró fluvoxamina en comparación con el 7% del grupo control-

placebo respondieron al tratamiento. Stein, Fyer, Davidson, Pollack y Wiita (1999) compararon el efecto de la fluvoxamina (con una dosis media de 202 mg/día) frente a un placebo en 92 pacientes con FSG. A las 12 semanas, el 43% de los sujetos del grupo al que se le administró fluvoxamina respondió al tratamiento frente al 23% del grupo control-placebo. Por último, en un estudio más actual, Davidson, Hemby, Barbato et al. (2000) han examinado la eficacia de la fluvoxamina vs. placebo en 279 sujetos con FSG. La dosis media administrada fue de 174 mg/día y hallaron que el grupo al que se le administró el tratamiento mejoró significativamente respecto al grupo placebo.

Paroxetina

Los resultados de los estudios sobre los ISRS parecían sugerir la posibilidad de que un malfuncionamiento en la función serotoninérgica pudiera estar implicado en la patogénesis de la Fobia Social. Para comprobar esta hipótesis, Stein, Delaney, Chartier, Kroft y Hazen (1995) han investigado la capacidad del transportador serotoninérgico (5-HT), determinado por la ³H-paroxetina en 18 sujetos con FSG frente a 15 sujetos con trastorno de pánico y un grupo control de 23 sujetos. En contra de la hipótesis inicial, los resultados han indicado la inexistencia de diferencias significativas entre ambos grupos, constatándose que la función serotoninérgica es normal en pacientes con FS.

Por otra parte, empleando un diseño intrasujetos, Mancini y Van Amerigen (1996) pusieron de manifiesto la eficacia de esta sustancia en sujetos con FSG. Junto a esto, Stein, Chartier et al. (1996) llevaron a cabo un estudio dividido en dos fases sobre la eficacia de la paroxetina en 36 sujetos con FSG. Durante la primera fase, se administró este fármaco a lo largo de 11 semanas. Los resultados revelaron en el postest tasas de mejora y recaída del 77% y 16%, respectivamente. En la segunda fase se pidió a aquellos pacientes que habían mejorado que participaran en una investigación con el objeto de examinar los efectos del cese de la medicación. Para ello, se dividió a los sujetos aleatoriamente en dos grupos: en el primero, los sujetos continuaron tomando paroxetina durante otras 12 semanas, observándose en este tiempo una tasa de recaída del 13%, mientras que en el segundo grupo, al cual se administró un placebo, fue del 63%. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones, los autores de este estudio señalaron que ello puede ser debido a la baja potencia estadística detectada (60%). Los autores concluyeron señalando: (1) la eficacia de la paroxetina en el tratamiento de la FS y (2) la necesidad de una dosis mínima de esta sustancia durante

los meses siguientes al cese del tratamiento con el fin de evitar las elevadas tasas de recaída.

Con un tamaño muestral más elevado, Gergel, Pitts, Oakes y Kumar (1997) hallaron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de sujetos con FSG a los que se administró paroxetina vs. grupo control que recibió un placebo. Estos mismos resultados fueron encontrados en Stein, Liebowitz et al. (1998) con una muestra de 187 pacientes con FSG. El 55% de los sujetos del grupo al que se le administró paroxetina durante 12 semanas, frente al 23% del grupo control-placebo respondieron al tratamiento. En ese mismo año, Allgulander (1998) también llevó a cabo un estudio controlado con 92 sujetos con FS con el fin de examinar la eficacia de la paroxetina. Este autor encontró que la paroxetina fue significativamente más efectiva que el placebo para reducir la ansiedad social y la conducta de evitación. Por último, en un estudio posterior, Baldwin, Bobes, Stein, Scharwaechter y Faure (1999) informaron que con una muestra de 292 pacientes con FSG, después de un tratamiento con dosis flexibles de paroxetina (20-50 mg/día) vs. placebo también durante 12 semanas, el 66% del grupo que recibió el tratamiento en comparación con el 32% del grupo placebo respondieron al tratamiento. Randall et al. (2001), en un estudio doble ciego y aleatorio compararon la eficacia y tolerancia de la paroxetina frente a un placebo en 55 adultos con FSG y uso de alcohol como condición comórbida. Los autores hallaron que después de 8 semanas de tratamiento, hubo un efecto significativo sobre los síntomas de ansiedad social en los sujetos tratados con paroxetina. Estos resultados suponen la primera evidencia de la eficacia de la paroxetina para reducir la ansiedad social en pacientes con ambos trastornos, Fobia Social y alcoholismo. Por último, en un estudio actual, Stein, Stein, Pitts, Kumar y Hunter (2002), a partir de la información procedente de tres estudios controlados (N=829) han llegado a la conclusión de que la paroxetina es una elección razonable para un amplio abanico de pacientes con FS. Estos autores también han encontrado como predictor más significativo de la respuesta al tratamiento la duración del mismo y aconsejan que los estudios basados en psicofármacos superen las 8 semanas de duración.

Citalopram

La eficacia del citalopram para el tratamiento de la Fobia Social no ha sido a día de hoy evaluado del todo. No obstante, en un estudio no controlado, Bouwer y Stein (1998) trataron a 22 pacientes con FS con 40 mg/día de citalopram y hallaron que el 86% de los

sujetos respondieron al tratamiento, lo que les llevó a sugerir que esta sustancia podía ser eficaz para la FS. A esta misma conclusión han llegado otros autores después de realizar una revisión de los estudios que han pretendido evaluar la eficacia del citalopram para la FS (Lepola, Koponen y Leinonen, 1994; Varia, Cloutier y Doraiswamy, 2002). Sin embargo, se necesitan estudios comparativos con grupo control para evaluar la eficacia de esta sustancia como tratamiento para la Fobia Social.

VI.3.5. OTROS

VI.3.5.1. Antidepresivos tricíclicos

Las investigaciones se han centrado en la eficacia de la imipramina y la clomipramina. Respecto a la *imipramina*, Benca, Matuzas y Al-Sadir (1986) informaron que dos sujetos diagnosticados con FS mejoraron sus respuestas de ansiedad en el postest. Por contra, Zitrin, Klein, Woerner y Ross (1983) no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de sujetos tratados con imipramina vs. placebo. Además, Liebowitz et al. (1984) encontraron que la imipramina fue menos efectiva que la fenelzina.

En relación con la *clomipramina*, Beaumont (1977) encontró sólo una ligera reducción de las respuestas de ansiedad en una muestra de sujetos diagnosticados con FS y agorafobia. Posteriormente, Pecknold, McClure, Appeltauer, Allan y Wrzesinski (1982) hallaron que un tratamiento combinando clomipramina y L-triptaminas no produjo ningún beneficio en comparación con un tratamiento compuesto por clomipramina y placebo.

A la luz de estos datos parece no haberse encontrado en la actualidad ningún dato que justifique la utilidad de los antidepresivos tricíclicos.

VI.3.5.2. Buspirona

Es un ansiolítico agonista de la serotonina que actúa sobre los receptores serotoninérgicos presinápticos y postsinápticos. Al contrario que las benzodiazepinas, no provoca síndrome de abstinencia, por lo que se ha considerado como una alternativa a las éstas (Apter y Allen, 1999). El primer estudio que ha evaluado la eficacia de la buspirona en el tratamiento de la Fobia Social empleó una muestra de músicos con miedo a tocar en público, los cuales se asignaron a cuatro grupos en los que a los sujetos

se les administró: buspirona, un placebo, tratamiento cognitivo-conductual más buspirona y tratamiento cognitivo-conductual más placebo (Clark y Agras, 1991). Los resultados revelaron que mientras los sujetos que componían el grupo de tratamiento psicológico informaron de mejoras estadísticamente significativas en la mayoría de variables analizadas, la buspirona no se asoció con mejoras en ninguna de las medidas estudiadas. Estos autores consideran que la duración corta del tratamiento (6 semanas) y las dosis relativamente bajas (dosis media de 32 mg por día) han podido sesgar los resultados de este estudio. Por otra parte, Munjak et al. (1991) encontraron que el 47% de los sujetos a los que se les administró buspirona manifestaron una reducción de las respuestas de ansiedad y presentaban escasos efectos secundarios. Incorporando en su diseño un grupo control al que se administró un placebo, ni el estudio de Schneier et al. (1993) ni el de van Vliet, Den Boer, Westenberg y Ho Pian (1997) demostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos que recibió buspirona vs. placebo.

Debido a la pobreza de estos resultados, algunos autores han sugerido que la buspirona podría reservarse para los sujetos que no hayan mejorado con otros tratamientos (Schneier et al., 1996). Con el fin de analizar esta hipótesis, Van Ameringen, Mancini y Wilson (1996) evaluaron la eficacia de incorporar la buspirona a un tratamiento psicofarmacológico con SSRI. Los datos señalaron que la buspirona potenció el efecto de los SSRI y podía ser una alternativa para aquellos sujetos que habían mostrado sólo una respuesta parcial a los SSRI.

VI.3.5.3. Clonidina

Hasta el momento sólo se ha realizado un estudio. En éste, Goldstein (1987) indicó que un sujeto que previamente no había respondido al propanolol, fenelzina o al alprazolam, mostró una reducción rápida de sus respuestas de ansiedad con la administración de una dosis diaria de 0'2 mg de clonidina. Un seguimiento a los cuatro meses constató el mantenimiento de los beneficios alcanzados en el postest.

VI.3.5.4. Ondasetrona

Al igual que en el caso de la clonidina, sólo se conoce una investigación sobre esta sustancia, una antagonista del 5-HT³ (DeVaugh-Geiss y Bell, 1994). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo al que se administró un placebo. Como en el psicofármaco anteriormente descrito, estos datos

deben ser tomados con precaución ya que es necesario un mayor número de investigaciones que muestren su eficacia en la Fobia Social.

VI.3.5.5. Anticonvulsivos

A día de hoy, se ha examinado el efecto de tres anticonvulsivos para el tratamiento de la FS: el gabapentin, el pregabalin y el levetiracetam. Pande et al. (1999) publicaron el primer trabajo sobre el *gabapentin*. Con una muestra de 69 sujetos con FS, compararon el efecto del gabapentin (de 900 a 3600 mg/día) frente a un placebo. Los autores informaron que el gabapentin fue significativamente superior que el placebo, con un 38% de sujetos que respondieron al tratamiento frente a un 17% respectivamente. Este psicofármaco, al igual que la buspirona, no provoca síndrome de abstinencia tras el cese de la medicación, lo que hace de esta sustancia un prometedor tratamiento psicofarmacológico para la FS, aunque como es obvio se precisa de un mayor número de investigaciones que repliquen los resultados de este estudio.

Respecto al *pregabalin*, también ha sido examinado mediante un estudio controlado con 135 fóbicos sociales (Feltner, Pollack, Davidson, et al., 2000). Feltner et al. (2000) usaron dos dosis de pregabalin (150 y 600 mg/día) y las compararon con un placebo. A las 11 semanas, el grupo que recibió la dosis de 600 mg/día había experimentado una mejoría significativamente mayor que el grupo al que se le administró 150 mg/día y que el placebo.

Por último, Simon et al. (2004) han puesto a prueba la eficacia del levetiracetam en 20 adultos que cumplían criterios para el trastorno de ansiedad social generalizada. Los sujetos participaron en un ensayo abierto de dosis flexibles durante 8 semanas. Se emplearon dosis de 250 mg/día durante la primera semana y de forma flexible se fueron aumentando las dosis hasta un máximo de 3000 mg/día. Los resultados en el postest fueron positivos, al producirse una reducción en las puntuaciones de la LSAS y los índices de severidad clínicos.

VI.3.5.6. Péptidos

Den Boer, Westenberg y De Vries (1992) investigaron el efecto del Org. 2766 frente a un grupo al que se administró un placebo en una muestra de sujetos con FS. Los resultados del análisis estadístico no revelaron diferencias significativas entre ambos

grupos. Asimismo, los datos indican que el Org. 2766 tampoco produjo un decremento significativo en las respuestas de ansiedad.

VI.3.5.7. Antidepresivos

Los antidepresivos que a día de hoy han sido examinados son el bupropion, la nefazodona, la venlafaxina y la mirtazapina. Con un diseño N=1, Emmanuel, Lydiard y Ballenger (1991) informaron sobre la eficacia del *bupropion* en un sujeto diagnosticado de FS, por lo que se precisa de un mayor número de estudios que avalen o no los resultados de este trabajo. Sin embargo, Potts y Davidson (1995) señalaron que si bien su experiencia con este fármaco no había sido alentadora, podía ser una alternativa a otros tratamientos psicofarmacológicos, ya que el bupropión carece de efectos serotoninérgicos y tiene una selectiva acción catecolaminérgica.

La *nefazodona* es un antidepresivo el cual bloquea selectivamente el receptor postsináptico 5-HT₂ e inhibe moderadamente la recaptación de la serotonina y la norepinefrina. Esta sustancia se ha sugerido como eficaz para el tratamiento de la FS en tres estudios no controlados (Kelsey, Selving, Knight, et al., 2000; Van Ameringen, Mancini y Oakman, 1999; Worthington, Zucker, Fones, Otto y Pollack, 1998).

La *venlafaxina* es un antidepresivo que inhibe la recaptación de la serotonina y la noradrenalina. Esta sustancia se describió como potencialmente eficaz en un estudio no controlado con 9 pacientes (Kelsey, 1995). Posteriormente, Altamura, Piolo, Vitto y Mannu (1999) evaluaron la respuesta clínica de la venlafaxina en 12 pacientes que no respondieron a SSRIs. La duración del estudio fue de 15 semanas y se usaron dosis flexibles que oscilaban de 112.5 a 187.5 mg/día. La venlafaxina redujo significativamente la conducta de evitación, y síntomas psicofisiológicos como náuseas, dolor de cabeza y ansiedad.

Por último, la *mirtazapina* es un antidepresivo que en el campo de la FS sólo ha sido estudiado por van Vliet, van Veen y Westenberg (2000). Estos autores administraron 30 mg/día de mirtazapina a 16 fóbicos sociales y después de 12 semanas de tratamiento, 5 de los 14 sujetos que finalizaron respondieron al tratamiento.

Como Schneier (2001) pone de manifiesto, si la eficacia de estos antidepresivos es confirmada con estudios controlados, estas sustancias podrían suponer una alternativa a los SSRIs, o bien tratamientos de segunda elección para quienes no respondan a los

SSRIs o no los toleren bien por disfunción sexual (nefazodone y bupropion) o por respuesta parcial de los SSRIs (bupropion).

VI.3.5.8. Selegilina (L-deprenyl)

Simpson, Schneier, Marshall et al. (1998) llevaron a cabo un estudio no controlado, en el que a 16 pacientes con FS se les administró selegilina (L-deprenyl), un inhibidor de la monoaminoxidasa. Un tercio de los sujetos que completaron el estudio respondieron al tratamiento.

Respecto a la eficacia de los psicofármacos en general, diversos estudios apoyan su efectividad (Fedoroff y Taylor, 2001; Gould et al., 1997; Pollack y Gould, 1996; Rosenbaum y Pollock, 1994). No obstante, cuando se examina la eficacia específica de los tratamientos psicofarmacológicos, los resultados no son consistentes. Gould et al. (1997) encontraron los mejores resultados para los SSRIs frente a los betabloqueadores, los IMAOs y las benzodiazepinas, mientras que Fedoroff y Taylor (2001) han hallado que las benzodiazepinas y los SSRIs tienden a ser los más efectivos en comparación con los IMAOs, sin existir diferencias significativas entre ambos. Las conclusiones sobre la eficacia continuada de estos tratamientos son limitadas, porque el número de estudios que aportan información acerca de los seguimientos es bastante reducido y en el caso en que esto sea así los periodos de seguimiento son relativamente cortos y los tamaños de la muestra pequeños (para una revisión ver Blanco, Antia y Liebowitz, 2002; Nardi, 2001; Van Ameringen y Mancini, 2001).

VI.3.6. TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Si bien el tratamiento psicofarmacológico de la Fobia Social ha avanzado en población adulta, el grado en el cual la información procedente de los estudios que examinan la eficacia de la psicofarmacología en adultos con FS puede ser generalizada a población infanto-adolescente está todavía por descubrir. Tampoco, ha sido evaluada, en niños y adolescentes, la seguridad, eficacia y efectos a largo plazo de estas sustancias. Los estudios psicofarmacológicos que se han llevado a cabo en esta población, han examinado principalmente aquellas sustancias que han mostrad5 su eficacia en adultos con FS, siendo las benzodiazepinas y los SSRIs los más estudiados (Kratochvil, Kutcher, Reiter et al., 1999; Velosa y Riddle, 2000; Wilens, Spencer,

Frazier, et al., 1998). No obstante, y a pesar del reducido número de estudios a continuación haremos una revisión de la literatura existente en este campo.

Los SSRI son considerados como el tratamiento psicofarmacológico de primera elección para los trastornos de ansiedad en la infancia por su alta tolerancia y mínimos efectos secundarios (Kratovichil et al., 1999; Pine y Grun, 1998; Velosa y Riddle, 2000).

A este respecto, tanto Birmaher et al. (1994) como Manassis y Bradley (1994), informaron de ciertos estudios no controlados que reflejaban resultados prometedores de la *fluoxetina* en el tratamiento de muestras de niños que incluían a varios trastornos de ansiedad, entre ellos el de FS. Sin embargo, como los resultados no fueron delimitados por trastornos específicos, la respuesta a la fluoxetina de los niños con FS no está disponible en la información aportada por los autores. Fairbanks et al. (1997), llevaron a cabo un estudio no controlado con 16 niños de 9 a 18 años con varios trastornos de ansiedad a los que se les administró fluoxetina. Los resultados indicaron que los niños con un único trastorno de ansiedad respondieron a dosis más bajas de fluoxetina comparados con aquellos con trastornos comórbidos. Además, los autores informaron que el 80% de los niños con un diagnóstico primario de FS mejoraron clínicamente al final del tratamiento. Sin embargo, el 62.5% de toda la muestra seguían cumpliendo los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad en el postratamiento. Mancini, Van Ameringen, Oakman y Farvolden (1999) presentaron informes de siete pacientes con edades comprendidas entre los 7 y los 18 años con FSG que fueron tratados con éxito con *paroxetina*, *sertralina* o *nefazodone*. Más recientemente, Compton et al. (2001) han evaluado, en un estudio no controlado, los efectos terapéuticos, patrones de respuesta y seguridad de la sertralina en 14 niños (edades entre los 10 y los 17 años) con TAS que fueron sometidos a un tratamiento de 8 semanas. Los resultados muestran que el 36% de los niños respondieron al tratamiento frente a un 29% que respondieron parcialmente. Sin embargo, a la vista de estos resultados, no se pueden extraer conclusiones evidentes sobre la eficacia de los SSRI para la FS en la infancia y adolescencia, debido a la comorbilidad y/o a las limitaciones metodológicas por tratarse de estudios no controlados. Estos trabajos apuntan a la necesidad de estudios de doble ciego controlados para examinar la eficacia de los SSRI para la Fobia Social en la infancia y adolescencia. También es necesario investigar más acerca del uso de los ISRS en niños, debido a los efectos secundarios que provocan en niños. Un ejemplo de estos efectos secundarios son apuntados por Woollorton (2003), que en su estudio ha hallado que la

paroxetina incrementa el riesgo de suicidio en pacientes pediátricos tratados por problemas de ansiedad, sobre todo Fobia Social.

En un estudio reciente, el RUPP Anxiety Study Group (2001) (ver también Cheer y Figgitt, 2001, 2002) han desarrollado el que es hasta la fecha el único estudio controlado de doble ciego que se ha llevado a cabo para comprobar la eficacia de los SSRI en los trastornos de ansiedad en la infancia. Para ello han utilizado una muestra de 128 niños con edades entre 6 y 17 años que fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento con *fluvoxamina* o a un placebo durante 8 semanas. Los niños tenían diagnósticos primarios de FS, ansiedad de separación o trastorno de ansiedad generalizada. Al final del tratamiento, la fluvoxamina resultó ser superior al placebo en la reducción de los síntomas de ansiedad y el 76% de los niños tratados con fluvoxamina frente al 29% del grupo placebo mostraron una marcada mejoría clínica. No obstante, al tratarse de grupos mixtos, este trabajo tampoco nos remite información específica acerca de la respuesta de la fluvoxamina en niños con FS.

Respecto al uso de la benzodiacepinas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, debido a sus efectos secundarios y riesgo de dependencia, se recomienda que se lleve a cabo sólo en aquellos casos en los que otros tratamientos psicofarmacológicos han fracasado (Kratochvil et al., 1999; Pine y Grun, 1998; Velosa y Riddle, 2000; Wilens et al., 1998). En cuanto a la eficacia de estos psicofármacos dos estudios han examinado la respuesta al *alprazolam* de niños con trastornos de evitación y ansiedad excesiva (Simeon y Ferguson, 1987; Simeon, Ferguson, Knott et al., 1992). Sin embargo, el diagnóstico de ansiedad excesiva se basó en los criterios del DSM-III, los cuales contenían un número sustancial de síntomas de evaluación social, por lo que siguiendo a Beidel et al. (2001) se considera que si estos niños fueran evaluados bajo los criterios del DSM-IV probablemente recibirían un diagnóstico de FS. En su primer trabajo, Simeon y Ferguson (1987) a través de un estudio no controlado administraron alprazolam a 20 niños (edades entre 8 y 16 años) durante 6 semanas. Aunque sólo el 30% de la muestra fue evaluado desde el punto de vista clínico como que había mejorado moderadamente, la valoración realizada tanto por parte de los clínicos como de los padres sugirió una mejora significativa. Posteriormente, Simeon et al., (1992) realizaron un estudio controlado de doble ciego utilizando para ello una muestra de 30 niños con edades y diagnósticos idénticos al primer estudio a los cuales también se les administró alprazolam pero esta vez durante 4 semanas. Los autores informaron que a

los 28 días de tratamiento el grupo tratado con alprazolam mostró una mejoría ligeramente inferior que el grupo que recibió el placebo sin que estas diferencias fueran significativas. Del mismo modo, a los 42 días, el grupo tratado había recaído ligeramente mientras que el grupo placebo continuaba mejorando, aunque estas diferencias tampoco fueron significativas. Por lo tanto, ambos estudios sugieren que la respuesta al alprazolam es baja al menos a las 4 y las 6 semanas de tratamiento.

VI.4. COMPARACIÓN ENTRE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y LOS FARMACOLÓGICOS

En un meta-análisis realizado por Fedoroff y Taylor (2001) los autores han estudiado los efectos de 11 condiciones de tratamiento: lista de espera, placebo farmacológico, benzodicepinas, SSRIs, IMAOs, placebo psicológico, exposición, reestructuración cognitiva, exposición más reestructuración, EHS y relajación. Según estos autores, los tratamientos que muestran mayor consistencia respecto a su efectividad son los farmacológicos, en especial los SSRIs y las benzodicepinas, ambos por igual. Sin embargo, en la gran mayoría de los estudios no se aportan datos acerca de la efectividad de estos tratamientos a largo plazo y sí sobre los tratamientos psicológicos, los cuales parecen mantener moderadas ganancias con el paso del tiempo.

Varios estudios han investigado la eficacia de los tratamientos psicológicos frente a los psicofarmacológicos y otros han examinado los efectos de combinar ambas modalidades de intervención. En primer lugar, Gelernter et al. (1991) compararon 4 grupos: uno compuesto por sujetos a los que se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual, otro integrado por sujetos a los que se administró un placebo (grupo control) y dos a los que se aplicó sendos tratamientos psicofarmacológicos (alprazolam y fenelzina). Cabe señalar que todos los grupos recibieron instrucciones para la exposición. Los resultados mostraron que en el posttest los sujetos a los que se les administró fenelzina presentaban una mayor reducción de las respuestas de ansiedad, seguido en segundo lugar por el grupo que recibió alprazolam y en tercer lugar, al que se proporcionó el tratamiento cognitivo-conductual. En todos ellos se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control. Sin embargo, los datos obtenidos en el seguimiento constataron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo al que se administró fenelzina frente al grupo control pero no así en el que recibió alprazolam. Respecto al grupo al que se proporcionó tratamiento

psicológico, los autores no presentaron datos relativos al análisis de los resultados en el seguimiento, lo que dificulta la interpretación de la eficacia comparativa de los tratamientos. Otras limitaciones de este estudio, como la inclusión en todos los grupos de instrucciones para que los sujetos se expusieran a las situaciones sociales temidas o un insuficiente tamaño muestral (que puede influir de cara a una baja potencia estadística) pueden haber sesgado estos resultados.

Por otra parte, Turner, Beidel y Jacob (1994) evaluaron la eficacia de la inundación frente a un betabloqueante (atenolol) y a un grupo control al que se administró un placebo. En el postest se observó que el 55'6% de los sujetos que componían el grupo al que se proporcionó inundación mostró una reducción significativa de las respuestas de ansiedad vs. 13'3% de los sujetos que integraban el grupo que recibió atenolol y un 6'3% de los sujetos que formaban parte del grupo control. En una medida de seguimiento realizada a los seis meses se constató el mantenimiento de los progresos alcanzados en el postest, lo que apunta a una mayor eficacia del tratamiento psicológico (inundación) a corto y largo plazo.

Heimberg et al. (1998) compararon la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual (CBGT) respecto a un tratamiento psicofarmacológico (fenelzina) y dos grupos control, uno al que se le administró un placebo y otro compuesto por sujetos a los que se les proporcionó una terapia de apoyo diseñada por los autores a fin de disponer de un grupo placebo de corte psicológico (sólo se permitía a los sujetos hablar y contar sus problemas pero no se les proporcionaba ninguna instrucción para exponerse a situaciones sociales). La evaluación se llevó a cabo en tres períodos de tiempo: a la mitad de la intervención, al finalizar ésta y después de 6 meses. Durante la intervención se encontró que la fenelzina mostraba una reducción de las respuestas de ansiedad superior a la encontrada en el tratamiento psicológico. Sin embargo, en el postest la disminución de las respuestas de ansiedad fue similar entre ambos grupos de intervención, constatándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control. Por último, en los datos generados en el seguimiento, los sujetos a los que se les proporcionó el tratamiento psicológico mantuvieron los beneficios obtenidos tras la intervención. Únicamente el 17% de los sujetos que recibieron tratamiento psicológico mostró un retroceso, frente al 50% del grupo que había recibido fenelzina (Liebowitz et al., 1999). Por tanto, los resultados sugieren que la fenelzina podría tener

un mayor efecto inmediato, mientras que el tratamiento cognitivo-conductual ofrece mayor protección contra las recaídas (Heimberg, 2002).

Otto et al. (2000) examinaron los predictores potenciales de la eficacia diferencial del tratamiento farmacológico con clonazepam y terapia cognitivo conductual en grupo. No encontraron diferencias entre ambas condiciones, mejorando significativamente ambos grupos.

Respecto a aquellos estudios que han evaluado la utilidad de combinar componentes psicológicos y psicofarmacológicos, ni en Clark y Agras (1991), ni en Falloon et al., (1981) se encontró que la adición de los tratamientos psicofarmacológicos potenciaran la eficacia de la intervención psicológica.

En un estudio posterior, Blomhoff, Haug y Humble (1999) asignaron aleatoriamente a 387 pacientes con FSG a cuatro grupos: (1) sertralina más exposición, (2) sertralina, (3) placebo más exposición, y (4) placebo. La duración de todas las condiciones experimentales fue de 24 semanas. Las tasas de respuesta encontradas fueron, del 46% para el grupo al que se le administró sertralina más exposición, del 40% para el grupo que recibió sertralina únicamente, 34% para el grupo placebo más exposición y del 24% para el grupo placebo. Si bien hubiese sido interesante comparar los resultados con un grupo de exposición únicamente, es importante destacar que las diferencias entre el grupo que recibió un placebo más exposición y el grupo placebo fueron estadísticamente significativas a favor del primero.

En general se conoce poco sobre los beneficios o efectos de combinar tratamientos psicológicos con psicofarmacológicos, especialmente en la FSG. En este sentido, la mayoría de investigaciones se han centrado en comparar la eficacia de los distintos tratamientos psicofarmacológicos frente a un grupo control, por lo que únicamente disponemos de datos que nos permiten sugerir que los fármacos son mejores que no recibir tratamiento o administrar un placebo, pero no indican que sean superiores a un tratamiento psicológico, especialmente a largo plazo si tenemos en cuenta las tasas de mejoría o de recaídas halladas en estos estudios. Por otra parte, los tratamientos psicofarmacológicos han carecido a menudo de instrumentos de evaluación específicos para la FS, o en su caso, la mejora de los sujetos ha sido reflejada a través de un único autoinforme. Asimismo, la comparación entre los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos presenta la dificultad de la heterogeneidad en el método e instrumentos de evaluación empleados. Con el fin de poder determinar la eficacia

comparativa de estos tratamientos, varios investigadores han desarrollado instrumentos como el *Social Phobia Endstate Functioning Inventory* (SPEFI; Turner, Beidel, Long, Turner y Townsley, 1993) y el *Index of Social Phobia Improvement* (ISPI; Turner, Beidel y Wolff, 1994). Sin embargo, pese a lo interesante de esta propuesta, a día de hoy escasos estudios han hecho uso de estos instrumentos.

SÍNTESIS

A la luz de los datos presentados, cabe concluir que existe un número de tratamientos que en mayor o menor grado han probado ser útiles para el tratamiento de la Fobia Social. Respecto a los tratamientos psicológicos, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en relajación y las terapias cognitivas sólo han obtenido un apoyo parcial para su aplicación sistemática en este trastorno. Pese a la eficacia demostrada de las intervenciones cognitivo-conductuales no se conoce el peso que cada uno de los componentes tiene de cara a la mejoría de los sujetos. Puesto que algunos estudios han puesto de manifiesto que la exposición por sí sola también puede producir una disminución de las respuestas cognitivas, el debate acerca de si el componente cognitivo es necesario en el tratamiento de la Fobia Social permanece abierto. Por otra parte, un resultado que es consistente en la mayoría de los estudios analizados es que aquellos trabajos que han incluido seguimientos a medio y/o largo plazo han indicado que los beneficios de los tratamientos psicológicos se mantienen o continúan incrementándose tras la finalización de la intervención. Esto sugiere que durante la terapia los pacientes han aprendido las habilidades para afrontar las situaciones sociales, y durante el período posterior a la intervención continúan poniéndolas en práctica ante las situaciones sociales aún temidas.

También se ha encontrado que los tratamientos psicofarmacológicos se han mostrado eficaces en algunos trabajos pero no en otros. Los mejores resultados se han obtenido con los IMAOs y con los SSRIs, sin embargo, los elevados efectos secundarios que conlleva la administración de los IMAOs y la posibilidad de una crisis hipertensa impide la administración de estos psicofármacos sin un seguimiento médico muy estricto. Pollack (1999) sugiere que las benzodiacepinas pueden ser también una alternativa a los IMAO y a los SSRIs, ya que tienen un efecto muy rápido para reducir las respuestas de ansiedad, pero cuentan con la desventaja de estar contraindicadas en sujetos con una historia previa de abuso de alcohol, un trastorno frecuentemente asociado a la Fobia Social (den Boer, 1997).

Debido a la escasez de estudios que comparen la eficacia entre dos o más grupos de psicofármacos, hasta el momento la elección del tipo de tratamiento parece ser algo subjetivo e influenciado por el conocimiento y la experiencia previa de los autores. En esta línea, mientras algunos investigadores abogan por la fenelzina (un IMAO irreversible) como el psicofármaco de primera elección para el tratamiento de la Fobia Social (Liebowitz y Marshall, 1995), otros sugieren que el tratamiento psicofarmacológico inicial deben ser los SSRI y en el caso de no responder a éstos, las benzodiacepinas o los IMAOs (Blanco y Schneier, 1997; Lydiard, 1998). Además, se ha encontrado que un alto porcentaje de investigaciones referentes a tratamientos psicofarmacológicos carece de grupo control, lo que plantea la necesidad de un mayor rigor metodológico con el fin de asegurar la fiabilidad de los resultados. Junto a esto, Stravynski y Greenberg (1998) señalan que los tratamientos psicofarmacológicos además suelen complementarse con instrucciones para que los sujetos se expongan a las situaciones sociales anteriormente evitadas. De este modo se desconoce el efecto que puede atribuirse a esta variable, por lo que estudios en el futuro podrían incorporar en su diseño un grupo al que se administrara un tratamiento psicofarmacológico con y sin instrucciones para la exposición.

Por otra parte, hemos encontrado que la literatura española sobre investigación en psicofarmacoterapia aplicada a la Fobia Social es muy escasa, por lo que se precisa que investigaciones españolas corroboren y validen los resultados obtenidos en los trabajos de lengua inglesa. De igual modo, sería preciso que se comenzase a investigar sobre la posible eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos en la población adolescente con este trastorno.

En relación con aquellos estudios que han comparado los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos, hay que concluir indicando que a día de hoy no se ha hallado ninguna evidencia que apoye la conveniencia de combinar ambos tratamientos, por lo que estimamos necesario seguir investigando en esta línea. Asimismo, datos de los estudios con seguimientos a largo plazo han indicado que las intervenciones psicológicas han permitido al menos un mantenimiento de los beneficios, mientras los sujetos que han recibido sólo tratamiento psicofarmacológico tienden a recaer tras la finalización de la terapia. Además, Gould et al. (1997) y Fedoroff y Taylor (2001) han puesto de manifiesto que mientras que en posttest los tratamientos psicofarmacológicos presentan un tamaño del efecto superior a los psicológicos, en el seguimiento esta

relación se invierte. Además, Gould et al. (1997) también evaluaron el coste económico de los tratamientos psicológicos (cognitivo-conductuales) y el de los tratamientos psicofarmacológicos. Los resultados muestran que los tratamientos cognitivo-conductuales presentan una mejor relación costo/eficacia que los tratamientos psicofarmacológicos, especialmente en el seguimiento, lo que denota la mayor eficiencia de tratamientos cognitivo-conductuales.

Por último, respecto a la eficacia de las diferentes intervenciones en población infantil y adolescente la tabla VI.8. ofrece un resumen de los resultados de los estudios que han abordado esta cuestión.

Tabla VI.8. Estudios sobre los efectos del tratamiento psicológico y farmacológico de la fobia social en muestras de niños y adolescentes

Autor/es	Año	Edad	N	% varones	Tipo de FS	Tipo de Intervención	TE Postest SPAI	TE Seguim. SPAI	TE Postest Global	TE Seguim. Global	% mejora post	% mejora seg 6 m	% mejora seg. 12 m
Albano et.	1995	14,4 (13-17)	5	60	FSG	CBGT-A	-	-	0,44	0,13	-	-	80
Beidel et al.	2000	10,5 (8-12)	50	40	FSG	1 SET-C 2 Testbuster (control)	1,19 0,16	- -	1,57 0,31	- -	67 5	85 -	- -
Hayward et al.	2000	15,8 (14-17)	35	0	No especificada	1 CBGT-A 2 No tratamiento	1,03 0,23	0,91 0,34	1,74 0,74	0,91 0,34	45 4	- -	60 44
Spence et al.	2000	10,6 (7-14)	50	19	No especificada	CBT niños CBT padres Lista espera	- - -	- - -	1,26 0,98 -0,03	1,49 0,97 -	58 87 7	- - -	53 81 -
Compton et al.	2001	13,57 (10-17)	14	57	No especificada	Farmacológico (sertralina)	-	-	1,13	-	64	-	-
Masia et al.	2001	15,2 (14-17)	6	50	No especificada	SASS	1,68	-	2,36	-	50	-	-
Olivares y García-López	2001	15,1 (14-16)	11	27	FSG (FSMG/FSGG)	IAFS	3,64	-	6,46	-	100	-	-
Olivares et al.	2002	15,9 (15-17)	59	22	FSG (FSMG/FSGG)	1 SET-Asv 2 CBGT-A 3 IAFS 4 No tratamiento	3,41 1,27 1,81 1,09	3,69 1,21 2,11 1,30	2,13 1,06 2,32 0,72	2,35 1,14 2,73 1,13	71 53 67 13	- - - -	78 47 73 7
Chavira y Stein	2002	13,42 (8-17)	8	12	FSG	Educativo+ farmacológico	-	-	1,86	-	83,3 *	-	-
Masia-Warner, Klein et al.	2003	14,7 (13-17)	42	22,2	FSE Y FSG	SASS LISTA DE ESPERA	- -	- -	1,74 -0,38	- -	66,7 5,9	- -	- -
Olivares et al.	2003	15 (14-17)	20	25	FSG (FSMG/FSGG)	IASF	2,695	3,61	-	-	55	60	60
Ramos	2003	5,3 (14-17)	68	34	FSG (FSMG/FSGG)	IAFS+retroalimentación audiovisual-mayor n° sesiones IAFS con retroalimentación-menor n° de sesiones IAFS sin retroalimentación audiovisual	2,55 2,73 1,68	3,69 3,40 2,46	2,14 1,90 1,70	2,62 2,98 2,59	55,17 33,33 28	67,86 47,37 34,78	100 64,71 47,37
Olivares, Rosa y Piqueras	2005	15 (14-16)	34	40	FSG (FSMG/FSGG)	1 IAFS 2 lista de espera	2,40 -0,10	4,17 -0,03	- -	- -	58,82 0	58,82 -	70 -
Ruiz	2003	15,05 (14-17)	55	18,2	FSG (FSMG/FSGG)	IASF grupo pequeño IASF grupo mediano IASF grupo grande	1,80 2,20 2,90	1,85 1,96 2,57	1,42 1,55 2,11	1,48 1,31 2,33	25 61,9 50	31,25 35 60	37,50 44 60
Gallagher et al.	2004	(8-11)	23		Mixta	TCCG Lista de espera	- -	- -	- -	- -	42,7 -	50 -	- -
Piqueras	2005	15,27 (14-17)	78	20,51	FSG	IAFS EN FSLG IAFS EN FSMG IAFS EN FSGG	1,215 1,71 1,87	2,16 2,575 3,09	- - -	- - -	57,1 45,8 40	76 63,20 42,1	80 75 75

PARTE EXPERIMENTAL

I. INTRODUCCIÓN

Resulta fácil constatar la existencia de un gran retraso en la investigación de procedimientos de evaluación y tratamiento aplicados a los adolescentes que presentan Fobia Social cuando se compara con la producción en el ámbito adulto (véanse apartados V y VI del presente trabajo). Ello se debe a múltiples y variadas razones entre las que podemos citar, por ejemplo, el concepto mismo de adolescencia y los mitos que las corrientes de corte psicodinámico han creado respecto a este tramo de nuestra existencia (la adolescencia es delimitada como un estadio evolutivo sinónimo de crisis, de conflicto, de rechazo al mundo adulto, etc.; por cierto, nada más lejos de la realidad – véase Olivares, 2001–). Pero paradójicamente este es el momento de la existencia humana donde, con un menor coste económico y de padecimiento subjetivo, más se puede hacer para prevenir o detectar e intervenir tempranamente en este trastorno de la conducta.

Afortunadamente, este desfase entre la investigación en el campo adulto y el infanto-juvenil comienza ya a ser remediado. Así, los diversos estudios que han revisado la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en esta población coinciden en señalar su alta eficacia (v.gr., Olivares, Rosa, Piqueras et al., 2002; Olivares, Rosa, Piqueras, Méndez y Ramos, 2003). De hecho, siguiendo los criterios de la Task Force, el segundo de estos estudios halló que entre las diferentes modalidades de tratamiento de la Fobia Social que ya hemos revisado, en el apartado VI.2.2 de la presente tesis doctoral, ya es posible hallar paquetes de tratamiento que cumplen los criterios requeridos para ser considerados “bien establecidos”, tal es el caso del CBGT-A (Albano, Marten y Holt, 1991), o como intervenciones “probablemente eficaces” (tales son los casos del SET-C - Beidel et al., 2000-; el CBI -Spence et al., 2000- y el IAFS –Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005-). Por lo que se refiere al IAFS, éste se ha mostrado como un tratamiento al menos tan eficaz como otros paquetes de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes españoles con FSG, pero más eficiente (Olivares et al., 2002 y; García-López et al., 2002). En la misma línea, algunas revisiones cuantitativas que han empleado la estrategia del meta-análisis han hallado que el IAFS obtiene un tamaño del efecto mayor que el resto de paquetes de tratamiento con los que se compara (Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003; Olivares, Rosa, Piqueras, Ramos y Orgilés, 2003). En resumen, el IAFS se muestra como un tratamiento altamente eficaz en las aplicaciones que de él se han realizado con población adolescente española que presentaba Fobia Social Generalizada.

Es pues un hecho que contamos ya con tratamientos que han probado ser eficaces en población infanto-juvenil que presenta Fobia Social. Nuestro trabajo ahora es tanto mejorar los tratamientos desde la perspectiva del principio de parsimonia como hallar cuales son las circunstancias bajo las cuales tales tratamientos producen los mejores resultados. Por ello, comparar una condición de tratamiento con una de no-tratamiento, o incluso con otros tratamientos, muestra que el tratamiento es superior a la no-intervención o a un determinado protocolo, pero no proporciona información sobre su eficacia relativa, es decir, si los efectos se deben a los ingredientes específicos del tratamiento o a factores terapéuticos generales (p.ej., la motivación de los sujetos o de sus familias respecto del tratamiento o el terapeuta, las expectativas del propio terapeuta respecto del grupo de tratamiento, etc.). Por ello, como recuerda Masia-Warner, Storch, Fisher et al. (2003), se hace necesario el avance en el estudio y conocimiento de los moderadores y mediadores del cambio terapéutico. Algunos de los estudios llevados a cabo por nuestro equipo con adolescentes con Fobia Social han perseguido este objetivo. Así, por ejemplo, en el trabajo de Ruiz (2003) se trató de aportar evidencia acerca del efecto mediador del tamaño de los grupos de tratamiento en la eficacia del IAFS en adolescentes con FSG y en el de Ramos (2003) pusimos a prueba la eficacia del IAFS en función de la retroalimentación audiovisual a la que eran expuestos los adolescentes.

Uno de los factores que no ha generado todavía un número relevante de publicaciones, a pesar de haber sido identificado como una variable con capacidad predictora respecto de los resultados del tratamiento psicológico de la Fobia Social en adultos, es el grado de generalización de la Fobia Social cuando los sujetos inician el tratamiento (Otto et al., 2000; Scholing y Emmelkamp, 1999). Respecto a esta cuestión, muy relacionada con los subtipos de FS (APA, 1987, 1994, 2000), distintos investigadores se han venido preguntando desde hace ya algún tiempo si la respuesta al tratamiento depende del perfil o subtipo fóbico de los sujetos (v.gr., Echeburúa y Salaberría, 1991; Heimberg et al., 1986; Moreno, Méndez y Sánchez, 2000; Olivares y García-López, 2002; Olivares, Olivares, Rosa y García-López, 2004; Turner et al., 1996). En este sentido, como señalan Turner, Beidel y Flood (2003), hay que interrogarse sobre si las diferencias aparentes entre los subtipos se relacionan o no con la manera en la que debería aplicarse el tratamiento y, en último extremo, con los resultados mismos de la intervención. Este interés por el papel modulador del grado de

generalización de la Fobia Social en la eficacia y eficiencia de los tratamientos psicológicos ha dado lugar a líneas diferentes de opinión e investigación al respecto. Veamos algunas de ellas::

- (a) Un primer grupo lo integran las investigaciones que han analizado la relación entre los subtipos de la FS y la eficacia del CBGT. Dos investigaciones al respecto (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Hope, Herbert y White, 1995) sugieren que los pacientes con el subtipo generalizado comienzan el tratamiento más deteriorados y es menos probable que obtengan beneficios clínicamente significativos después de la terminación del tratamiento frente al subtipo no-generalizado.
- (b) En el segundo las investigaciones no han hallado diferencias en la eficacia del tratamiento entre los sujetos con FSE y los que presentaban FSG. Así, Turner, Beidel y Townsley (1992) no hallaron diferencias sustanciales entre los sujetos con FSG vs. FSE en la reducción de sus miedos durante una terapia de exposición intensiva. Posteriormente, Edelman y Chambless (1995) indicaron que los pacientes con un trastorno de ansiedad social tanto del tipo generalizado como del tipo no generalizado se beneficiaban por igual del tratamiento cognitivo conductual. También, Turner, Beidel et al. (1996) informaron que ambos subtipos (FSG y FSE) mostraban niveles similares de habituación a la exposición en imaginación. En nuestro País, por ejemplo, Ruipérez et al. (2002) no encontrando diferencias entre los subtipos de Fobia Social y la comorbilidad en el eje II cuando compararon la eficacia del tratamiento en función de los subtipos específico y generalizado.
- (c) Por último, Sánchez-Meca, Rosa y Olivares (2004) han informado de los resultados de un meta-análisis con estudios europeos sobre los efectos de los tratamientos psicológicos de la Fobia Social en adultos. Según los resultados de este estudio, el tamaño del efecto medio en el posttest de las medidas de Fobia Social es mayor en los sujetos con el diagnóstico de Fobia Social generalizada que entre los del subtipo específico.

En resumen, los resultados de los trabajos interesados por la relación entre los subtipos de FS y la eficacia de los tratamientos han sido contradictorios, hallándose

desde efectos del tratamiento superiores en la FSE, pasando por la inexistencia de diferencias en la eficacia del tratamiento entre los subtipos, hasta unos beneficios terapéuticos mayores en la FSG frente al subtipo específico o no-generalizado. Una limitación con la que se encuentra el investigador cuando pretende comparar los resultados de estos estudios respecto de la eficacia de los tratamientos de la FS se halla en el hecho de que, en unos casos, el diagnóstico de la mayoría de sujetos incluidos en las investigaciones citadas no está operacionalizado del mismo modo, es decir, no atiende a un mismo criterio o grupo de criterios y, en otros, además de ello, no se especifica el subtipo (v.gr., Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003), lo que dificulta la comparación de la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales atendiendo al subtipo de Fobia Social.

Pero, regresando a la población que nos ocupa y preocupa, observamos que la mayoría de los trabajos sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en población infantil y adolescente han limitado los integrantes de sus muestras a los sujetos con diagnóstico relativo al subtipo generalizado. Esto se debe al, entre otras razones, el hecho reiteradamente constatado de la existencia de una sintomatología mayor tanto en cantidad como en variedad en este grupo frente al de los sujetos con FSE, así como de una mayor comorbilidad, una mayor interferencia en el desempeño de la actividad cotidiana y un mayor padecimiento subjetivo tanto en la población adulta (así, por ejemplo, Ruipérez et al., 2002 o Stein, Torgrud y Walker, 2000) como en la infantil y adolescente (v.gr., Mattick et al., 1989 u Olivares, Piqueras y Rosa, 2005). Pese a la relevancia de tales hechos, no conocemos ningún estudio que haya abordado en población adolescente ni el papel de los subtipos en relación con la eficacia del tratamiento psicológico en la población de niños y adolescentes, ni la eficacia relativa de ningún tratamiento psicológico, que se haya probado eficaz para esta población, en función de la severidad o generalización de la ansiedad social dentro del subtipo de FSG.

Como consecuencia de todo ello, siguiendo con la línea de investigación de nuestro equipo respecto del trabajo con adolescentes que presentan Fobia Social generalizada, el objetivo de esta investigación es estudiar la eficacia de un programa multicomponente para el tratamiento de la Fobia Social en adolescentes (*IAFS, Intervención para Adolescentes con Fobia Social*; Olivares y García-López, 1998), que ya ha probado ser eficaz en reiteradas ocasiones (García-López, 2000; García-López et al., 2002; Olivares

et al., 2002; Olivares y García-López, 2001; Olivares, Piqueras y García-López, 2004; Olivares, Rosa, Caballo et al., 2003; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; Olivares, Rosa et al., 2004; Olivares, Rosa y Vera-Villarroel, 2003; Piqueras, Olivares y Rosa, 2004) en función de los subgrupos generados por una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo de Fobia Social Generalizada (Olivares, 1998): (1) “Fobia Social Levemente Generalizada” (número de situaciones sociales temidas entre 2 y 5, de las cuales dos han de ser de relación social), (2) “Fobia Social Moderadamente Generalizada” (número de situaciones sociales temidas entre 6 y 9, con la condición de que dos sean de relación social) y (3) “Fobia Social Gravemente Generalizada” (número de situaciones sociales temidas entre 10 y 13, cumpliéndose el mismo requisito que en los otros grupos).

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

II.1. OBJETIVOS

Como ya hemos indicado, el propósito general de este trabajo es estudiar las relaciones entre la eficacia de un tratamiento desarrollado por nuestro equipo de investigación *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (IAFS; Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005) y una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado. En concreto, nuestra investigación tiene tres objetivos:

- (1) Detectar, lo más tempranamente posible, a los adolescentes que padecen Fobia Social Generalizada
- (2) Aplicar un programa multicomponente específico para el tratamiento de la Fobia Social en los adolescentes detectados (IAFS; Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005)
- (3) Estudiar la eficacia del IAFS, en función de la gravedad supuesta a cada uno de los subgrupos tratados en que se ha dividido el subtipo generalizado.

A fin de cumplir con los objetivos citados distinguimos tres niveles de la variable independiente:

- (1) grupo de tratamiento con Fobia Social Levemente Generalizada: Sujetos que cumplen los criterios diagnósticos de Fobia Social (DSM-IV-TR, APA, 2000) y presentan Fobia Social en un rango de 2-5 situaciones, de las que al menos dos son de relación.
 - (2) grupo de tratamiento de Fobia Social Moderadamente Generalizada: Sujetos que cumplen los criterios diagnósticos de Fobia Social (DSM-IV-TR, APA, 2000) y presentan Fobia Social en un rango de 6-9 situaciones, de las que al menos dos son de relación.
 - (3) grupo de tratamiento de Fobia Social Gravemente Generalizada: Sujetos que cumplen los criterios diagnósticos de Fobia Social (DSM-IV-TR, APA, 2000) y presentan Fobia Social en un rango de 10 o más situaciones, de las que al menos dos son de relación.
-

II.2. HIPÓTESIS

Consecuentemente con ello, para evaluar la consecución de nuestros objetivos formulamos las siguientes hipótesis, agrupadas en dos grupos:

1.- Hipótesis relativas a la significación estadística, mediante comparaciones *intra* e *inter* grupo

2.- Hipótesis relativas a la significación clínica de los resultados obtenidos

II.2.1 HIPÓTESIS RELATIVAS A LA SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

II.2.1.1. Comparaciones intra-grupo

A. Esperamos que los efectos generados por el tratamiento muestren en los tres niveles de la variable independiente los siguientes resultados:

- (a) Diferencias respecto a sí mismos en las medidas pre-post-seguimientos;
- (b) Disminución significativa entre el pretest, el posttest y los distintos seguimientos (tendencia lineal significativa);
- (c) Mayor decremento entre el pretest y el posttest que entre el posttest y los seguimientos (tendencia cuadrática significativa);
- (d) Tamaños del efecto significativos (TE: ≥ 0.8) en las comparaciones *intra* respecto de las medidas pre-post-seguimiento(s), esperándose valores superiores para la diferencia entre pretest y seguimiento a los 12, seguido por los valores alcanzados en la comparación pretest-seguimiento a los 6 meses y, por último, las diferencias entre pretest-postest, en el mismo sentido de las diferencias comentadas. **De ser ello así, entonces habrá de hallarse:**

1. Una disminución en las respuestas de ansiedad social, medidas éstas a través de instrumentos de evaluación específicos para la Fobia Social:

- 1.1. El Inventario de Fobia y Ansiedad Social (*SPAI*) en la:
 - 1.1.1. Subescala de Fobia Social (*SPAI-FS*)
 - 1.1.2. Puntuación de Diferencia (*SPAI-DIF*)
- 1.2. La puntuación *Total* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*SAS-A*)
- 1.3. La Escala de Fobia Social (*SPS*)
- 1.4. La Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (*SIAS*)
- 1.5. El Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (*PRCS*)
- 1.6. La puntuación total de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (*EDAS*)

2. Un decremento de los valores de las escalas que miden el componente cognitivo de la Fobia Social:

- 2.1. La subescala de *Miedo a la Evaluación Negativa* (*FNE*) de la *SAS-A*
- 2.2. El Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público (*SSPS*)

3. Una reducción en las puntuaciones de los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar las respuestas de evitación social:

- 3.1. Subescala de Evitación y Malestar Social ante extraños (*SAD-New*) del SAS-A
- 3.2. Subescala de Evitación y Malestar Social ante gente en general (*SAD-General*) del SAS-A
- 3.3. Subescala de Ansiedad Social de la EDAS (*EDAS-Ansiedad*)

4. La reducción y/o anulación de los valores obtenidos a partir de los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar la interferencia o inadaptación que produce la Fobia Social:

- 4.1. La Escala de Inadaptación (*EI*)
- 4.2. La subescala de Interferencia de la EDAS (*EDAS-Interferencia*)

5. Un incremento en las puntuaciones de la Escala de Asertividad (*RAS*)

6. Un incremento de las puntuaciones en la Escala de Autoestima (*SASI*)

7. Un descenso en las puntuaciones del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (*CHSPA*).

8. Una eliminación y/o reducción en el número de situaciones sociales temidas incluidas en la sección de Fobia Social de la entrevista semiestructurada *ADIS-IV*:

- 8.1. Situaciones Sociales en General
- 8.2. Situaciones de Actuación Social
- 8.3. Situaciones de Relación Social

9. En la prueba observacional, relativa a la situación de “Iniciar y Mantener Conversaciones”:

- 9.1. Un incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor (Mirada).
- 9.2. Un incremento de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando con su interlocutor (Tiempo hablado).
- 9.3. En la variable fluidez:
 - 9.3.1. Un incremento de las pausas igual o menores a dos segundos
 - 9.3.2. Una reducción de las pausas mayores a dos segundos
 - 9.3.3. Un decremento de las repeticiones, ya sean éstas frases, palabras o sonidos.

10. En la prueba observacional relativa a la situación de “Dar una Charla Improvisada” en:

- 10.1. Un incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor (Mirada).
 - 10.2. Un incremento de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando con su interlocutor (Tiempo hablado).
 - 10.3. En la variable fluidez:
 - 10.3.1. Un incremento de las pausas igual o menores a dos segundos
 - 10.3.2. Una reducción de las pausas mayores a dos segundos
 - 10.3.3. Un decremento de las repeticiones, ya sean éstas frases, palabras o sonidos.
-

II.2.1.2. Comparaciones inter-grupos

B. Esperamos que los efectos del IAFS muestren diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos de fobia social generalizada, tanto en el postest como en los seguimientos a los 6 y 12 meses. De ser ello así, entonces habrá de hallarse:

1. Una reducción de las respuestas de ansiedad social, medidas éstas a través de instrumentos de evaluación específicos para la Fobia Social:

- 1.1. El Inventario de Fobia y Ansiedad Social (*SPAI*) en la:
 - 1.1.1. Subescala de Fobia Social (*SPAI-FS*)
 - 1.1.2. Puntuación de Diferencia (*SPAI-DIF*)
- 1.2. La puntuación *Total* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*SAS-A*)
- 1.3. La Escala de Fobia Social (*SPS*)
- 1.4. La Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (*SIAS*)
- 1.5. El Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (*PRCS*)
- 1.6. La Escala para la Detección de la Ansiedad Social (*EDAS*)

2. Un decremento de las puntuaciones en las escalas que miden el componente cognitivo de la Fobia Social:

- 2.1. La subescala de *Miedo a la Evaluación Negativa* (*FNE*) del *SAS-A*
- 2.2. El Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público (*SSPS*)

3. La reducción de las puntuaciones de los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar las respuestas de evitación social:

- 3.1. Subescala de Evitación y Malestar Social ante extraños (*SAD-New*) del *SAS-A*
- 3.2. Subescala de Evitación y Malestar Social ante gente en general (*SAD-General*) de la *SAS-A*
- 3.3. Subescala de Ansiedad Social de la *EDAS* (*EDAS-Ansiedad*).

4. En el incremento de las puntuaciones de la Escala de Asertividad (*RAS*)

5. En el incremento de las puntuaciones de la Escala de Autoestima (*SASI*)

6. En el descenso de los valores de los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar la interferencia o inadaptación que produce la fobia social:

- 6.1. La Escala de Inadaptación (*EI*)
- 6.2. La subescala de Interferencia de la *EDAS* (*EDAS-Interferencia*)

7. En la disminución de las puntuaciones del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (*CHSPA*).

8. En la eliminación y/o reducción en el número de situaciones sociales temidas incluidas en la sección de Fobia Social de la entrevista semiestructurada *ADIS-IV*:

- 8.1. Situaciones Sociales en general
- 8.2. Situaciones de Actuación Social
- 8.3. Situaciones de Relación Social

9. En la prueba observacional relativa a la situación de “Iniciar y Mantener Conversaciones”:

- 9.1. Un incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor.

- 9.2. Un incremento de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando con su interlocutor.
- 9.3. En las variables de fluidez:
- 9.3.1. Un incremento de las pausas igual o menores a dos segundos
 - 9.3.2. Una reducción de las pausas mayores a dos segundos
 - 9.3.3. Un decremento de las repeticiones, ya sean éstas frases, palabras o sonidos.

10. La prueba observacional relativa a la situación de “Dar una Charla Improvisada”:

- 10.1. Esperamos un incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor.
- 10.2. Hipotetizamos un incremento de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando con su interlocutor.
- 10.3. En las variables de fluidez, esperamos:
- 10.3.1. Un incremento de las pausas igual o menores a dos segundos
 - 10.3.2. Una reducción de las pausas mayores a dos segundos
 - 10.3.3. Un decremento de las repeticiones, ya sean éstas frases, palabras o sonidos.

C. Si tenemos en cuenta los tamaños del efecto, cabe esperar que sus valores sean proporcionales a la intensidad de la gravedad supuesta a los tres subgrupos (FSGG≥FSMG≥FSLG), por lo que sus diferencias en las comparaciones dos a dos habrán de ser siempre a favor del subgrupo al que suponemos mayor intensidad en sus respuestas de ansiedad social en las siguientes variables dependientes:

- 1. El Inventario de Fobia y Ansiedad Social (SPAI) en la:**
 - 1.1. Subescala de Fobia Social (*SPAI-FS*)
 - 1.2. Puntuación de Diferencia (*SPAI-DIF*)
- 2. La Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en la :**
 - 2.1. Puntuación *Total*
 - 2.2. Subescala de Miedo a la Evaluación Negativa (*FNE*)
 - 2.3. subescala de Evitación y Malestar Social ante extraños (*SAD-N*)
 - 2.4. Subescala de Evitación y Malestar Social ante gente en general (*SAD-G*)
- 3. La Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en la:**
 - 3.1. Puntuación *Total*
 - 3.2. Subescala de Ansiedad Social de la EDAS (*EDAS-Ansiedad*).
 - 3.3. Subescala de Interferencia de la EDAS (*EDAS-Interferencia*)
- 4. La Escala de Fobia Social (SPS)**
- 5. La Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS)**
- 6. El Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público (SSPS)**
- 7. El Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)**
- 8. La Escala de Asertividad (RAS)**
- 9. La Escala de Autoestima (SASI)**
- 10. La Escala de Inadaptación (EI)**
- 11. El Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (CHSPA).**

12. El número de situaciones sociales temidas incluidas en la sección de Fobia Social de la entrevista semiestructurada ADIS-IV:

- 12.1. Situaciones Sociales en general
- 12.2. Situaciones de Actuación Social
- 12.3. Situaciones de Relación Social

13. En la prueba observacional relativa a la situación de “Iniciar y Mantener Conversaciones”, en las siguientes variables:

- 13.1. Mirada
- 13.2. Tiempo hablado
- 13.3. Variables de fluidez:
 - 13.3.1. Pausas igual o menores a dos segundos
 - 13.3.2. Pausas mayores a dos segundos
 - 13.3.3. Repeticiones, ya sean éstas frases, palabras o sonidos.

14. La prueba observacional relativa a la situación de “Dar una Charla Improvisada”:

- 14.1. Mirada
- 14.2. Tiempo hablado
- 14.3. Variables de fluidez:
 - 14.3.1. Pausas igual o menores a dos segundos
 - 14.3.2. Pausas mayores a dos segundos
 - 14.3.3. Repeticiones, ya sean éstas frases, palabras o sonidos.

II.2.2. HIPÓTESIS RELATIVAS A LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA**D. Para valorar la significación clínica de los cambios producidos por el tratamiento, si tomamos como criterio:****1. “No cumplir los criterios diagnósticos de la Fobia Social (DSM-IV-TR, APA, 2000)”, es decir, una reducción del 100% en el número de situaciones temidas en el pretest, entonces no se presentarán diferencias significativas entre:**

- 1.1. El subgrupo de Fobia Social Levemente Generalizada frente al subgrupo de Fobia Social Moderadamente Generalizada, a favor del primero en el postest y en los seguimientos a los 6 y 12 meses.
- 1.2. El subgrupo de Fobia Social Levemente Generalizada frente al subgrupo de Fobia Social Gravemente Generalizada, a favor del primero en el postest y en los seguimientos a los 6 y 12 meses
- 1.3. El subgrupo de Fobia Social Moderadamente Generalizada frente al subgrupo de Fobia Social Gravemente Generalizada, a favor del primero en el postest y en los seguimientos a los 6 y 12 meses

2. Una reducción del 75% en el número de situaciones temidas en el pretest, entonces no existirán diferencias entre:

- 2.1. El subgrupo de Fobia Social Levemente Generalizada frente al subgrupo de Fobia Social Moderadamente Generalizada, a favor del primero en el postest y en los seguimientos a los 6 y 12 meses.
- 2.2. El subgrupo de Fobia Social Levemente Generalizada frente al subgrupo de Fobia Social Gravemente Generalizada, a favor del primero en el postest y en los seguimientos a los 6 y 12 meses

- 2.3. El subgrupo de Fobia Social Moderadamente Generalizada frente al subgrupo de Fobia Social Gravemente Generalizada, a favor del primero en el posttest y en los seguimientos a los 6 y 12 meses

III. MÉTODO

III.1. SUJETOS

III.1.1. RECLUTAMIENTO

El reclutamiento de los sujetos se llevó a cabo en tres fases. Véase Figura III.1 para un resumen sinóptico de las fases (p. 326).

1ª FASE. *Detección de adolescentes con niveles elevados de ansiedad social.*

Se administró el SPAI y la SAS-A a una muestra de 2506 estudiantes de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria y 1º de Bachiller, en 12 centros educativos de la Región de Murcia (Véase Tabla III.1). Previamente a la administración de estos cuestionarios se había obtenido el consentimiento por parte de la Dirección, el Consejo Escolar y/o el Departamento de Orientación de cada uno de estos centros.

Tabla III.1. Centros educativos (Fase I)		
CENTRO DOCENTE	LOCALIDAD	PORCENTAJE
1. I.E.S. Los Albares	Cieza	10.21
2. I.E.S. Diego Tortosa	Cieza	9.86
3. I.E.S. Jiménez de la Espada	Cartagena ciudad	11.25
4. Colegio P.P. Franciscanos	Cartagena ciudad	7.94
5. I.E.S. El Bohío	Cartagena	7.22
6. I.E.S. Infanta Elena	Jumilla	8.02
7. I.E.S. Arzobispo Lozano	Jumilla	9.38
8. Colegio Concertado Cruz de Piedra	Jumilla	1.64
9. Colegio Concertado Santa Ana	Jumilla	1.91
10. I.E.S. Saavedra Fajardo	Murcia ciudad	14.06
11. I.E.S. Floridablanca	Murcia ciudad	11.37
12. I.E.S. Miguel Espinosa	Murcia ciudad	7.18

De los 2506 adolescentes, 10 (0.40%) declinaron participar en el estudio o fueron excluidos de los análisis estadísticos debido a la existencia de ítems no contestados correctamente o bien porque los sujetos tuvieran una edad igual o superior a 18 años. La muestra definitiva fue de 2496 sujetos: 1214 chicos (48.44%) y 1292 chicas (51.56%). El rango de edad fue de 14-18 años ($M=14.82$, $DT=0.84$).

Una descripción de las características descriptivas del SPAI en función del género y la edad en población adolescente española puede encontrarse en Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999) y estos mismos datos para la SAS-A en Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López (1999); Ruiz, Olivares, Hidalgo y García-López (2000) y Olivares, Ruiz, Hidalgo, García-López y Piqueras (2005).

El procedimiento fue el siguiente: Durante una semana, 30 colaboradores (22 mujeres y 8 hombres) administraron el SPAI y la SAS-A en 104 clases de los centros educativos anteriormente citados. En cada clase entraban dos ayudantes de la investigación. Uno de ellos repartía el cuestionario entre los alumnos asistentes, mientras el otro colaborador proporcionaba las instrucciones acerca de cómo cumplimentarlo. La participación era estrictamente voluntaria. Los sujetos que rechazaron participar en el estudio (0.40%) no podían abandonar la clase pero sí dedicar ese tiempo a tareas escolares. Los alumnos que cumplimentaron ambos cuestionarios lo hicieron en aproximadamente 50 minutos. Una vez que todos los sujetos lo completaban, se les informaba que estaban participando en un estudio acerca de las relaciones interpersonales en la adolescencia. Además, se les indicaba que los que estuvieran interesados en conocer sus puntuaciones podían apuntar sus nombres en una hoja y en una segunda fase se les informaría sobre el significado de lo obtenido en el cuestionario.

2ª FASE. *Evaluación diagnóstica de los sujetos con niveles altos de ansiedad social*

En base a los datos de los estudios llevados a cabo previamente por nuestro equipo de investigación sobre las propiedades psicométricas del SPAI y la SAS-A en población adolescente española, se seleccionaron 534 (21.39%) sujetos cuya puntuación en el cuestionario SPAI fue mayor o igual a 97 puntos y/o en el SAS-A mayor o igual a 57. La selección de estos puntos de corte maximiza la probabilidad de que los sujetos seleccionados padezcan el subtipo de Fobia Social Generalizada.

El procedimiento en esta fase fue como sigue: Dos colaboradores acudían a las clases en las que se encontraban los sujetos seleccionados e informaban a los estudiantes de que se iba a realizar una segunda fase del estudio, para lo cual se iba a seleccionar aleatoriamente a un número de estudiantes en cada clase (con el fin de que los compañeros de clase no se dieran cuenta de que los sujetos que se iban a nombrar podían tener Fobia Social). Para incrementar la percepción de que los sujetos eran

seleccionados al azar, delante de los alumnos se pedía la lista de clase al profesor y se leían los nombres de los alumnos elegidos. En realidad, los colaboradores sabían con anterioridad los sujetos seleccionados. Los sujetos nombrados abandonaban la clase y eran acompañados por los colaboradores hasta una sala donde completaban una batería de cuestionarios y una entrevista (Véase Tabla III.2). En todo momento un colaborador estaba presente en la sala para aclarar cualquier duda que pudiera surgir. Con el fin de agilizar el proceso de evaluación, mientras unos alumnos cumplimentaban los cuestionarios, otros pasaban a una sala donde, individualmente, eran entrevistados por un colaborador, empleando para ello una versión modificada del ADIS-IV-L (Di Nardo *et al.*, 1994). Una vez finalizada la entrevista, los sujetos volvían a la sala inicial a completar los cuestionarios. Asimismo, los sujetos que en primer lugar habían rellenado los cuestionarios, pasaban a la entrevista individual.

Después del proceso de evaluación diagnóstica, la muestra total estuvo compuesta por 362 sujetos con un diagnóstico de Fobia Social y 172 sujetos sin este trastorno. Tanto a unos como a otros se les informó acerca de los datos obtenidos por la entrevista y los cuestionarios. Asimismo, se proporcionó información sobre las puntuaciones del SPAI y la SAS-A a los sujetos que en la primera fase nos habían proporcionado sus nombres y que no habían sido seleccionados para la segunda fase.

Tabla III.2. Relación de pruebas aplicadas durante la fase II	
1.	Entrevista semiestructurada ADIS-IV-L
2.	Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)
3.	Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)
4.	Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS)
5.	Escala de Fobia Social (SPS)
6.	Escala de Ansiedad Social en la Interacción Social (SIAS)
7.	Cuestionario de Confianza al Hablar en Público (PRCS)
8.	Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público (SSPS)
9.	Escala de Asertividad (RAS)
10.	Escala de Autoestima (SASI)
11.	Escala de Inadaptación (EI)
12.	Cuestionario de Habilidades Sociales en Adolescentes (CHSPA)

Operacionalización de los subtipos de Fobia Social

Respecto a los sujetos que cumplieron criterios diagnósticos para la Fobia Social, se examinó qué proporción de ellos presentaba el subtipo generalizado. Ante esto nos encontramos con que el DSM-IV (APA, 1994) no ofrece una definición operativa del subtipo generalizado de Fobia Social que permita investigar las implicaciones que para un mismo tratamiento puedan tener, por ejemplo, distintos niveles de ansiedad social (grado del miedo y la evitación ante situaciones sociales, así como nivel de malestar e interferencia de dichos temores sociales), lo cual no permite optimizar la eficacia del tratamiento en función del grado o la severidad de la Fobia Social.

Como ya se ha introducido en los apartados II.2. (pp. 33-36) y III.1.3. (pp. 137-149)", a fin de dar respuesta a esta cuestión, dentro del subtipo generalizado nosotros hemos diferenciado entre Fobia Social Levemente Generalizada (FSLG), Fobia Social Moderadamente Generalizada (FSMG) y Fobia Social Gravemente Generalizada (FSGG). Para ello, tomamos como base la sección de Fobia Social del ADIS-IV. Esta sección consta de 13 ítems que representan distintas dimensiones de la Fobia Social, incluyendo situaciones tanto de interacción como de actuación. De acuerdo con los criterios del estudio de Turner *et al.* (1992), los sujetos que muestran ansiedad de actuación en una o más situaciones, se engloban en el subtipo específico, independientemente del número de ellas, ya que se considera que miden una única dimensión. También aquellos que temen una sola situación de relación aparte de cualquiera otra de actuación se incluyen en este subtipo. Respecto al subtipo generalizado, los ítems se distribuyen entre los tres subgrupos de Fobia Social Generalizada. Así, por FSLG entendemos los sujetos que presentan ansiedad ante un mínimo de dos y un máximo de cinco situaciones, siempre que al menos dos de tales situaciones impliquen relación social. FSMG incluiría a los pacientes que informan ansiedad entre seis y nueve situaciones y por último, los sujetos diagnosticados con FSGG mostrarían ansiedad en diez o más situaciones.

Teniendo en cuenta estos criterios, 74 (11.53%) sujetos presentaron un diagnóstico de Fobia Social Específica y 288 de Fobia Social Generalizada, de los cuales 137 fueron clasificados como FSLG, 113 cumplieron los criterios de FSMG y 38 fueron identificados como FSGG.

Puesto que el objetivo de esta investigación era intervenir en adolescentes con Fobia Social Generalizada, la posibilidad del tratamiento fue ofrecida a los sujetos con FSLG (N=137), FSMG (N=113) y FSGG (N = 38), los cuales cumplían con el criterio cuantitativo expresado por el DSM-IV (ansiedad ante la *mayoría* de situaciones sociales). Para ello el único requisito que se les exigía era el consentimiento de uno o ambos padres. 161 adolescentes (54.03%) aceptaron el tratamiento y 137 (45.97%) lo rechazaron alegando motivos tales como interferencia en sus estudios, dificultad de desplazamiento, no considerar que tenían un problema que requería atención psicológica, creer que la ansiedad social era una característica de personalidad y por tanto inmodificable, o bien no desear pedir el consentimiento a sus padres. A los sujetos clasificados como FSE, los cuales no eran objeto de nuestro estudio, también se les ofreció la posibilidad de incluirlos en el tratamiento; sin embargo, tan sólo 5 (6.76%) nos indicaron que deseaban ser tratados y lo fueron.

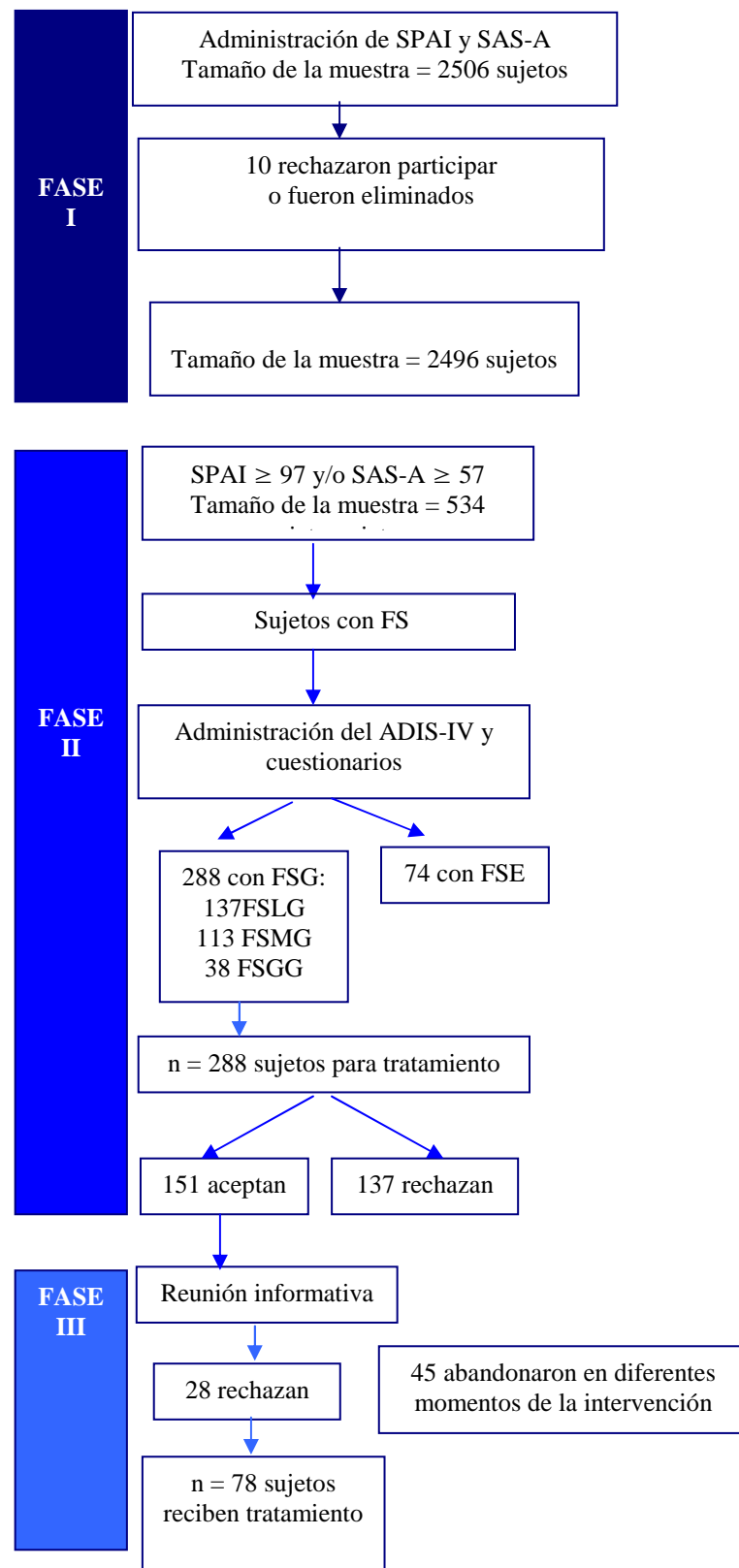
3ª FASE. *Oferta del tratamiento, organización y manejo de los grupos*

En esta fase de la intervención se llevó a cabo una sesión informativa con la presencia de los padres e hijos. Se explicó a ambos los contenidos del programa, la duración de éste y los objetivos a cumplir. Asimismo, tanto los padres como los hijos podían plantear al terapeuta cualquier tipo de pregunta o cuestión que pudiera surgir en relación con el tratamiento. Además se les proporcionó papel y bolígrafo para que pudieran escribir los días y horas en las cuales podrían asistir al tratamiento de cara al establecimiento de los grupos.

Tras esta reunión 28 sujetos decidieron no comenzar el tratamiento, ofreciendo como razón principal la falta de tiempo. Por último, de los 123 sujetos que se comprometieron a comenzar con el tratamiento, 5 nunca asistieron a las sesiones y fueron dados de baja, 24 abandonaron tras asistir a la primera sesión y 26 abandonaron cuando habían asistido a dos o más sesiones. La distribución de estos abandonos se presenta en la tabla III.3.

Tabla III.3. Distribución de los sujetos					
Subgrupo	Número de sujetos en el inicio del tratamiento	No asistieron a la primera sesión	Abandono tras la primera sesión	Abandono tras la asistencia a 2 o más sesiones	Terminaron el tratamiento
FSLG	46	-	8	10	28
FSBG	49	-	11	13	25
FSGG	38	5	5	3	25
TOTAL	133	5	24	26	78

Figura III.1. Fases del reclutamiento de los sujetos



III.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra definitiva estuvo compuesta por 78 adolescentes con Fobia Social, con un número mayor de chicas (62; 79.49%) que de chicos (16; 20.51%) y una media de edad de 15.27 años (DT=0.92, rango: 14-18 años). La Tabla III.4 muestra los datos descriptivos de la muestra compuesta por los sujetos que finalizaron la intervención.

Tabla III.4. Datos descriptivos de la muestra experimental				
		FSLG (N=28)	FSMG (25)	FSGG (25)
EDAD (años) (M, DT)		15.00 (0.82)	15.32 (0.80)	15.52 (1.08)
GÉNERO (porcentajes)	HOMBRES	6 (21.4%)	3 (12)	7 (28%)
	MUJERES	22 (78.6%)	22 (88.%)	18 (72%)
CURSO ESCOLAR	3º ESO	9 (32.1%)	6 (24%)	8 (32%)
	4º ESO	11 (39.3%)	10 (40%)	7 (28%)
	1º Bach.	8 (28.6%)	9 (36%)	10 (40%)
EDAD MEDIA DE INICIO DE LA FS (M, DT)		9.82 (4.06)	9.72 (3.96)	9.73 (4.39)
DURACIÓN DEL TRASTORNO (M, D.T.)		5.57 (4.48)	6.04 (4.30)	6.13 (5.34)
NÚMERO DE SITUACIONES TEMIDAS (M, D.T.)		3.75 (1.17)	6.84 (0.99)	10.64 (0.91)
NÚMERO DE SITUACIONES DE ACTUACIÓN (M, D.T.)		0.61 (0.79)	1.28 (0.74)	2.96 (1.10)
NÚMERO DE SITUACIONES DE INTERACCIÓN (M, D.T.)		3.14 (1.04)	5.56 (1.12)	7.68 (0.94)
COMORBILIDAD	Trastorno de pánico	14.3%	16%	24%
	Agorafobia	7.1%	16%	36%
	Trastorno de ansiedad generalizada	10.7%	24%	24%
	Trastorno obsesivo-compulsivo	0%	0%	0%
	TOC de la personalidad	46.4%	48%	48%
	Fobia específica	50%	68%	76%
	Trastorno por estrés postraumático	14.3%	8%	12%
	Episodio depresivo mayor	10.7%	28%	36%
	Trastorno Distímico	32.1%	60%	48%
	Problemas relacionados con el alcohol	0%	0%	0%
	Problemas relacionados con el consumo de sustancias	0%	4%	0%
	Trastorno de personalidad por evitación	60.7%	76%	92%
Mutismo selectivo	7.1%	20%	24%	
NÚMERO TRASTORNOS COMÓRBIDOS (M, D.T.)		2.54 (1.99)	3.64 (1.87)	4.20 (2.10)
EXPECTATIVAS TRATAMIENTO (M, D.T.)		4.48 (0.80)	4.28 (1.34)	4.60 (0.96)
ABANDONOS DEL TRATAMIENTO (M, D.T.)		39.13%	48.97%	¿-?
TASA ASISTENCIA TRATAMIENTO		76.92%	77.58%	72.5

* Los datos que aparecen entre paréntesis corresponden a la desviación típica

** Los datos se refieren a la media de situaciones temidas *** Uso de cafeína y otras sustancias

III.2. DISEÑO

Con el objetivo de poner a prueba nuestras hipótesis optamos por un diseño intersujetos y multivariado, integrado por tres grupos experimentales, con medidas independientes en el factor *tratamiento* y medidas múltiples y repetidas en el factor *evaluación*. Distribuimos a los sujetos en tres grupos pertenecientes a las tres condiciones experimentales: (a) grupo de Fobia Social Levemente Generalizada, (b) grupo de Fobia Social Moderadamente Generalizada y (c) grupo de Fobia Social Gravemente Generalizada. La primera condición experimental estuvo integrada por 4 grupos de 7 sujetos, la segunda condición experimental fue conformada por 4 grupos de tratamiento, 3 de ellos formado por 6 sujetos y uno por 7 adolescentes, por último, la tercera condición experimental se formó con 4 grupos de tratamiento, 3 de ellos formados por 6 sujetos y uno por 7 adolescentes, respectivamente (véase tabla III.5). A todos los grupos se les administró el programa de tratamiento denominado IAFS (Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005), el cual se desarrolló a partir del análisis de la eficacia subjetiva de los componentes del SET-A (Olivares et al., 1998) y del CBGT-A (Albano, Marten y Holt, 1991).

Con el fin de facilitar la asistencia y contribuir a prevenir la mortandad experimental, las sesiones de tratamiento tuvieron lugar en aulas o despachos de los institutos en los cuales estudiaban los sujetos. Los sujetos fueron asignados a estos grupos en función de su disponibilidad de horarios con el fin de prevenir una fuente potencial de mortandad experimental. No se aplicó ninguna otra restricción. La tabla III.5. representa la distribución de los sujetos de las condiciones experimentales por grupos de tratamiento.

Condición experimental	Número de grupos	Tamaño del grupo	Total de sujetos
Fobia Social Levemente Generalizada (FSLG)	4	7-7-7-7	28
Fobia Social Moderadamente Generalizada (FSMG)	4	6-6-6-7	25
Fobia Social Gravemente Generalizada (FSGG)	4	6-6-6-7	25

III.3. PROCEDIMIENTO

III.3.1. EVALUACIÓN

Todos los sujetos fueron evaluados antes, durante y después del tratamiento y en dos seguimientos de los efectos del tratamiento realizados a los 6 y 12 meses de haber finalizado la aplicación del mismo. En cada período de evaluación (con excepción del realizado durante el tratamiento) se administró la versión modificada del ADIS-IV-L y los siguientes cuestionarios: SPAI, SAS-A, EDAS, SPS, SIAS, PRCS, SSPS, RAS, EA, EI y CHSPA (todos ellos descritos en el apartado III.3.1.1). Además, en los mismos momentos temporales, se efectuó la prueba observacional que aparece descrita más adelante en este mismo apartado, con el propósito de obtener medidas objetivas relativas a las habilidades sociales.

III.3.1.1. Instrumentos de evaluación

Inventario de Ansiedad y Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)

Turner, Beidel, Dancu y Stanley diseñaron este inventario en 1989. En nuestro estudio hemos empleado la traducción que aparece en el libro de Echeburúa (1995). Pese a que este instrumento fue diseñado para medir las respuestas de ansiedad social en población adulta, estudios tanto en lengua inglesa como española han demostrado su validez y fiabilidad en población adolescente (Clark *et al.*, 1994; Olivares *et al.*, 1999).

El SPAI consta de 45 ítems: 32 miden respuestas de ansiedad social y 13 evalúan respuestas agorafóbicas. El inventario sigue una escala Likert de 7 puntos (rango: 1-7). El SPAI dispone de tres puntuaciones: la puntuación de la subescala de Fobia Social, la puntuación de la subescala de Agorafobia y la puntuación Diferencia, la cual se obtiene de restar las puntuaciones de las dos subescalas. Como consecuencia de la polémica existente acerca de qué medida del SPAI es la mejor predictora del cambio terapéutico (v.gr. Taylor *et al.*, 1997), en nuestro estudio empleamos tanto la puntuación de la subescala de Fobia Social como la puntuación Diferencia. La puntuación de la subescala de Agorafobia no fue usada en los análisis estadísticos puesto que para nosotros su utilidad fue solo proporcionar un valor para ser restado a

la puntuación de la subescala de Fobia Social, y así, obtener la puntuación Diferencia, cuyo objetivo es eliminar las respuestas de ansiedad social atribuibles a la Agorafobia.

La puntuación de la subescala de Fobia Social varía entre 0 y 192 y la puntuación Diferencia entre -78 y 192. La consistencia interna es de 0.955 en ambas puntuaciones (Olivares *et al.*, 1999). La fiabilidad test-retest arroja un valor de 0.86 y 0.83 para la subescala de Fobia Social y la puntuación Diferencia, respectivamente (Olivares *et al.*, 1999).

No obstante, pese a que este inventario ha constatado su utilidad en población adolescente norteamericana sin que se hubiera modificado ningún ítem, datos de un estudio piloto en España han señalado que algunos ítems podían carecer de sentido tal como estaban formulados (Olivares, García-López *et al.*, 1999). Así, el ítem 17 “Me siento nervioso cuando hablo acerca del trabajo” puede no ser adecuado para la mayoría de los adolescentes de nuestra Región, ya que la mayoría de ellos no trabaja, por lo que se sugirió que si no se encontraban trabajando, modificaran el ítem del modo “Me siento nervioso cuando hablo acerca de los estudios”. Junto a éste, el ítem 43 “Cuando salgo de casa y acudo a lugares públicos, voy con un miembro de mi familia o algún amigo” puede llevar a confusión. Es común entre los adolescentes salir de casa con amigos (p.ej., para ir al centro educativo o dar una vuelta) o salir con alguien de la familia (p.ej., para ir a comprar ropa). Por tanto, se explicó a los alumnos que el ítem hace referencia a la imposibilidad de salir de casa si no es acompañado de alguien. De igual forma, el ítem 44 “Me siento nervioso cuando conduzco un coche” no tiene sentido en este período de edad al menos en España, ya que la edad mínima para obtener el carnet de conducir son los 18 años, siendo esta edad un criterio de exclusión en nuestro estudio. Por ello, el ítem se redactó del modo: “Me siento nervioso cuando estoy dentro de un coche”. Por otra parte, se halló que conceptos como evitación y escape suelen ser confusos para los adolescentes. Para ello, se puso un ejemplo que clarificara la distinción entre estos dos términos.

Recientemente, nuestro equipo ha llevado una investigación preliminar acerca de una versión abreviada del SPAI (Olivares, Hidalgo, García-López, Sánchez-García y Piqueras, 2004). En este estudio se administró el SPAI a una muestra formada por un

total de 1981 adolescentes de edades entre los 14 y 17 años, siendo la edad media de 15.442 años. Tras la aplicación se llevó a cabo un análisis clásico de los 32 ítems de la subescala de Fobia Social. Con la finalidad de reducir la longitud de la escala se consideró retener aquellos ítems con correlaciones ítem-test mayores de 0.60. Tras la eliminación de los ítems que no cumplían los criterios establecidos se llegó a la versión reducida del SPAI subescala de Fobia Social formada por 16 ítems. La versión abreviada del SPAI quedó constituida por 29 ítems, 16 que evalúan Fobia Social y 13 que miden Agorafobia. La correlación en la subescala de Fobia Social entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la versión original del SPAI y las puntuaciones obtenidas por éstos en la versión reducida fue de 0.98. Además, se encontró una correlación alta entre las puntuaciones de la versión breve y la puntuación total en el SPAI (0.92), y una correlación de 0.58 entre ambas versiones. Estas pautas de relación encontradas se mantuvieron independientemente del género y la edad de los adolescentes. Por lo tanto, la versión abreviada del SPAI presentó unas buenas propiedades psicométricas, además disminuyó significativamente el tiempo de administración, lo que resulta especialmente útil para su aplicación en contextos comunitarios.

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents; SAS-A*, La Greca y Lopez, 1998)

La Greca y López (1998) han creado esta escala con el objeto de disponer de un instrumento de evaluación específico para medir la ansiedad social en adolescentes. Su validez y fiabilidad como instrumento de evaluación para población española ha sido demostrada por Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999 y Ruiz, Olivares, Hidalgo y García-López, 2000. Olivares *et al.* (1999) confirmaron la existencia de la estructura trifactorial propuesta por La Greca y López (1998), la cual está compuesta por: (a) la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE), (b) la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAD-Extraños) y (c) la subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-General). Estas tres subescalas junto con la puntuación Total de la escala, resultante de la suma de las subescalas, han sido las utilizadas para medir el cambio terapéutico en nuestro estudio. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de cinco puntos (rango: 1-5). Los rangos de las puntuaciones

son: 8-40, 6-30, 4-20 y 18-90 para las subescalas FNE, SAD-Extraños, SAD-General y la puntuación Total, respectivamente. La consistencia interna ha obtenido un valor de 0.94 en el FNE, 0.87 en la SAD-Extraños, 0.80 en la SAD-General y 0.91 en la puntuación Total (Olivares *et al.*, 1999). La fiabilidad test-retest ha sido de 0.83, 0.78, 0.75 y 0.86 para las subescalas FNE, SAD-Extraños, SAD-General y la puntuación Total, respectivamente (García-López *et al.*, 1999).

Recientemente, Piqueras, Olivares, Hidalgo, Ruiz y Sánchez-García (2004) han informado de las propiedades psicométricas de la adaptación española de la SAS-A con una muestra amplia de adolescentes españoles. Así, se vuelve a confirmar que esta escala se muestra eficaz tanto para detectar sujetos adolescentes con Fobia Social en población comunitaria como para medir el cambio terapéutico.

Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS)

Esta escala fue creada por Olivares y García-López en 1998. La construcción de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) se debe a la inexistencia en aquél momento de un instrumento para población española que nos permitiera detectar de forma breve, rápida, válida y fiable a adolescentes y adultos con ansiedad social y alta probabilidad de cumplir los criterios requeridos por la APA (1994, 2000) para el diagnóstico de Fobia Social o trastorno por ansiedad social.

Se trata de un nuevo autoinforme desarrollado para evaluar la ansiedad social en la adolescencia. La escala se compone de 26 ítems y una escala de respuesta de 5 puntos. Ya existen datos preliminares de las propiedades psicométricas de la escala (Olivares *et al.*, en prensa; Olivares, García-López, Piqueras *et al.*, 2004; Olivares, Piqueras y Sánchez-García, 2004). El análisis factorial exploratorio aisló 2 factores: Ansiedad Social e Interferencia, los cuales explicaron el 40.52% de la varianza. La consistencia interna fue alta (0,92). No se encontraron diferencias significativas debidas al sexo, a la edad y a la interacción sexo x edad, a excepción del efecto debido al género en la subescala de Ansiedad Social, mostrando las chicas una puntuación mayor que los chicos. Los resultados apoyan la fiabilidad y validez de la EDAS en la evaluación de la ansiedad social en adolescentes españoles.

En resumen, esta escala se encuentra en la primera fase de validación. Los resultados que hemos aportado resultan prometedores en cuanto a las excelentes propiedades psicométricas de este instrumento, que habrán de ser contrastadas mediante nuevos estudios de validación tanto en nuestro contexto cultural como en poblaciones diferentes y por equipos de investigación independientes. Sus principales aplicaciones son detectar adolescentes con ansiedad social de manera rápida y orientar en la planificación de programas de tratamiento eficientes.

Escala de Fobia Social (*Social Phobia Scale*; SPS, Mattick y Clarke, 1998).

Esta escala fue desarrollada por Mattick y Clarke (1989) de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R para la fobia social con el objeto de evaluar los aspectos referidos a la ansiedad de actuación (p.ej., hablar o comer ante otras personas).

La escala contiene 20 ítems que se valoran mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (rango 0-4). Las propiedades psicométricas indican un coeficiente alfa de 0.89 (Mattick y Clarke, 1993). Estos autores informan también de un coeficiente de correlación test-retest superior a 0.90 durante periodos de 1 a 3 meses.

Con respecto a la validez concurrente Heimberg, Mueller, Holt, Hope y Liebowitz (1992) informan de una considerable correlación con la ansiedad de actuación. En la misma línea, Cox *et al.* (1998) de correlaciones altas con la subescala de ejecución de la LSAS o con el tiempo empleado en una prueba de hablar en público (Ries *et al.*, 1998).

Respecto a la validez discriminante, se ha encontrado que el SPS obtiene puntuaciones más altas en sujetos con Fobia Social que los sujetos de los grupos control (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick y Clarke, 1998) y que identifica por tanto a sujetos con Fobia Social al menos en un 76% (Brown *et al.*, 1997). Asimismo, identifica correctamente a sujetos sin Fobia Social en un 72%, siendo la eficacia media de un 73%. Más recientemente Peters ha informado además que el SPS permite discriminar entre sujetos con Fobia Social y sujetos diagnosticados de trastorno de pánico con o sin agorafobia.

La unidimensionalidad de la escala ha sido estudiada tanto por los propios autores (Mattick y Clarke, 1998) como por nuestro equipo (Olivares, García-López e Hidalgo, 2000), además de informar de una excelente fiabilidad en población española.

La inclusión de este instrumento, así como del SIAS, objeto de nuestra próxima atención, fue el que varios estudios indicasen la sensibilidad al cambio terapéutico de ambas escalas (Cox *et al.*, 1998; Mattick y Peters, 1988; Mattick *et al.*, 1989; Ries *et al.*, 1998).

Escala de Ansiedad ante las Interacciones Sociales (*Social Interaction Anxiety Scale*; SIAS, Mattick y Clarke, 1998).

Al igual que el SPS, esta escala fue desarrollada por Mattick y Clarke (1989), en esta con la finalidad de evaluar las respuestas de ansiedad en las interacciones sociales. La escala contiene 20 ítems en 3 de los cuales ha de invertirse la puntuación para su valoración (ítems número 5, 9 y 11). La escala obtiene según informan los autores (Mattick y Clarke, 1998) un coeficiente alfa de 0.93 y un coeficiente de correlación test-retest de 0.90 durante periodos de 1 y 3 meses.

Respecto a la validez concurrente, Heimberg, Mueller, Holt, Hope y Liebowitz (1992) han encontrado que la escala se relaciona con medidas de interacción social. Por otro lado Cox *et al.* (1998) señalan que el SIAS correlaciona con las subescalas del LSAS y Ries *et al.* (1998) muestran que se correlaciona con los pensamientos positivos y negativos que se generan durante una prueba observacional consistente en iniciar y mantener conversaciones.

En lo que se refiere a la validez discriminante se ha encontrado que el SIAS obtiene puntuaciones más altas en sujetos con Fobia Social que los sujetos de los grupos control (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick y Clarke, 1998; Rapee, Brown, Antony y Barlow, 1992) y que identifica por tanto a sujetos con Fobia Social al menos en un 86% (Brown *et al.*, 1997). Asimismo, identifica correctamente a sujetos sin Fobia Social en un 70%, siendo la eficacia media de un 75%.

La unidimensionalidad de la escala, al igual que el SPS, ha sido estudiada tanto por los propios autores (Mattick y Clarke, 1998) como por nuestro equipo (Olivares,

García-López e Hidalgo, 2000), además de informar de una excelente fiabilidad en población española.

También, igualmente que en el caso del SPS, lo que nos motivó a su utilización fue el que varios estudios indicasen la sensibilidad al cambio terapéutico de ambas escalas (Cox *et al.*, 1998; Mattick y Peters, 1988; Mattick *et al.*, 1989; Ries *et al.*, 1998).

Cuestionario de confianza para hablar en público (*Personal Report of Confidence as Speaker, PRCS*; Paul, 1966).

Paul (1966) desarrolló este cuestionario, siendo adaptado y modificado posteriormente por Bados (1986). Este último autor realizó dos modificaciones en el PRCS: (a) omitió la referencia a la charla más reciente y (b) sustituyó el formato verdadero-falso por una escala Likert de 6 puntos. Aunque disponíamos de esta excelente adaptación, nos decantamos finalmente por la escala original por un único motivo: poder comparar los resultados de nuestro estudio con los de los trabajos publicados en lengua inglesa. Varios estudios han encontrado una consistencia interna alta de esta escala así como su validez para poblaciones clínicas (Klorman, Weerts, Hastings, Melamed y Lang, 1974; Lombardo, 1988).

Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público (*Self-Statements During Public Speaking, SSPS*; Hoffman y DiBartolo, 2000).

La construcción de este instrumento fue efectuada por Hofmann y DiBartolo (2000) con la finalidad de paliar la carencia de este tipo de pruebas cuando un sujeto se somete a una actuación ante una audiencia, e intenta medir las autoafirmaciones del sujeto y el grado de malestar experimentado mientras habla en público. Está basado en el SISST de Glass *et al.* (1982), se compone de 10 ítems que se puntúan según una escala de Likert de 6 puntos (rango 0-5) los cuales se dividen en dos subescalas: la SSPS-N que contiene 5 ítems con autoafirmaciones negativas y la SSPS-P que contiene 5 ítems con autoafirmaciones positivas. Para poner a prueba el instrumento, los autores efectuaron 4 estudios, tres de ellos con estudiantes y uno con sujetos afectados por el Fobia Social obteniendo la estructura factorial mencionada de las subescalas positiva y negativa, así como una buena consistencia interna (que

oscila entre un coeficiente alfa de 0,75 y 0,84 para la escala positiva y entre un alfa de 0,83 y 0,86 para la escala negativa, según los estudios), así como una buena fiabilidad test-retest (coeficiente Kappa que oscila entre 0,76 y 0,79 dependiendo de los cuatro estudios realizados por los autores).

Escala de Autoestima (*Society and Adolescent Self Image, SASI*; Rosenberg, 1965).

Rosenberg (1965) desarrolló este instrumento con el objeto de evaluar el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems que siguen una escala Likert de cuatro puntos, cinco formulados en sentido positivo y cinco en sentido negativo, con el fin de controlar la aquiescencia. El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 (a mayor puntuación, mayor autoestima). En población adulta, la fiabilidad test-retest es de 0.85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0.92. Recientemente Guillén, Quero, Baños y Botella (1999) han informado acerca de sus propiedades psicométricas y su utilidad como instrumento de evaluación en población española. Sin embargo, se desconocen las propiedades psicométricas de esta escala en población adolescente. La traducción al español de esta escala viene recogida en Echeburúa (1995).

Escala de Asertividad (*Rathus Assertiveness Schedule, RAS*; Rathus, 1973)

Esta escala mide el comportamiento social autoafirmativo del sujeto, o dicho de otro modo, la capacidad que tienen los sujetos para defender sus derechos. Fue construida en 1973 por Rathus y consta de 30 ítems que oscilan entre una puntuación de +3 (muy característico de mí) hasta -3 (muy poco característico de mí). El rango de las puntuaciones es de -90 a +90, con un punto de corte de 0 (una puntuación positiva indica un mayor nivel de asertividad). El coeficiente de consistencia interna y la fiabilidad test-retest variaron entre 0.73 y 0.86 y de 0.58 a 0.80, respectivamente (c.f. Echeburúa, 1995). De esta misma referencia se obtuvo la traducción de esta escala. Pese a que algunos autores han demostrado su utilidad para medir el cambio terapéutico, hasta la fecha no se dispone de datos acerca de sus propiedades en población adolescente española.

Escala de Inadaptación (EI, Echeburúa y Corral, 1987)

Echeburúa y Corral (1987) crearon este instrumento para evaluar el grado en el que un trastorno puede afectar a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Los ítems se puntúan según una escala Likert de 6 puntos (rango: 1-6). El rango total de la escala es de 6 a 36 (a mayor puntuación, mayor grado de desadaptación). Los autores proponen un punto de corte de 12 puntos indicando que además se correspondería con un punto de corte de 2 en cada ítem. Asimismo aseguran sus autores que la eficacia diagnóstica de cada ítem es superior al 90%. Esta escala está publicada en Echeburúa (1995). Un trabajo reciente ha mostrado las propiedades psicométricas de esta escala en población adulta española (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) en concreto, una fiabilidad de 0.94 con el coeficiente alfa de Cronbach.

Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (CHSPA)

Méndez, Martínez, Sánchez e Hidalgo (1995) construyeron este instrumento con el objeto de disponer de un índice que permitiera discriminar entre sujetos con habilidades sociales y aquellos con un déficit en éstas. Consiste en 160 ítems que se dividen en cuatro áreas sociales en las que los adolescentes suelen pasar la mayoría de su tiempo: el instituto, los amigos, la familia y la calle. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de cinco puntos que varían entre 0 (ninguna dificultad) y 4 (máxima dificultad). La consistencia interna y la fiabilidad test-retest para la puntuación total de la escala es de 0.94 y 0.84, respectivamente (Inglés, Martínez, Méndez e Hidalgo, 1998). En un trabajo reciente García-López *et al.* (2000) han encontrado una fiabilidad test-retest de 0.83, muy similar a la obtenida por Inglés *et al.* (1998).

Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Versión, ADIS-IV-L; DiNardo et al., 1994*).

El ADIS-IV-L es una entrevista semiestructurada diseñada para establecer diagnósticos fiables de los trastornos de ansiedad, estado de ánimo, somatiforme, y trastornos relacionados con sustancias, según el DSM-IV, y para detectar la presencia de otras categorías clínicas (v. gr., trastornos psicóticos). El ADIS es una revisión

extensa del ADIS-R. Además, para lograr una actualización de los criterios del DSM-IV, el ADIS-IV-L permite la evaluación de los trastornos a lo largo del ciclo vital y una línea del tiempo diagnóstica que fomenta la determinación del inicio, remisión y secuencia temporal de los trastornos actuales y a lo largo de la vida. Además, en diversas secciones del ADIS-IV-L, las escalas permiten puntuaciones dimensionales (0-8) de las características del trastorno, independientemente de si un trastorno del DSM-IV ha sido diagnosticado o no. Por ejemplo, esto ocurre en la sección de FS, donde se presentan las puntuaciones / escalas de miedo y evitación de 13 situaciones sociales (véase Brown, Di Nardo, Lehman y Campbell, 2001 o Di Nardo et al., 1994).

Los resultados iniciales con pacientes ambulatorios americanos proporcionaron apoyo a la fiabilidad de la mayoría de trastornos emocionales del DSM-IV evaluados por el ADIS-IV-L, indicando fiabilidad entre buena y excelente para la mayoría de categorías del DSM-IV (Brown et al., 2001). Olivares y García-López (2000) hallaron un nivel adecuado de acuerdo inter-evaluadores para los trastornos de ansiedad, estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias en una muestra de sujetos adolescentes españoles ($k \geq 0.75$); estos resultados informan que esta entrevista parece mostrarse como un instrumento válido y fiable para la evaluación de trastornos de ansiedad en población adolescente española.

Respecto a la sección de Fobia Social del ADIS-IV-L, Di Nardo, Brown y Barlow (1994) incluyeron esta sección tanto para establecer un diagnóstico de Fobia Social en base a los criterios del DSM-IV como para realizar la historia clínica del sujeto. La sección de FS del ADIS-IV-L evalúa la FS actual y pasada a través de la evaluación del miedo y evitación en diferentes situaciones sociales. La sección FS incluye trece ítems, cuatro de ellos describen situaciones de actuación social (hablar en frente de un grupo/charla formal; escribir en público: firmar cheques, rellenar formularios; comer o beber en público y usar aseos públicos) y nueve son situaciones sociales interpersonales (ir a fiestas, participar en reuniones o en clase, hablar a personas que son consideradas figuras de autoridad, etc.). Cada elemento se puntúa separadamente en la intensidad del miedo usando una escala tipo Likert de 9 puntos que oscila de 0 a 8 (0 = nada de miedo, 8 = miedo muy intenso) y para el

grado de evitación (Escala de 0 a 8; 0 = nunca evita, 8 = siempre evita). Por lo tanto, las puntuaciones de intensidad del miedo y la frecuencia de evitación pueden ser sumadas a través de todas las situaciones permitiendo una puntuación de miedo total/global y evitación total/global. La severidad percibida por el adolescente se evalúa mediante las escalas de malestar e interferencia mediante una escala de 0 a 8 puntos, donde 0 es nada y 8 es muy severo.

En definitiva, esta sección consta de 13 ítems que miden situaciones bien sea de interacción o bien de actuación social. Cada ítem se valora en función del miedo y evitación que presenta el sujeto ante esa situación.

Prueba observacional

Dado que uno de los objetivos era disponer de una herramienta objetiva que nos permitiera evaluar las habilidades sociales básicas (iniciar y mantener conversaciones), así como las habilidades específicas para hablar en público, se diseñó y se adaptaron instrumentos que permitieran un análisis tanto molar como molecular de las habilidades que poseía el sujeto.

Así, la prueba observacional consistió en dos *role-playings*. En el primero, los sujetos debían iniciar y mantener una conversación con una persona desconocida durante un tiempo de tres minutos. Para ello empleamos a una serie de colaboradores, los cuales habían sido entrenados para mantener una postura neutra, indicándoseles que no debían ser ellos quienes iniciaran o mantuvieran la conversación, o dicho de otro modo, quienes llevaran el peso de la conversación, sino que debían ser los sujetos experimentales quienes tenían que hacerlo. La segunda prueba tenía como objetivo evaluar las habilidades de los sujetos para hablar en público. Durante cinco minutos el sujeto tenía que dar una charla improvisada sobre un tema a elegir entre cinco: Internet, los teléfonos móviles, deportes, el instituto y la prensa del corazón (incluidos programas de Tv. de este tipo). El auditorio estaba formado por tres personas, previamente entrenadas para permanecer atentas ante la charla pero sin proporcionar refuerzo social contingente a la exposición (movimientos de aprobación con la cabeza, breve sonrisa placentera, etc.). Pese a que el tiempo máximo era de cinco minutos, de acuerdo con trabajos previos (véase Turner *et al.*, 1986), se

informó a los sujetos que podían detener su exposición a los tres minutos si así lo deseaban.

A continuación transcribimos las instrucciones para la tarea de la conversación:

Seguidamente vas a realizar una tarea que nos ayudará a evaluar tu ansiedad cuando tienes que iniciar y mantener una conversación con una persona desconocida. La tarea consiste en que converses con una persona que dentro de unos segundos te vamos a presentar. El tiempo será de 3 minutos. Tu interlocutor tiene instrucciones de que eres tú quien llevará el peso de la conversación. Si te detienes, tu interlocutor está entrenado para esperar que seas tú quien reinicie la conversación. En caso de que no lo hagas, esperaríamos a que finalizasen los 3 minutos. ¿Tienes alguna pregunta antes de empezar?

Las instrucciones para la tarea de la charla fueron como siguen:

A continuación vas a realizar una tarea que nos ayudará a evaluar tu ansiedad cuando tienes que hablar en público. La tarea consiste en que des una charla improvisada de un máximo de 5 minutos ante un grupo de 3 personas, de las cuales una seré yo. La charla debe durar como mínimo 3 minutos. En ese momento yo levantaré mi mano derecha y si quieres continuar hasta los 5 minutos, mejor, pero si deseas parar ahí puedes hacerlo. Si te detienes antes de los 3 minutos obligatorios, te pediremos que continúes. Los miembros que componen la audiencia que te estarán escuchando no te preguntarán ni dirán nada, tan sólo se limitarán a escucharte. Los temas para la charla son cinco. Puedes elegir el que quieras, pero ten en cuenta que sólo podrás hablar del tema que hayas elegido. Ahora te voy a decir los temas propuestos y a partir de entonces tendrás 3 minutos para decidir de qué vas a hablar y prepararte para la charla. Para ello te entregaré un folio por si deseas hacer un esquema o anotaciones acerca del tema que vas a exponer. Antes de decirte los temas y acompañarte a la sala contigua a ésta para que te prepares, ¿tienes alguna pregunta?

A modo de resumen, cada sujeto realizaba dos pruebas observacionales: una relativa a la evaluación de sus habilidades sociales (iniciar y mantener conversaciones) y otra respecto a la valoración de las habilidades para hablar en público. La actuación del sujeto en cada una de las pruebas fue analizada en función de los componentes: tiempo de habla, tiempo mirando a los ojos del interlocutor y número de pausas ocurridas durante la actuación del sujeto en las dos situaciones, entrevista y discurso.

El tiempo de habla y la cantidad de tiempo mirando a los ojos del interlocutor son dos medidas cuantitativas que han demostrado ser indicadores claros de “habilidad social” (Caballo, 1993, 1995; Caballo y Buela, 1988). Por otro lado, tal como indica Caballo (1995), las correlaciones entre las medidas de ansiedad social y las referentes a las habilidades sociales aún no siendo muy significativas, nos

permiten utilizar este medio de evaluación conductual como medida de las diferencias cuantitativas experimentadas por los sujetos entre dos momentos temporales. Es por este motivo por el cual se decidió la utilización de esta prueba.

La actuación del sujeto fue filmada y posteriormente analizada en función de las siguientes variables: (a) mirada, operacionalizada como la cantidad de segundos que el sujeto mantiene el contacto ocular con su interlocutor; (b) tiempo hablado, o porcentaje de tiempo que el sujeto habla con su interlocutor; y (c) fluidez, definida como (i) número de pausas igual o menores de dos segundos y (ii) número de pausas mayores de dos segundos.

Las grabaciones fueron visualizadas y codificadas en función de las variables anteriormente nombradas por dos observadores independientes estudiantes de 5º de Psicología previamente entrenados. Las correlaciones interjueces obtenidas en cada una de las variables se presentan en la Tabla III.6. Como puede observarse todas son superiores a 0.80.

Tabla III.6. Correlación Inter-jueces para cada una de las variables dependientes

VARIABLES		r_{xy}
Mirada		0.90
Tiempo Hablado		0.93
Fluidez	Pausas \leq 2 segs.	0.85
	Pausas $>$ 2 segs.	0.90
	Repeticiones	0.86

r_{xy} : Coeficiente de Correlación de Pearson

Como ya se ha comentado, nuestro equipo de investigación ha venido utilizando como medida de cambio terapéutico esta prueba observacional. Piqueras, Olivares, Rosa, Sánchez-García y Amorós (2004) aportaron datos de la utilidad de la prueba consistente en iniciar y mantener una conversación con una persona desconocida durante unos tres minutos para medir el cambio terapéutico de la Fobia Social. Las correlaciones interjueces obtenidas en cada una de las variables fueron superiores a

0.80. Los datos obtenidos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en todos los grupos de sujetos y en todas las variables estudiadas, excepto en la variable “repeticiones”.

III.3.1.2. Evaluación de los efectos del tratamiento

Evaluación antes del tratamiento (Pretest)

Se llevó a cabo en dos momentos temporales: (1) Tres semanas antes del inicio del tratamiento (durante el mes de Enero de 2002) se administró la entrevista semiestructurada ADIS-IV y el SPAI, SAS-A, EDAS, SPS, SIAS, PRCs, SSPs, la Escala de Autoestima, la Escala de Asertividad, la Escala de Inadaptación y el CHSPA a aquellos sujetos que en la fase de detección (durante los meses de Octubre y Noviembre de 2001) superaron los puntos de corte del SPAI y la SAS-A. (2) Después de la reunión informativa, una semana antes de la primera sesión del tratamiento (la primera semana de Febrero de 2002), se realizó la prueba observacional con los sujetos que habían sido diagnosticados con FSLG, FSMG y FSGG y que habían presentado el consentimiento de sus padres o tutores.

Evaluación al finalizar el tratamiento (Postest)

La semana siguiente a la terminación del tratamiento (durante el mes de Junio de 2002) se volvió a administrar la entrevista y los cuestionarios ya aplicados en el pretest. También se volvieron a aplicar las dos pruebas observacionales.

Evaluación después de la intervención (Seguimientos)

A los seis (Diciembre de 2002) y doce meses después de la finalización de la intervención (Junio de 2003) se realizó otra evaluación en la cual se administró nuevamente la entrevista y los nueve cuestionarios. En esta ocasión no se pudo llevar a cabo la prueba observacional por limitaciones de espacio y tiempo en los centros educativos.

III.3.2. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO IAFS (Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005)

El Protocolo IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*; Olivares, García-López et al., 2005) fue desarrollado a partir del IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*; Olivares y García-López, 1998). Este protocolo ha venido siendo reiteradamente aplicado tanto a adolescentes entre los 14-18 años en su formato IAFS como a jóvenes adultos (18-21 años) en el formato IJAFS (Olivares, Piqueras y Rosa, 2004). El Protocolo IAFS (Intervención en Adolescente con Fobia Social --véase Olivares, García-López et al., 2005--) consta de 12 sesiones en grupo de 90 minutos de duración y periodicidad semanal. Al finalizar las sesiones en grupo se proporciona tareas para casa a los sujetos, consistentes en exposiciones en vivo ante contextos naturales y relativas al contenido de la sesión que se hubiera trabajado. Los sujetos disponen semanalmente de un horario para las consultas individuales con su terapeuta en las que pueden planificar tareas de autoexposición o bien ahondar en los contenidos vistos en las sesiones en grupo. El tiempo destinado a la tutoría es de dos horas semanales, distribuidas según un programa flexible que se articula en razón del número de sujetos que solicitan voluntariamente consulta para esa semana. En el caso que nos ocupa la periodicidad fue semanal y el tiempo empleado de 30 minutos/semana.

La finalidad del IAFS es exponer a los sujetos a situaciones sociales temidas utilizando para ello su entrenamiento en habilidades sociales y en técnicas de reestructuración cognitiva, mediante la realización de actividades grupales que luego se complementa con la práctica individual en contextos naturales (tareas para casa) de lo entrenado en el contexto grupal.

El Protocolo IAFS consta de cuatro componentes principales. El *Educativo*, en el que se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la Fobia Social, se planifican las conductas-objetivo (individuales) y se examinan las expectativas que tienen los sujetos tanto para el tratamiento como para cada una de las conductas-objetivo propuestas en por cada sujeto. El segundo es el relativo al *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, el cual integra contenidos tales

como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades o el entrenamiento en hablar en público. Así mismo, al igual que en otros paquetes de tratamiento (SET, SET-C e IAFS), también se incluyen ejercicios de flexibilidad cognitiva dirigidos a entrenar al sujeto en la génesis de alternativas. El tercer componente es la *Exposición*. El IAFS dedica diez de las doce sesiones que lo integran a que el sujeto se exponga tanto en el contexto del grupo de entrenamiento, en el ámbito clínico, como de manera guiada a situaciones similares a las que ya ha practicado, pero ahora en contextos naturales. Así, por ejemplo, para la exposición en el contexto clínico a situaciones como iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo o del sexo opuesto se emplea como coterapeutas a personas desconocidas para el sujeto, con las que el sujeto tiene que relacionarse. Los coterapeutas son especialmente entrenados en un conjunto de situaciones de alta frecuencia de ocurrencia para sepan como han de actuar a fin de que no sean ellos los que lleven el peso de la relación. La exposición se complementa con el uso de la retroalimentación audiovisual, a la que se une el *feedback* de los compañeros. El cuarto componente lo integra la *reestructuración cognitiva*. Se utiliza en él una combinación de la Terapia Cognitiva de Beck y la TRE Ellis. Por último, se incluyen algunas técnicas para potenciar la eficacia de la intervención, tales como el entrenamiento en focalización atencional, consistente en mostrar al sujeto a centrar su atención en las señales facilitadoras internas y externas frente al recurso a las señales amenazadoras provenientes del contexto externo y de las propias sensaciones físicas internas. Otro procedimiento empleado es el videofeedback a lo largo de todas las sesiones de tratamiento y la práctica programada.

Además, el IAFS incluye instrucciones de cara a la prevención de recaídas, haciendo especial hincapié en identificar las situaciones de alto riesgo en las que los sujetos pueden experimentar ansiedad y deseos de emitir respuestas de evitación y/o escape. De igual modo, se analizan las situaciones sociales que aún generan ansiedad y se discute la importancia de continuar exponiéndose a ellas.

En la Tabla III.7. presentamos un índice del contenido de las sesiones grupales.

Tabla III.7. Contenidos sesión a sesión del tratamiento IAFS	
SESIÓN	CONTENIDO DE LAS SESIONES EN GRUPO
1	Fase educativa. Normas del programa Modelo explicativo del constructo ansiedad social Entrenamiento en focalización atencional.
2	Terapia cognitiva de Beck y Ellis. Entrenamiento en focalización atencional (continuación)
3	Iniciar y mantener conversaciones. Terapia cognitiva de Beck y Ellis (continuación) Uso del videofeedback *
4	Atender y recordar. Iniciar y mantener conversaciones (continuación)
5	Entrenamiento en Asertividad
6	Exposición (Situación: Iniciar y mantener conversaciones). Entrenamiento en Asertividad (continuación)
7	Dar y recibir cumplidos. Establecer y mantener amistades
8	Exposición (Interacciones con personas del sexo opuesto). Asertividad (continuación).
9	Hablar en público I: Habilidades verbales y no verbales Exposición.
10	Exposición (Hablar en público II). Cómo iniciar, desarrollar y concluir una charla
11	Exposición (Hablar en público III). Uso del videofeedback
12	Exposición (Hablar en público IV). Prevención de Recaídas

* El uso del videofeedback se hace extensible a la totalidad de sesiones a partir de la tercera.

A continuación describimos brevemente el contenido de las sesiones:

Sesión 1. Se trata de una sesión inminentemente informativa/educativa en la que se proporcionan las normas de funcionamiento del programa, se entregan los horarios y teléfonos de interés, se explica el concepto de ansiedad social y el modelo relativo a la génesis, desarrollo y mantenimiento de la Fobia Social; así mismo, se introduce y comenta la relevancia de las tareas para casa entre otras cuestiones, se les entrega y explica el contenido y la función de una cinta de vídeo que contiene una grabación en la que aparece una audiencia grabada (simbólica), la cual se utiliza para que el sujeto, frente a su televisor, realice el entrenamiento de la focalización de la atención a señales facilitadoras propias de la situación de hablar en público, mientras en la pantalla aparece la audiencia grabada.

Sesión 2. Se entrena al sujeto en técnicas de reestructuración cognitiva (combinación de elementos de las terapias de Beck y Ellis). Para ello se explican los conceptos y el papel de los pensamientos negativos y las distorsiones cognitivas. Posteriormente se generan alternativas relativas a cómo interpretar y actuar en situaciones ansiosas.

También se escenifica la manera de aprender a controlar los pensamientos irracionales mediante la identificación, el sometimiento a prueba y la sustitución por pensamientos racionales. Después se realizan ensayos individuales de la manera de controlar los pensamientos irracionales.

Sesiones 3-8. Simultáneamente a las anteriores estrategias terapéuticas, a partir de la tercera sesión se realizan sesiones grupales de entrenamiento en habilidades sociales para exponerse a situaciones de iniciar y mantener conversaciones con personas del mismo y de distinto sexo (utilizando coterapeutas cómplices del terapeuta y desconocidos para el sujeto), y entrenamiento en asertividad, como por ejemplo, el dar y recibir cumplidos y no ceder.

Sesión 9-12. Finalmente, se entrena a los sujetos para hablar en público (exposición oral frente a otros compañeros y terapeutas, filmadas para proporcionar *feedback* audiovisual junto al de los compañeros). El uso del *feedback* audiovisual tiene lugar en 9 de las 12 sesiones que integran el tratamiento (sesiones 3-12). En la última sesión se incluye un apartado relativo a la prevención de “recaídas”.

III.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

III.4.1. Equivalencia inicial de los grupos

Con el fin de comprobar la homogeneidad de los grupos antes del inicio del tratamiento se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) con las variables numéricas y un Análisis de Tablas de Contingencia con las variables de naturaleza categórica.

Respecto a la homogeneidad de los grupos en el pretest, los resultados pusieron de manifiesto que no existían diferencias significativas en las variables sociodemográficas {edad [F(2,75)=2.229, p=0.11], sexo [$\chi^2(2)$ = 1.985, p=0.371], edad de inicio [F(2,75)=0.005, p = 0.995], duración del trastorno [F(2,75)=0.100, p=0.905], curso académico [$\chi^2(4)$ = 1.536, p=0.820] }, ni en las expectativas hacia la

terapia o grado de motivación de los sujetos hacia el tratamiento [$F(2,74)=0.593$, $p=0.55$].

Respecto a los trastornos asociados a la Fobia Social, no hallamos diferencias significativas entre las condiciones experimentales en las tasas para el trastorno de pánico [$\chi^2(2) = 0.941$, $p=0.625$], el trastorno de ansiedad generalizada [$\chi^2(2)= 2.040$, $p=0.361$], la Fobia Específica [$\chi^2(2)= 4.123$, $p= 0.127$], el mutismo selectivo [$\chi^2(2)= 2.997$, $p=0.224$], el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [$\chi^2(2)= 0.018$, $p=0.991$], el trastorno por estrés postraumático [$\chi^2(2)= 0.519$, $p=0.771$], el episodio de depresión mayor [$\chi^2(2)= 4.848$, $p=0.089$], el trastorno distímico [$\chi^2(2)= 4.175$, $p= 0.124$] y el uso de sustancias tóxicas [$\chi^2(2)= 2.148$, $p= 0.342$]. De igual forma no se hallaron diferencias en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Abuso/Dependencia de Alcohol, dado que no se diagnosticaron estos problemas en ninguno de los grupos que formaron parte de nuestra investigación. Sin embargo, si se hallaron diferencias significativas en las tasas de comorbilidad con: la agorafobia [$\chi^2(2) = 7.328$, $p = 0.026$], el trastorno de personalidad por evitación [$\chi^2(2)= 7.019$, $p=0.030$] y en el número de trastornos comórbidos diagnosticados mediante el ADIS-IV [$F(2,75)=4.873$, $p=0.010$].

En relación con las medidas de autoinforme, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de los instrumentos de evaluación utilizados y en sus subescalas (véase Tabla III.8).

En cuanto a los resultados del ANOVA respecto de los datos proporcionados por la prueba observacional relativa a “Iniciar y mantener una conversación”, como puede observarse en la Tabla III.9., los análisis muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables observadas, a excepción de la variable “mirada”. De igual forma, los resultados del ANOVA relativos a la segunda de las pruebas observacionales, “Charla o Discurso”, como puede observarse en la Tabla III.10., los análisis muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables observadas, a excepción de la variable “mirada”.

Tabla III.8. Equivalencia de los grupos en el pretest

AUTOINFORMES	g.l.	F	p
SPAI-Fobia Social	(2,75)	18.994	.000
SPAI-DIFERENCIA	(2,75)	15.728	.000
EDAS-ANSIEDAD	(2,75)	14.350	.000
EDAS-INTERFERENCIA	(2,75)	5.356	.007
EDAS-TOTAL	(2,75)	12.661	.000
FNE-SASA	(2,75)	5.998	.004
SAD-G/SASA	(2,75)	9.501	.000
SAD-N/SASA	(2,75)	9.962	.000
TOTAL/SASA	(2,75)	11.277	.000
SPS	(2,75)	16.785	.000
SIAS	(2,75)	12.750	.000
PRCS	(2,75)	2.438	.094
SSPS	(2,75)	6.020	.004
RAS	(2,75)	15.782	.000
SASI	(2,75)	5.178	.008
EI	(2,75)	8.690	.000
CHSPA	(2,75)	11.483	.000

Tabla III.9. Equivalencia de los grupos en el pretest: Iniciar y Mantener una Conversación

VARIABLES	g.l.	F	p
Mirada	(2,75)	6.044	0.004
Tiempo Hablado	(2,75)	2.946	0.059
Pausas ≤ 2 segs.	(2,75)	0.989	0.377
Pausas > 2 segs.	(2,75)	2.183	0.120
Repeticiones	(2,75)	0.089	0.915

Tabla III.10. Equivalencia de los grupos en el pretest: Dar una charla improvisada

VARIABLES	Df	F	P
Mirada	(2,75)	4.295	0.017
Tiempo Hablado	(2,75)	2.873	0.063
Pausas ≤ 2 segs.	(2,75)	0.031	0.970
Pausas > 2 segs.	(2,75)	0.326	0.723
Repeticiones	(2,75)	1.224	0.300

III.4.2. Procedimientos estadísticos utilizados

Para la descripción de la muestra se llevaron a cabo análisis descriptivos basados en medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes. Después, se utilizaron Análisis de Varianza (ANOVAs) para las variables numéricas y Análisis de Tablas de Contingencia para las variables de naturaleza categórica con la intención de comprobar la homogeneidad de los grupos antes del inicio del tratamiento. De esta forma, se contrastó la existencia de homogeneidad entre los sujetos que formaron parte de las condiciones experimentales en algunas de las variables consideradas (las variables sociodemográficas, la motivación para el tratamiento, la tasa de comorbilidad con otros trastornos y las variables registradas en las pruebas de observación), pero no en otras en las que sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres condiciones experimentales (así, la tasa de comorbilidad con la Agorafobia, el trastorno de personalidad por evitación y el número de trastornos comórbidos, las puntuaciones en los autoinformes empleados como variables dependientes y la variable “mirada” medida en las tares de observación).

Como recuerdan Bados, García-Grau y Fusté (2003), los resultados de los diferentes estudios indican que tanto el tratamiento conductual como el cognitivo-conductual de la fobia social consiguen resultados estadísticamente significativos y tamaños del efecto que oscilan de moderados a altos, según las medidas considerados. Esta información, sin embargo, es totalmente insuficiente para evaluar el impacto real que tiene la intervención en la vida diaria del cliente y de las personas de su entorno (Kazdin, 1999). Por tanto es necesario valorar el grado en que el cambio conseguido por el cliente se acerca al cambio requerido para que pueda funcionar de forma adecuada en los diferentes ámbitos de su vida. En este sentido, es posible que un tratamiento sea estadísticamente más eficaz que otro, pero que en realidad ninguno de los dos promueva cambios relevantes en el funcionamiento psicosocial de los clientes. Asimismo, aunque es más probable que un tamaño del efecto grande sea clínicamente significativo en comparación a uno pequeño, puede no serlo en absoluto cuando el cambio conseguido es insuficiente. Según Ogles, Lunnen y Bonesteel (2001) para evaluar la significación clínica de un programa de intervención se han establecido básicamente dos parámetros: criterios de mejora y

criterios de recuperación. Nosotros seguiremos el segundo de los criterios, que implica que haya una mejora significativa y además que el cliente logre un nivel adecuado de funcionamiento en sus actividades diarias, utilizamos la valoración por parte de evaluadores independientes que entrevistaron a los sujetos para valorar que no cumplieran los criterios diagnósticos del trastorno (reducción del 100% de las situaciones sociales temidas y/o evitadas) o que se había producido una reducción del 75% de las situaciones temidas y/o evitadas. De este modo, las hipótesis del presente trabajo (Véase apartado II) fueron examinadas mediante los siguientes procedimientos:

- a) ANOVA de Medidas Repetidas con cuatro momentos de evaluación (pretest, posttest, seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses) para el estudio de las variables numéricas de las hipótesis A.
 - b) Prueba t de Student de medidas repetidas (pretest-posttest) para el estudio de las variables numéricas de las pruebas de observación de la hipótesis A.
 - c) Cálculo de los tamaños del efecto para los cuatro momentos temporales para el estudio de las variables numéricas de la hipótesis A. El tamaño del efecto se definió como la diferencia entre pretest y los diferentes momentos de medida (posttest, seguimiento a los 6 meses y a los 12 meses). También se calcularon los valores del tamaño del efecto entre pretest y posttest de las variables de la hipótesis B. Para ello hemos adoptado los criterios propuestos por Cohen (1988), donde 0.2 corresponde a un tamaño del efecto bajo, entre 0.4 y 0.5 medio y con 0.8 o superior hablaríamos de un tamaño del efecto alto.
 - d) Análisis de Covarianza Univariado donde la variable independiente o factor (subtipo de Fobia Social Generalizado) tiene tres niveles (levemente generalizado, moderadamente generalizado y gravemente generalizado) para el estudio de las hipótesis B. Puesto que los grupos no fueron equivalentes en el pretest se utilizó un ANCOVA, donde se toman las puntuaciones en el posttest una vez que se ha parcializado el efecto de las puntuaciones en el pretest. Asimismo el ANCOVA residualiza la influencia de la ejecución de cada
-

persona en los diferentes momentos temporales que son comparados y de esta forma, se impide la inflación de la varianza de error (Ato, 1991).

- e) Análisis de Varianza Univariado para la mayoría de variables dependientes contempladas en la hipótesis B referidas a las variables medidas en las pruebas de observación, excepto la variable “mirada”, para la cual habrá que aplicar un ANCOVA, debido que las condiciones no fueron equivalentes en el pretest.
 - f) Se ha examinado el tamaño del efecto en las comparaciones intergrupo para cada uno de los momentos de evaluación (postest y seguimientos) para la hipótesis C. El tamaño del efecto se definió como la diferencia entre las condiciones experimentales. Para ello adoptamos los mismos criterios planteados más arriba (Cohen, 1988).
 - g) Finalmente, el Análisis de las tablas de contingencia se realizó empleando una prueba Chi-Cuadrado de Pearson, de homogeneidad de distribución de las frecuencias para la hipótesis relativa a la significación clínica (hipótesis D).
-

IV. RESULTADOS

IV.1. RESULTADOS DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

En esta sección presentamos los resultados cuantitativos relativos a cada una de las variables dependientes operacionalizadas en el capítulo de Objetivos e Hipótesis (pp. 311-317). En esta presentación se seguirá la siguiente estructura:

1. Exposición de los resultados relativos a las comparaciones intragrupos, para lo cual se informa de las medias y desviaciones típicas para las distintas condiciones experimentales (“Fobia Social Levemente Generalizada”-FSLG, en adelante-, “Fobia Social Moderadamente Generalizada” –FSMG, en lo que sigue- y “Fobia Social Gravemente Generalizada”-FSGG, a partir de ahora-) en cada uno de los momentos de evaluación (pretest, postest, seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses). También se incluyen las tablas con los tamaños del efecto para cada una de las variables por condición y momento temporal. Finalmente se expone gráficamente el incremento/decremento de los valores de la variable dependiente en los distintos periodos de evaluación.
2. Presentación de los datos generados a partir de las comparaciones intergrupos, para lo cual se muestran las medias, desviaciones típicas y los valores de F en relación con la variable dependiente y, de igual modo, se realizan comparaciones *post-hoc* en cada uno de los momentos de evaluación: en el postest y en los seguimientos tomando como covariable el pretest y se muestran los valores de los tamaños del efecto en cada uno de los momentos de evaluación.

IV.1.1. COMPARACIONES INTRAGRUPOS

De acuerdo con la hipótesis A (p. 312), cabe esperar que las distintas condiciones experimentales (“Fobia Social Levemente Generalizada”, “Fobia Social Moderadamente Generalizada” y “Fobia Social Gravemente Generalizada”) presenten respecto a sí mismas (i) diferencias significativas pre-post-seguimientos en las diferentes variables consideradas; (ii) que estas diferencias muestren una tendencia lineal significativa, lo cual significa una disminución del pretest al postest y a los seguimientos; (iii) que las tendencias cuadráticas también resulten significativas dado que la reducción será más pronunciada del pretest al postest frente a la reducción del postest a los seguimientos y, (iv) que los tamaños del efecto resulten significativos,

esperando los valores más altos para la comparación pretest-seguimiento a los 12 meses, seguido de la diferencia entre pretest y seguimiento a los 6 meses y, por último, la comparación pretest-posttest. Atendiendo a las diferentes variables, esperamos encontrar:

IV.1.1.1. *Una disminución de las respuestas de ansiedad social, medidas éstas a través de instrumentos de evaluación específicos para la Fobia Social: (a) el Inventario de Fobia y Ansiedad Social (SPAI), tanto en la subescala de Fobia Social, como en la puntuación de Diferencia, (b) la puntuación Total de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), (c) la Escala de Fobia Social (SPS), (d) la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS), e) el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS) y, f) la puntuación total de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS).*

Como puede apreciarse en la Tabla IV.1 nuestro programa de tratamiento genera, en todas las condiciones experimentales y para todos los instrumentos de evaluación específicos para la Fobia Social, diferencias estadísticamente significativas respecto a sí mismos en los distintos momentos temporales e independientemente de su generalización.

Respecto a los tamaños del efecto (véase tabla IV.2), puede observarse como prácticamente todos los valores pertenecen a tamaños altos o muy altos, tanto en el posttest, como en los seguimientos. Los valores más altos corresponden en general a los hallados al comparar las puntuaciones entre pretest y seguimiento a los 12 meses respecto del pretest, seguidos por la comparación pretest-seguimiento a los 6 meses y por último los relativos al posttest para todas las condiciones y todas las medidas. La excepción es FSMG, que presenta los valores más altos respecto del pretest en el seguimiento a los 6 meses en todos los instrumentos, excepto en el PRCS.

En cuanto a las diferencias entre las condiciones experimentales podemos atender a 21 comparaciones pretest-posttest-seguimiento1-y-seguimiento2 (7 medidas por 3 momentos temporales). En la mayoría de comparaciones, FSGG muestra tamaños del efecto superiores a las otras condiciones (en 11 de las 21 comparaciones, de las cuales cinco son en el posttest (SPAI-DIF, SAS-A/Total, SPS, SIAS y EDAS-Total), dos en el seguimiento a los 6 meses (SPAI-DIF y SAS-A/Total), y cuatro en el seguimiento a

largo plazo (SPAI-DIF, SAS-A/Total, SPS y SIAS). Por su parte, FSMG muestra su mayor valor en el postest de 2 pruebas (SPAI-FS y PRCS), en el seguimiento a los seis meses de 4 instrumentos (SPAI-FS, SPS, SIAS y EDAS-Total) y en el seguimiento a los doce meses en 2 medidas (SPAI-FS y EDAS/Total). Por su parte, la condición experimental FSLG, muestra en los dos seguimientos con la PRCS el mayor valor.

Como podemos apreciar en las Gráficas IV.1-IV.7, todas las condiciones experimentales han disminuido sus puntuaciones en todos los instrumentos de evaluación, siendo ésta acusada del pretest al postest y a los distintos seguimientos (tendencia lineal significativa) en los tres niveles de la variables independiente, presentándose el decremento más pronunciado del pretest al postest frente a la disminución del postest a los seguimientos (tendencia cuadrática significativa) en los dos primeros niveles de la variable independiente (FSLG y FSMG), con la excepción de la tendencia cuadrática en el SPAI-DIF para FSLG, que no es significativa. Por su parte, FSGG ofrece una reducción mayor del postest a los seguimientos que del pretest al postest (tendencia cuadrática no significativa) en cuatro de las siete variables (SPAI-FS, SPAI-DIF, SAS-A Total y PRCS).

Por tanto, todas las condiciones experimentales obtienen ganancias del pretest al postest, continuando estas ganancias en el seguimiento a los 6 meses en todos los instrumentos de evaluación. En el seguimiento a los 12 meses, la condición de mayor gravedad (FSGG) continúa reduciendo las puntuaciones en todas las variables, mientras que FSMG experimenta un incremento de sus puntuaciones en todas las escalas, y FSLG refleja un ligero retroceso respecto al seguimiento a los 6 meses. La excepción es la condición FSMG, que en el primer seguimiento ve como se reducen las puntuaciones de forma muy significativa, llegando a puntuar igual o por debajo de la condición que menos gravedad presenta (FSLG), mientras en el seguimiento a largo plazo estas puntuaciones empeoran ligeramente y se sitúan por encima de ambas condiciones experimentales, si bien este retroceso es mínimo.

Tabla IV.1. Medias y desviaciones típicas de las variables dependientes analizadas en cada momento temporal

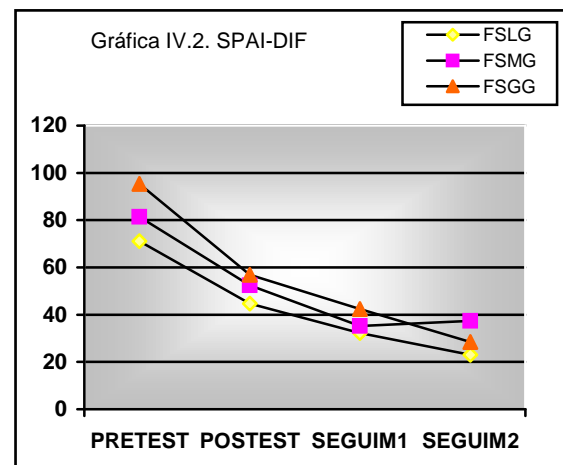
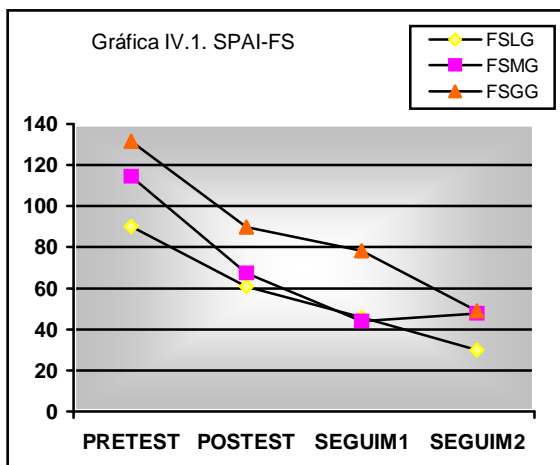
Condición Experimental	Momento Temporal		Pretest	Posttest	Seguim ¹	Seguim ²	ANOVA
FSLG (N=14)	SPAI-FS	M	99.27	59.38	43.23	30.05	F(3,39) = 52.417, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 108.442, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=10.998, p=0.006
		DT	29.49	32.27	37.70	25.45	
	SPAI-DIF	M	71.13	44.67	32.23	23.05	F(3,39) = 25.862, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 51.150, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=4.630, p = 0.051
		DT	21.43	23.93	27.94	18.86	
	SAS-A Total	M	61.93	44.21	37.93	33.71	F(3,39) = 30.263, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 77.554, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=7.106, p=0.019
		DT	13.03	16.61	18.56	12.12	
	SPS	M	37.29	19.21	17.14	11.00	F(3,39) = 26.822, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 81.415, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=13.681, p=0.003
		DT	16.98	10.63	21.91	15.55	
	SIAS	M	45.36	31.21	21.71	17.93	F(3,39) = 38.347, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 113.221, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=6.083, p = 0.028
		DT	11.63	15.45	17.83	14.43	
	PRCS	M	86.64	103.50	122.86	118.71	F(3,39)=14.436, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,13)=25.687, p=0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=10.920, p=0.006
		DT	13.87	15.67	22.63	18.61	
	EDAS Total	M	67.00	51.43	42.93	41.00	F(3,39)=35.239, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 107.654, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=9.148, p = 0.010
		DT	18.28	18.38	21.96	16.37	
FSMG (N=16)	SPAI-FS	M	113.62	69.52	43.35	47.86	F(3,45) = 51.425, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 118.747, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=32.816, p=0.000
		DT	20.08	32.02	26.17	25.91	
	SPAI-DIF	M	81.43	52.40	35.22	37.36	F(3,45)=30.057, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 72.677, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=14.235, p=0.002
		DT	20.51	27.92	25.52	22.47	
	SAS-A Total	M	62.69	46.88	35.31	38.63	F(3,45) = 26.721, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 42.951, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=31.924, p=0.000
		DT	11.59	12.53	10.76	10.72	
	SPS	M	46.13	25.75	13.38	14.06	F(3,45) = 36.682, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 67.660, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=54.969, p=0.000
		DT	12.45	18.05	8.68	10.60	
	SIAS	M	48.50	31.69	19.44	20.00	F(3,45) = 30.739, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 45.029, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=28.327, p=0.000
		DT	11.30	14.11	6.67	10.13	
	PRCS	M	80.94	109.94	118.38	120.13	F(3,45) = 13.818, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 24.084, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)= 7.183, p= 0.017
		DT	20.84	23.44	24.08	24.98	
	EDAS Total	M	75.25	57.00	42.69	45.19	F(3,45)=38.016, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 76.921, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=21.232, p=0.000
		DT	12.25	18.67	11.75	13.21	
FSGG (N=12)	SPAI-FS	M	135.68	74.58	60.61	40.10	F(3,33)=31.937, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 115.398, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)= 4.278, p= 0.063
		DT	31.42	50.08	46.92	34.29	
	SPAI-DIF	M	95.34	56.83	42.36	28.43	F(3,33)=23.496, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 107.263, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)= 2.336, p= 0.155
		DT	18.57	35.13	31.91	21.57	
	SAS-A Total	M	74.00	50.42	41.17	34.83	F(3,33)=27.152, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 88.147, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)= 4.446, p= 0.059
		DT	10.43	23.16	20.06	14.83	
	SPS	M	56.50	29.83	20.67	15.00	F(3,33)=38.216, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 131.354, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)= 7.692, p= 0.018
		DT	15.41	20.66	19.25	15.42	
	SIAS	M	57.00	35.17	28.92	24.42	F(3,33) = 29.358, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 59.717, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)=10.947, p=0.007
		DT	12.05	17.84	19.83	15.88	
	PRCS	M	78.58	106.50	113.83	127.33	F(3,33)=11.149, p=0.000 Tendencia Lineal F(1,11)= 26.507 p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)= 1.054, p= 0.327
		DT	21.76	32.19	28.99	28.01	
	EDAS Total	M	84.67	58.83	52.17	45.17	F(3,33)=28.251, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11)=64.348, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)= 7.223, p= 0.021
		DT	18.20	19.79	25.72	22.29	

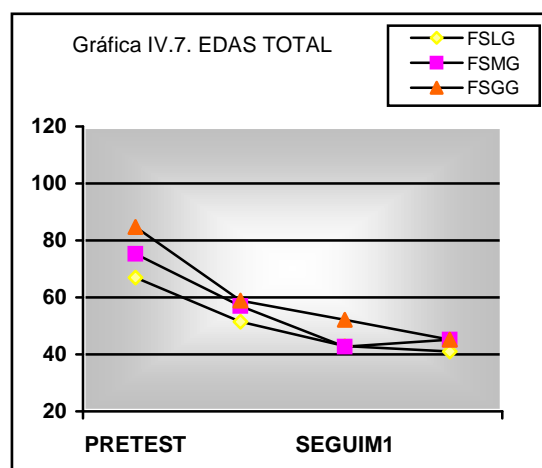
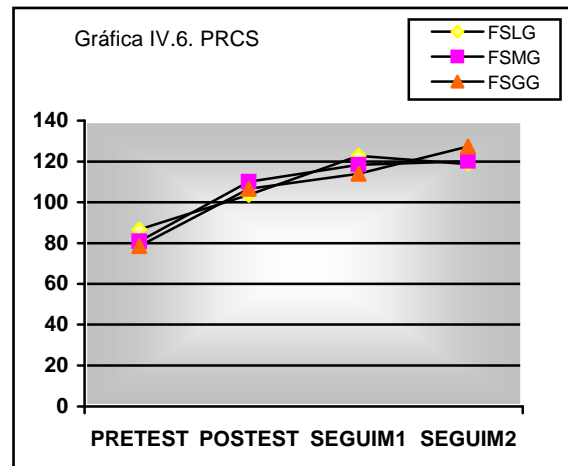
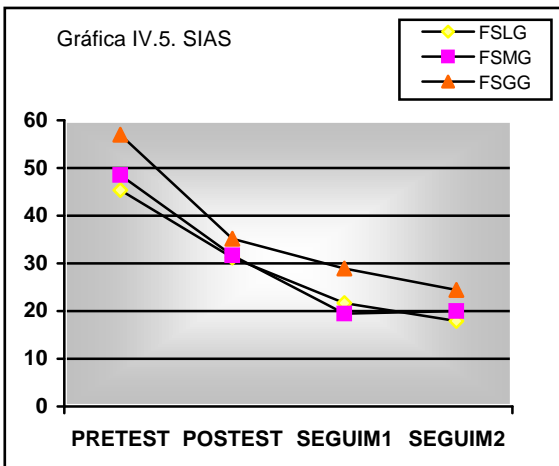
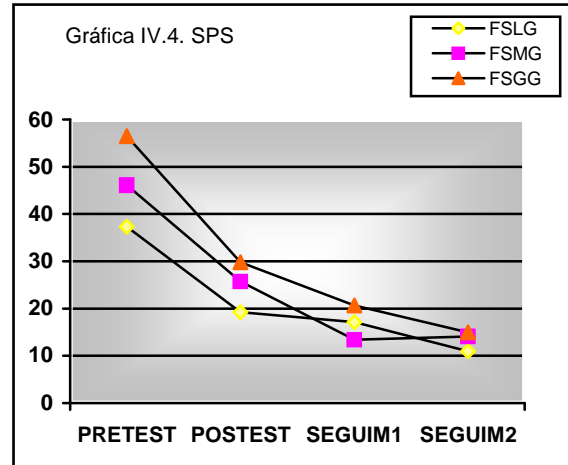
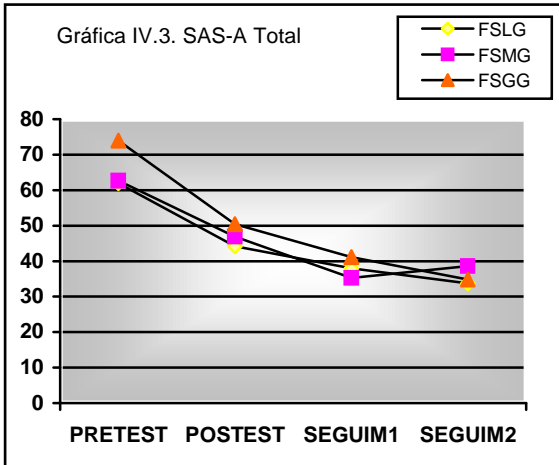
¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, N: Número de sujetos de la condición experimental, SPAI-FS y SPAI-DIF: Inventario de Ansiedad y Fobia Social (subescala de Fobia Social y puntuación de diferencia, respectivamente), SAS-A Total: Puntuación total de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, SPS: Escala de Fobia Social, SIAS: Escala de Ansiedad ante la Interacción Social, PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; EDAS Total: Puntuación total de la Escala de Detección de Ansiedad Social

Tabla IV.2. Tamaños del efecto relativos a las variables dependientes medidas¹

Instrumentos	Condición experimental	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
		FSLG	FMSG	FSGG
		Nº Situaciones temidas (2-5)	Nº Situaciones temidas (6-9)	Nº Situaciones temidas (10-13)
Momento temporal		Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
SPAI-FS	POSTEST	+1.270	+2.080	+1.810
	SEG-6 MESES	+1.790	+3.320	+2.220
	SEG-12 MESES	+2.210	+3.110	+2.830
SPAI-DIF	POSTEST	+1.160	+1.340	+1.930
	SEG-6 MESES	+1.710	+2.140	+2.650
	SEG-12 MESES	+2.110	+2.040	+3.350
SAS-A/ TOTAL	POSTEST	+1.280	+1.290	+2.100
	SEG-6 MESES	+1.730	+2.240	+2.930
	SEG-12 MESES	+2.040	+1.970	+3.490
SPS	POSTEST	+1.000	+1.550	+1.610
	SEG-6 MESES	+1.120	+2.460	+2.160
	SEG-12 MESES	+1.460	+2.440	+2.500
SIAS	POSTEST	+1.140	+1.410	+1.680
	SEG-6 MESES	+1.910	+2.440	+2.170
	SEG-12 MESES	+2.220	+2.390	+2.510
PRCS	POSTEST	-1.140	-1.320	-1.190
	SEG-6 MESES	-2.460	-1.700	-1.510
	SEG-12 MESES	-2.180	-1.780	-2.080
EDAS/ TOTAL	POSTEST	+0.800	+0.410	+1.320
	SEG-6 MESES	+1.240	+2.520	+1.660
	SEG-12 MESES	+1.340	+2.330	+2.020

¹Subescala Fobia Social y puntuación de diferencia del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI-FS y SPAI-DIF); puntuación total de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A); Escala de Fobia Social (SPS); Escala de Ansiedad Social ante la Interacción (SIAS); Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS) y; puntuación total de la Escala de Detección de la Ansiedad Social (EDAS).





IV.1.1.2. *El decremento de las escalas que miden el componente cognitivo de la Fobia Social: (a) la subescala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) del SAS-A, y (b) el Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público (SSPS).*

Como puede apreciarse en la Tabla IV.3. nuestro programa de tratamiento genera, en todas las condiciones de tratamiento y para todas las escalas, diferencias estadísticamente significativas respecto a sí mismos en los distintos momentos temporales (tendencia lineal significativa). Se observa además, que todas las condiciones experimentales obtienen mayores ganancias del pretest al posttest, frente a la reducción de las puntuaciones en el seguimiento a los 6 meses y a los 12 (tendencia cuadrática significativa), con la excepción de FSGG que obtiene la mayor reducción de las puntuaciones del posttest a los seguimientos en el SSPS.

Los tamaños del efecto (tabla IV.4.) muestran que el seguimiento a los 12 meses es el que mayor valor muestra en el cambio terapéutico para FSGG en ambas pruebas, así como también para FSLG en una de las pruebas. Sin embargo, FSMG presenta los mayores tamaños del efecto del tratamiento en la puntuación del SSPS en el posttest y en el seguimiento a los 6 meses y FSLG en este mismo seguimiento.

Tabla IV.3. Medias y desviaciones típicas de las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

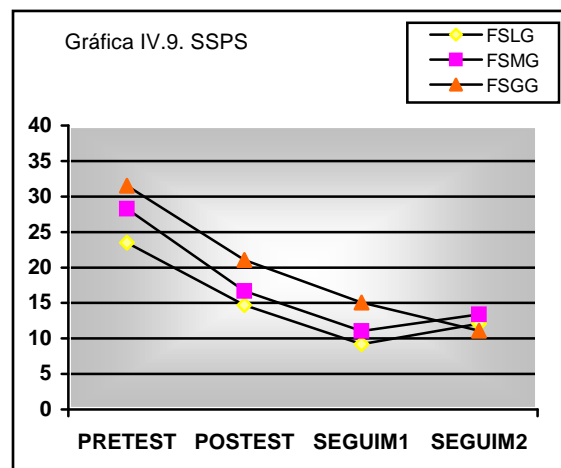
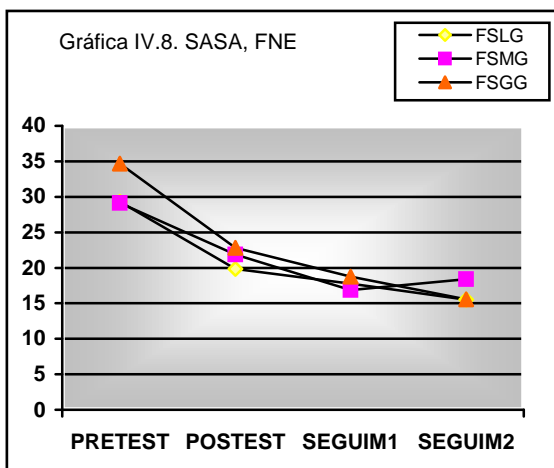
Condición Experimental	Momento temporal		Pretest	Postest	Seguim ¹	Seguim ²	ANOVA
FSLG (N=14)	SAS-A FNE	M	29.29	19.86	17.79	15.50	F(3,39) = 23.632, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 38.912, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=9.071, p=0.010
		DT	6.75	8.22	9.29	7.55	
	SSPS	M	23.50	14.71	9.21	12.07	F(3,39) = 7.296, p = 0.001 Tendencia Lineal F(1,13) = 12..393, p = 0.004 Tendencia Cuadrática F(1,13)=7.006, p=0.020
		DT	8.23	9.54	7.98	12.27	
FSMG (N=16)	SAS-A FNE	M	29.13	21.88	16.88	18.38	F(3,45) = 25.481, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 42.547, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=32.64, p=0.000
		DT	7.00	6.95	7.92	7.04	
	SSPS	M	28.38	16.69	11.06	13.38	F(3,45) = 13.331, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 16.958, p = 0.001 Tendencia Cuadrática F(1,15)=27.97, p=0.000
		DT	9.49	10.66	7.58	10.74	
FSGG (N=12)	SAS-A FNE	M	34.67	22.83	18.75	15.58	F(3,33) = 26.248, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 62.313, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)=5.518, p=0.039
		DT	4.70	11.53	10.22	7.91	
	SSPS	M	31.50	21.08	15.08	11.08	F(3,33) = 18.641, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 38.921, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)=2.189, p=0.167
		DT	11.16	15.25	13.44	12.21	

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental, FNEs: Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, SAS-A/FNE: Subescala de Miedo a la Evaluación Negativa del SAS-A.

Tabla IV.4. Tamaños del efecto relativos a las variables: subescala de miedo a la evaluación negativa de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A/FNE) y Escala de Autoverbalizaciones al Hablar en Público

Instrumentos	Condición experimental Momento temporal	NIVEL 1 FSLG Nº Situaciones temidas (2-5)	NIVEL 2 FSMG Nº Situaciones temidas (6-9)	NIVEL 3 FSGG Nº Situaciones temidas (10-13)
		Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
SAS-A/ FNE	POSTEST	+1.310	+0.980	+2.340
	SEG-6 MESES	+1.600	+1.660	+3.150
	SEG-12 MESES	+1.920	+1.460	+3.780
SSPS	POSTEST	+1.000	+1.170	+0.870
	SEG-6 MESES	+1.630	+1.730	+1.370
	SEG-12 MESES	+1.310	+1.500	+1.700

Como también puede observarse en las Gráficas IV.8 y IV.9 todas las condiciones experimentales obtienen ganancias de manera progresiva del pretest al seguimiento a los 6 meses, sin embargo, en el seguimiento a un año tanto FSMG en ambas pruebas, como FSLG en la medida del SSPS experimentan un incremento de sus puntuaciones. No obstante, hay que destacar que, una vez más, es FSGG el que presenta una mayor ganancia en el seguimiento a los 12 meses y FSMG en el seguimiento a los 6 meses.



IV.1.1.3. *La reducción de las puntuaciones de los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar las respuestas de evitación social: (a) la Subescala de Evitación y Malestar Social ante extraños (SAD-New) del SAS-A, (b) la Subescala de Evitación y Malestar Social ante gente en general (SAD-General) del SAS-A, y (c) la subescala de Ansiedad de la EDAS.*

La Tabla IV.5. muestra que el IAFS genera, en todos los niveles de la variable independiente y para todas las escalas que evalúan las respuestas de evitación social, diferencias estadísticamente significativas respecto a sí mismos en las medidas obtenidas en los distintos momentos temporales evaluados.

Tabla IV.5. Medias y desviaciones típicas de las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

Condición experimental		Momento temporal	Pretest		Seguim ¹		Seguim ²		ANOVA
			Pretest	Postest	Seguim ¹	Seguim ²	Seguim ¹	Seguim ²	
FSLG (N=14)	SAS-A SAD-N	M	20.86	15.07	12.29	11.07	F(3,39) = 31.647, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 98.877, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=6.923, p=0.021		
		DT	4.07	4.89	6.46	3.54			
	SAS-A SAD-G	M	11.79	9.07	7.86	7.14	F(3,39) = 13.495, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 48.657, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=2.459, p=0.141		
		DT	3.68	3.93	4.04	2.21			
	EDAS- Ansiedad	M	46.21	34.64	29.64	28.50	F(3,39) = 45.912, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 142.235, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13)=17.81, p=0.001		
		DT	10.97	11.36	14.61	11.04			
FSMG (N=16)	SAS-A SAD-N	M	21.37	15.75	11.50	13.00	F(3,45) = 27.885, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 48.984, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=25.72 p=0.000		
		DT	3.93	4.20	3.72	3.67			
	SAS-A SAD-G	M	12.19	9.25	6.94	7.25	F(3,45) = 13.446, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 23.385, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=11.27, p=0.004		
		DT	3.19	3.71	2.17	2.65			
	EDAS- Ansiedad	M	51.75	37.56	28.31	30.25	F(3,45) = 32.562, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 54.516, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15)=25.02, p=0.000		
		DT	8.71	12.33	8.28	9.11			
FSGG (N=12)	SASA SAD-N	M	24.33	17.00	13.50	11.42	F(3,33) = 20.014, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 93.717, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)=2.458, p=0.145		
		DT	4.81	7.64	6.80	5.05			
	SAS-A SAD-G	M	15.00	10.58	8.92	7.83	F(3,33) = 21.848, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 55.622, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)=4.632, p=0.054		
		DT	2.83	4.76	3.92	2.95			
	EDAS- Ansiedad	M	57.92	37.75	35.75	29.67	F(3,33) = 25.903, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 64.630, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11)= 5.569, p= 0.03		
		DT	11.67	15.27	17.20	13.52			

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental, SADs: Escala de Ansiedad y Evitación Social, SAS-A/SAD-N: Escala de Evitación y Malestar Social ante extraños, SAS-A/SAD-G: Escala de Evitación y Malestar Social ante gente en general.

Los tamaños del efecto indican valores altos o muy altos en todas las comparaciones, dado que se observa que todas las condiciones experimentales experimentan una disminución acusada de las puntuaciones en las escalas que evalúan las respuestas de evitación del pretest al postest y este decremento continúa en los seguimientos, siendo en general los tamaños del efecto mayores en el seguimiento a los 12 meses en todos los niveles, excepto en FSMG, que muestra tamaños de efecto superiores en el seguimiento a medio plazo (6 meses).

Tabla. IV.6. Tamaños del efecto relativos a las variables¹

Instrumentos	Condición experimental	NIVEL 1 FSLG Nº Situaciones temidas (2-5)	NIVEL 2 FSMG Nº Situaciones temidas (6-9)	NIVEL 3 FSGG Nº Situaciones temidas (10-13)
	Momento temporal	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
SAS-A/ SAD-N	POSTEST	+1.339	+1.357	+1.417
	SEG-6 MESES	+1.982	+2.384	+2.094
	SEG-12 MESES	+2.264	+2.021	+2.497
SAS-A/ SAD-G	POSTEST	+0.696	+0.875	+1.453
	SEG-6 MESES	+1.005	+1.562	+1.998
	SEG-12 MESES	+1.189	+1.470	+2.357
EDAS/ ANSIEDAD	POSTEST	+0.993	+1.546	+1.608
	SEG-6 MESES	+1.422	+2.554	+1.767
	SEG-12 MESES	+1.519	+2.343	+2.252

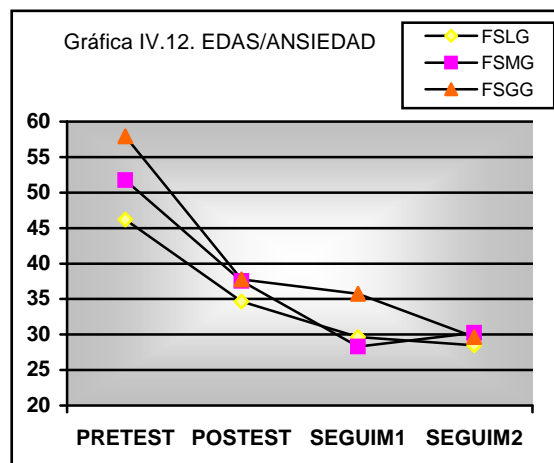
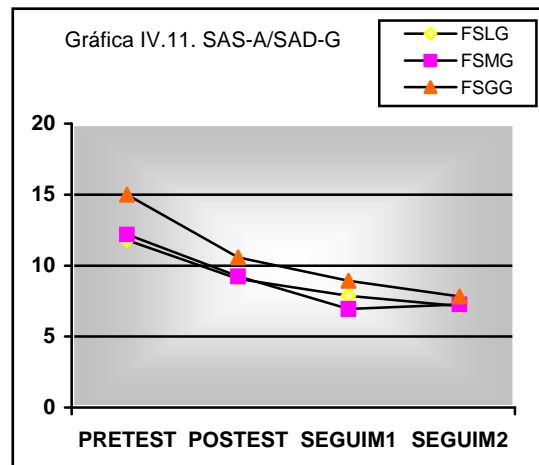
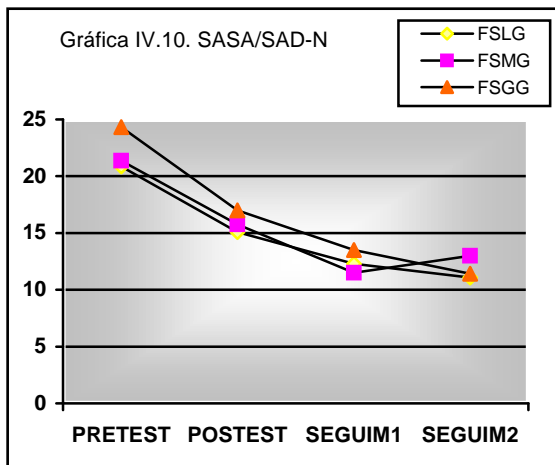
¹Subescala Ansiedad Social ante Extraños (SAS-A/SAD-N), Subescala de Ansiedad Social ante Gente en General (SAS-A/SAD-G) y subescala de Ansiedad de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS/Ansiedad).

Como puede observarse en las Gráficas IV.10-IV.12, se produce una reducción de las puntuaciones en las variables, entre el pretest y el postest, en los tres niveles de tratamiento y en los distintos seguimientos (tendencia lineal significativa). El decremento fue más pronunciado del pretest al postest, frente a la reducción del postest a los seguimientos (tendencia cuadrática significativa) en la EDAS-Total para todas las condiciones y en la SAS-A SAD-N en FSLG y FSMG, así como también en la SAS-A SAD-G en FSMG. Sin embargo no fue significativa la tendencia cuadrática en las variables SAD-N/ SAS-A ni SAD-G/ SAS-A para el subgrupo FSGG ni en la SAD-G/ SAS-A para el subgrupo FSLG.

En la Gráfica IV.10 puede apreciarse como la SAS-A/SAD-N muestra una acusada reducción de sus puntuaciones en todos los grupos experimentales del pretest al postest, siendo ésta mayor para FSGG. Posteriormente, en el seguimiento a los 6 meses, el grupo de FSMG ofrece los mejores resultados, para en el último seguimiento sufrir un incremento de sus puntuaciones frente a la mayor reducción de FSGG. Respecto a la subescala SAD-G/SAS-A (Gráfica IV.11), es llamativo el hecho de que la condición experimental FSMG nuevamente es la que mayor reducción de las puntuaciones obtiene en el primer seguimiento y sin embargo, experimenta un aumento escaso, por encima del resto de condiciones, en el segundo seguimiento, aunque esto no hace que las puntuaciones entre las condiciones discrepen significativamente en el seguimiento a los

12 meses. Por último, la tendencia de las puntuaciones obtenidas en la subescala Ansiedad de la EDAS (Gráfica IV.12), muestra un marcado decremento de las puntuaciones en todas las condiciones experimentales del pretest al postest, que es más marcado en FSGG. Estos efectos se mantienen en el seguimiento a los 6 meses, si bien en este caso es FSMG el que más ganancias obtiene. Por último, la tendencia continua en el seguimiento a largo plazo con el decremento de las puntuaciones de todas las condiciones, encabezada nuevamente por FSMG, a pesar de ofrecer un pequeño incremento en la puntuación respecto del primer seguimiento. Mientras FSGG sufre mayor disminución de las puntuaciones en este último seguimiento que en el anterior.

No obstante, una vez más se ha de señalar que es la condición experimental de mayor generalización la que obtiene a corto, medio y largo plazo los mejores resultados en la SAS-A/SAD-N, a corto y largo plazo en la SAS-A/SAD-G y a largo plazo únicamente en la EDAS/Ansiedad, mientras FSMG muestra mejores resultados a medio plazo en la SAS-A/SAD-N y a medio y largo plazo en la EDAS-Ansiedad, como se refleja en los tamaños del efecto de las comparaciones de la Tabla IV.6. Así, a medio plazo FSMG es la condición que más reducción en las puntuaciones experimenta, mientras FSGG lo hace a corto y largo plazo (véase Tabla IV.6).



IV.1.1.4. Incremento en las puntuaciones de la Escala de Asertividad

Como puede apreciarse en la Tabla 4.7 existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos momentos temporales, en las puntuaciones de la Escala de Asertividad en todas las condiciones experimentales respecto de sí mismas mostrando un aumento relevante en la puntuación del pretest al postest y en los seguimientos respecto del pretest.

Tabla IV.7. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Asertividad analizada en cada uno de los momentos temporales

Momento Temporal	FSLG (N=14)		FSMG (N=16)		FSGG (N=12)	
	M	DT	M	DT	M	DT
PRETEST	-5.36	23.52	-24.31	19.43	-43.58	23.22
POSTEST	12.14	29.18	2.44	32.70	-0.17	45.00
SEGUIMIENTO ¹	30.29	27.62	18.25	29.62	13.08	44.98
SEGUIMIENTO ²	11.36	19.43	16.81	28.00	26.83	32.43
Resultados ANOVA	F(3,39) = 9.486, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13)=12.45, p=0.004 Tendencia Cuadrática (1,13)= 9.498, p=0.009		F(3,45) = 11.189, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15)= 22.81,p=0.000 Tendencia Cuadrática (1,15)= 22.981, p=0.000		F(3,33) = 15.865, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11)= 34.50,p=0.000 Tendencia Cuadrática (1,11)= 4.118, p=0.067	

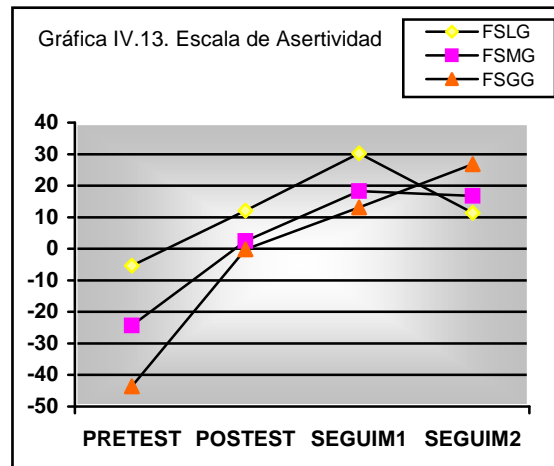
¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental.

Los datos de la tabla IV.8 indican que los valores de los tamaños del efecto son altos o muy altos. Respecto a las condiciones experimentales, tanto FSLG como FSMG mostraron tamaños del efecto superiores en el seguimiento a los 6 meses, mientras que FSGG lo hizo en el seguimiento a los 12 meses. Respecto a los tamaños del efecto y su relación con los niveles de la variable independiente, los valores mayores pertenecen a FSGG en los tres momentos temporales.

Tabla IV.8. Tamaños del efecto relativo a la Escala de asertividad (RAS)

Instrumentos	Condición experimental		NIVEL 1 FSLG Nº Situaciones temidas (2-5)	NIVEL 2 FSMG Nº Situaciones temidas (6-9)	NIVEL 3 FSGG Nº Situaciones temidas (10-13)
	Momento temporal		Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
RAS	POSTEST		-0.700	-1.307	-1.739
	SEG-6 MESES		-1.426	-2.079	-2.270
	SEG-12 MESES		-0.670	-2.009	-2.821

Como puede observarse en la Gráfica IV.13, se produce una disminución en las puntuaciones del RAS del pretest al posttest y a los distintos seguimientos (tendencia lineal significativa) en los tres niveles de la variable independiente, si bien el decremento se muestra más pronunciado del pretest al posttest frente a la reducción del posttest a los seguimientos (tendencia cuadrática significativa) en FSLG y FSMG. No ocurre lo mismo con FSGG, donde la tendencia cuadrática no significativa es indicativa de una reducción más pronunciada del posttest a los seguimientos.



En resumen, la condición experimental FSGG refleja nuevamente los mejores resultados, seguida de FSMG y por último de FSLG. Concretamente, a los 12 meses, tanto la condición fobia social leve como moderadamente generalizada muestran una reducción de sus puntuaciones. De este modo, en el seguimiento a los 12 meses la puntuación más elevada es para la condición experimental que muestra más severidad en el pretest, que incluso supera a las otras dos condiciones, que hasta ahora mostraban puntuaciones más altas en asertividad.

IV.1.1.5. Incremento de las puntuaciones en la Escala de Autoestima

De acuerdo con los resultados presentes en la Tabla IV.9 podemos afirmar que, respecto a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima, existen diferencias pretest-posttest-seguimientos estadísticamente significativas en todas las condiciones.

Respecto a los valores de los tamaños del efecto, todos fueron elevados, excepto en FSLG y en FSMG en el posttest. Fueron superiores en el seguimiento a los 6 meses para FSLG y FSMG, mientras que en el posttest y a los 12 meses el valor del tamaño del efecto es superior en FSGG. Respecto a los diferentes niveles de la variable

dependiente, los tamaños del efecto son muy altos en todas las comparaciones pretest-postest-seguimientos para FSGG, en las comparaciones pretest-seguimientos 1 y 2 para FSLG y medios-altos para FSMG (Tabla IV.10).

Tabla IV.9. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Autoestima analizada en cada uno de los momentos temporales

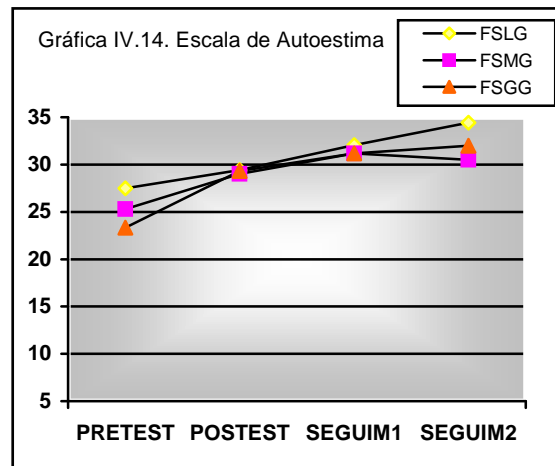
Momento Temporal	Condición Experimental	FSLG (N=14)		FSMG (N=16)		FSGG (N=12)	
		M	DT	M	DT	M	DT
PRETEST		27.50	4.99	25.31	5.78	23.33	5.31
POSTEST		29.43	5.80	29.00	6.46	29.33	7.71
SEGUIMIENTO ¹		32.07	4.30	31.19	5.64	31.17	6.64
SEGUIMIENTO ²		34.43	3.65	30.50	7.46	32.00	5.44
Resultados ANOVA		F(3,39) = 8.88, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 37.62, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,13) = 0.038, p = 0.848		F(3,45) = 4.622, p = 0.007 Tendencia Lineal F(1,15) = 11.066, p = 0.005 Tendencia Cuadrática F(1,15) = 4.147, p = 0.060		F(3,33) = 7.704, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 31.781, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11) = 1.750, p = 0.213	

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental.

Tabla IV.10. Tamaños del efecto de la Escala de Autoestima (EA)

Instrumentos	Condición experimental	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
		FSLG	FSMG	FSGG
Momento temporal		Nº Situaciones temidas (2-5)	Nº Situaciones temidas (6-9)	Nº Situaciones temidas (10-13)
		Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
SSPS	POSTEST	-0.364	-0.606	-1.051
	SEG-6 MESES	-1.862	-0.965	-1.373
	SEG-12 MESES	-1.307	-0.852	-1.519

Como puede observarse en la Gráfica IV.14, se produce una disminución en las puntuaciones de la Escala de Autoestima del pretest al posttest y a los distintos seguimientos (tendencia lineal significativa), si bien la reducción no se muestra más pronunciada del pretest al posttest frente a la reducción del posttest a los seguimientos (tendencia cuadrática no significativa) en los tres niveles de la variable independiente.



IV.1.1.6. Una eliminación y/o descenso de los valores de los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar la interferencia o inadaptación, que evalúan el grado de interferencia que ocasiona la Fobia Social en áreas tales como la vida social, familiar, de pareja o el rendimiento académico

La Tabla IV.11 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Inadaptación y la subescala de Interferencia de la EDAS para cada una de las condiciones experimentales en los distintos momentos de evaluación. Como puede observarse, existen diferencias entre los momentos temporales estadísticamente significativas para todas las condiciones, excepto para FSLG en la Escala de Inadaptación, si bien se produce reducción en las puntuaciones.

Tabla IV.11. Medias y desviaciones típicas de las medidas de inadaptación e interferencia analizadas en cada uno de los momentos temporales

Condición Experimental	Momento temporal		Pretest	Postest	Seguim ¹	Seguim ²	ANOVA
FSLG (N=14)	EI	M	14.14	13.71	12.71	11.00	F(3,39) = 1.93, p = 0.140 Tendencia Lineal F(1,13) = 4.01, p = 0.066 Tendencia Cuadrática F(1,13)=0.51,p=0.489
		DT	6.79	6.47	8.28	6.61	
	EDAS-INT	M	20.93	16.79	13.29	12.50	
		DT	8.34	7.74	7.47	5.79	
FSMG (N=16)	EI	M	20.19	14.94	11.63	10.75	F(3,45) = 16.605, p = 0.000 Tendencia Linea F(1,15) = 36.359, p= 0.000 Tendencia cuadrática F(1,15)=4.44,p=0.052
		DT	7.70	5.61	4.26	5.12	
	EDAS-INT	M	23.44	18.81	14.37	14.94	
		DT	4.73	7.83	5.83	5.98	
FSGG (N=12)	EI	M	22.92	17.67	13.58	10.42	F(3,33) = 17.787, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11)= 29.471, p= 0.000 Tendencia cuadrática F(1,11)=1.99,p=0.185
		DT	8.52	8.41	6.67	4.05	
	EDAS-INT	M	26.75	21.08	16.42	15.50	
		DT	6.97	7.62	8.97	10.25	

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental, EI: Escala de Inadaptación, EDAS-INT: Subescala de Interferencia de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social.

Respecto a los datos de los tamaños del efecto (tabla IV.12), se observa que los valores en ambas pruebas fueron los más altos en el seguimiento a los 12 meses en todas las condiciones excepto en la EDAS-Interferencia para FSMG. Los valores menores correspondieron a la comparación pretest-postest en los tres niveles.

Tabla IV.12. Tamaños del efecto relativos a las variables: Escala de Inadaptación (EI) y Subescala de Interferencia de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS/INTERFERENCIA)

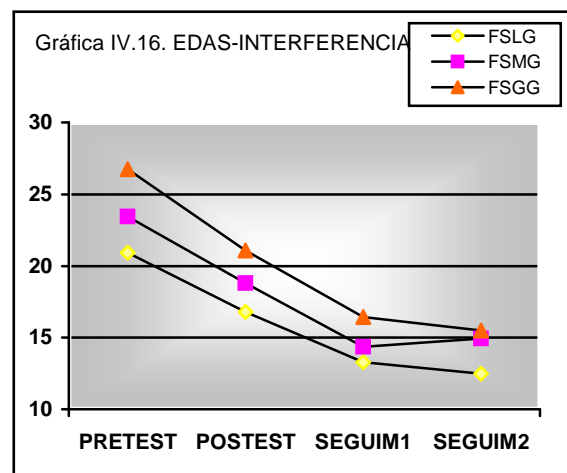
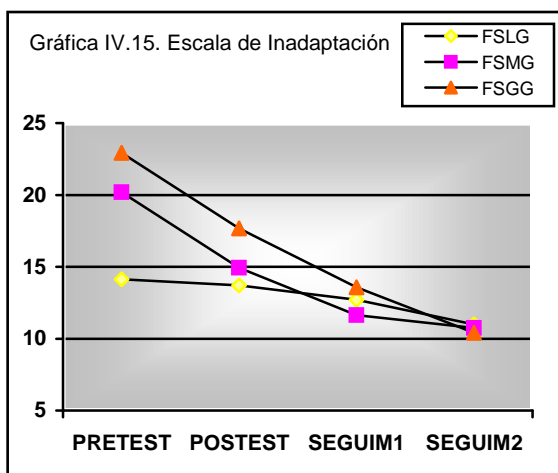
Instrumentos	Condición experimental	NIVEL 1 FSLG Nº Situaciones temidas (2-5)	NIVEL 2 FSMG Nº Situaciones temidas (6-9)	NIVEL 3 FSGG Nº Situaciones temidas (10-13)
	Momento temporal	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
EI	POSTEST	+0.060	+0.647	+0.573
	SEG-6 MESES	+0.198	+1.055	+1.020
	SEG-12 MESES	+0.435	+1.164	+1.365
EDAS/ INTER	POSTEST	+0.467	+0.929	+0.757
	SEG-6 MESES	+0.862	+1.820	+1.379
	SEG-12 MESES	+0.951	+1.706	+1.501

Como puede observarse en la tabla IV.11, las tendencias lineales y cuadráticas no resultaron significativas en ningún caso, excepto en la EDAS-Interferencia para FSMG, lo cual significa que las diferencias entre postest y seguimientos no fueron superiores a la diferencia pretest-postest en el resto de comparaciones con otros instrumentos.

En la gráfica IV.15, podemos apreciar como tanto la condición experimental FSMG como FSGG sufren una marcada reducción de las puntuaciones en la Escala de Inadaptación del pretest al postest (a menor puntuación mayor adaptación), siendo éste menor para FSMG. De igual forma, en el seguimiento a los 6 meses, las puntuaciones continúan a la baja para ambas condiciones experimentales, especialmente para FSMG. En ambas comparaciones (pretest-postest y pretest-seguimiento a los 6 meses) los tamaños del efecto son más altos para FSMG. Por último, ambas condiciones vuelven a experimentar una reducción de las puntuaciones en el seguimiento a los 12 meses, siendo la condición FSGG la que muestra un valor del tamaño del efecto mayor en esta

ocasión. Por último, FSLG muestra una reducción de la puntuación pretest-postest-seguimientos, si bien no alcanza significación ni tampoco tamaños del efecto altos.

Respecto de la subescala de Interferencia de la EDAS, se observa una reducción entre pretest-postest-seguimientos en los tres niveles de la variable independiente, con la única excepción de FSMG que presenta un incremento pequeño entre el seguimiento a los 6 y a los 12 meses. Por lo tanto, es FSMG el que presenta los tamaños del efecto mayores, si bien el más alto es entre pretest y seguimiento a los 6 meses.



IV.1.1.7. *Una eliminación y/o descenso de los valores del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes, que evalúa el déficit de habilidades sociales.*

La Tabla IV.13 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (CHSPA) para cada una de las condiciones experimentales en los distintos momentos de evaluación. Como puede observarse, existen diferencias estadísticamente significativas entre los momentos temporales para todos los niveles de la variable independiente.

Tabla IV.13. Medias y desviaciones típicas del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (CHSPA) analizado en cada uno de los momentos temporales

Momento Temporal	Condición experimental	FSLG (N=14)		FSMG (N=16)		FSGG (N=12)	
		M	DT	M	DT	M	DT
PRETEST		69.29	21.83	94.75	24.28	108.25	32.42
POSTEST		51.86	29.13	65.94	22.50	68.67	45.16
SEGUIMIENTO ¹		41.57	36.77	45.38	25.33	50.08	38.70
SEGUIMIENTO ²		39.07	29.70	43.63	24.90	37.50	36.60
Resultados ANOVA		F(3,39) = 9.28, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,13) = 16.72, p = 0.001 Tendencia Cuadrática F(1,13) = 4.22, p = 0.061		F(3,45) = 22.112, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 32.269, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15) = 16.010, p = 0.001		F(3,33) = 34.699, p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 61.011, p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11) = 6.108, p = 0.031	

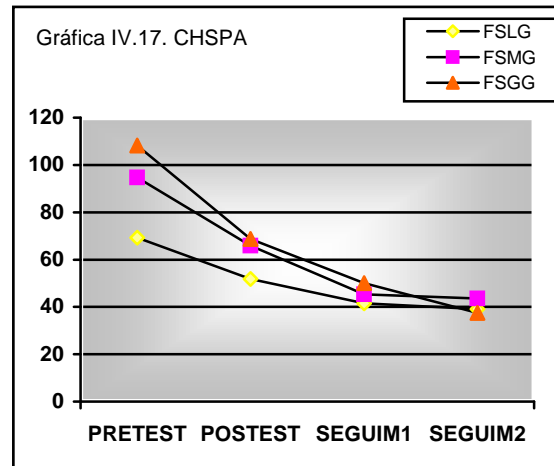
¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental.

Tabla IV.14. Tamaños del efecto del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes

Instrumentos	Momento temporal	Condición experimental	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
			FSLG	FSMG	FSGG
			Nº Situaciones temidas (2-5)	Nº Situaciones temidas (6-9)	Nº Situaciones temidas (10-13)
			Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
CHSPA	POSTEST		+0.751	+1.126	+1.136
	SEG-6 MESES		+1.195	+1.930	+1.669
	SEG-12 MESES		+1.303	+1.998	+2.030

Los tamaños del efecto que se recogen en la tabla IV.14 fueron más altos en el seguimiento a los 12 meses, seguidos por los producidos en el seguimiento a los 6 meses y, por último, en el posttest. Por condiciones experimentales, fue FSGG el que mostró los valores más altos en el posttest y en el seguimiento a los 12 meses, mientras FSMG fue superior en el seguimiento a los 6 meses.

En la Gráfica IV.17, podemos apreciar como todas las condiciones experimentales sufren un marcado descenso del valor de las puntuaciones en el CHSPA del pretest al posttest (a menor puntuación más habilidades sociales), en los tres niveles de la variable independiente, siendo por tanto significativa la tendencia lineal; asimismo el descenso del valor de las puntuaciones se produce, aunque de forma menos pronunciada, entre el posttest y los seguimientos, resultando igualmente significativa la tendencia cuadrática de igual modo en los niveles de la variable independiente FSMG y FSGG.



IV.1.1.8. *Una eliminación y/o reducción en el número de situaciones sociales temidas incluidas en la sección de Fobia Social de la entrevista semiestructurada ADIS-IV.*

Como puede apreciarse en la Tabla IV.15 existen diferencias pretest-postest-seguimientos estadísticamente significativa en el número de situaciones sociales temidas por los sujetos en todos los niveles respecto de sí mismos, independientemente de la subdivisión de la Fobia Social Generalizada a la que pertenecían. Igualmente, las tablas IV.16 y IV.17 muestran las medias y desviaciones típicas de las situaciones de actuación y relación social, respectivamente, en los diferentes momentos temporales de la evaluación. Como puede observarse, existen diferencias estadísticamente significativas en ambos casos.

Respecto del valor de los tamaños del efecto (Tablas IV.16-IV.18) puede observarse que éstos se muestran muy altos en la reducción del número de situaciones sociales generales, las de actuación y las de relación social, en todas las condiciones y en todos los momentos de evaluación, a excepción de los valores de FSLG, al analizar los efectos en el número de situaciones de actuación social, donde son valores medios. Los valores son más altos para las comparaciones pretest-seguimiento 12 meses frente a la relación pretest-seguimiento a los 6 meses y pretest-postest.

Tabla IV.15. Medias y desviaciones típicas de las situaciones sociales temidas en la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad Social (sección Fobia Social) en cada uno de los momentos temporales

Condición Experimental	Momento temporal		Momento temporal				ANOVA
			Pretest	Postest	Seguim ¹	Seguim ²	
FSLG (N=14)	Situaciones sociales total	M	3.60	0.60	0.47	0.20	F(3,42) = 34.28; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,14) = 98.64; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,14) = 27.56; p = 0.000
		DT	1.35	0.99	1.30	0.41	
	Situaciones de actuación	M	0.47	0.07	0.00	0.00	F(3,42) = 5.53; p = 0.003 Tendencia Lineal F(1,14) = 5.66; p = 0.032 Tendencia Cuadrática F(1,14) = 6.00; p = 0.028
		DT	0.74	0.26	0.00	0.00	
	Situaciones de interacción	M	3.13	0.53	0.47	0.20	F(3,42) = 31.50; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,14) = 102.08; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,14) = 29.068; p = 0.000
		DT	1.12	0.83	1.30	0.41	
FSMG (N=16)	Situaciones sociales total	M	6.81	1.38	0.88	0.75	F(3,45) = 48.36; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 109.50; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15) = 29.52; p = 0.000
		DT	1.05	2.28	1.45	1.81	
	Situaciones de actuación	M	1.25	0.25	0.19	0.13	F(3,45) = 16.30; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 27.82; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15) = 10.07; p = 0.006
		DT	0.77	0.58	0.40	0.34	
	Situaciones de interacción	M	5.56	1.13	0.69	0.63	F(3,45) = 43.88; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,15) = 86.00; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,15) = 28.05; p = 0.000
		DT	1.21	1.93	1.14	1.54	
FSGG (N=12)	Situaciones sociales total	M	11.00	3.08	2.33	1.42	F(3,33) = 38.66; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 117.58; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11) = 15.25; p = 0.002
		DT	1.13	4.14	3.96	3.10	
	Situaciones de actuación	M	3.33	1.00	0.75	0.08	F(3,33) = 26.95; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 146.67; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11) = 6.47; p = 0.027
		DT	0.98	1.41	1.14	0.29	
	Situaciones de interacción	M	7.67	2.08	1.58	1.33	F(3,33) = 32.90; p = 0.000 Tendencia Lineal F(1,11) = 59.68; p = 0.000 Tendencia Cuadrática F(1,11) = 17.49; p = 0.002
		DT	0.89	2.94	2.97	2.50	

Tabla IV.16. Tamaños del efecto relativo a la variable “Número de situaciones sociales temidas”

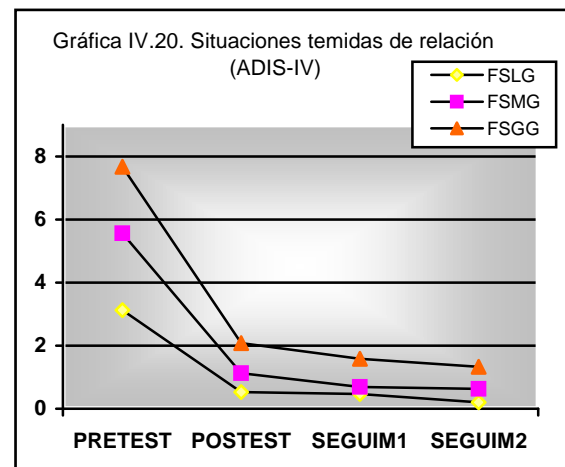
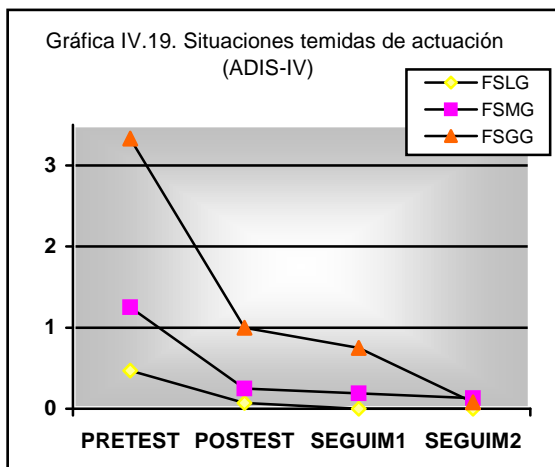
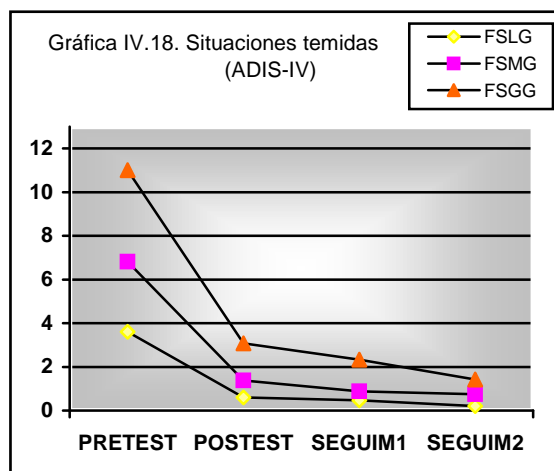
Instrumentos	Momento temporal	Condición experimental	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
			FSLG	FSMG	FSGG
			Nº Situaciones temidas (2-5)	Nº Situaciones temidas (6-9)	Nº Situaciones temidas (10-13)
			Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
Nº Medio situaciones	POSTEST		+2.091	+4.908	+6.520
	SEG-6 MESES		+2.182	+5.360	+7.137
	SEG-12 MESES		+2.370	+5.478	+7.886

Tabla IV.17. Tamaños del efecto relativo a la variable “Número de situaciones sociales de actuación temidas”

Instrumentos	Momento temporal	Condición experimental	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
			FSLG	FSMG	FSGG
			Nº Situaciones temidas (2-5)	Nº Situaciones temidas (6-9)	Nº Situaciones temidas (10-13)
			Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
Nº Medio situaciones actuación	POSTEST		+0.509	+1.233	+2.212
	SEG-6 MESES		+0.598	+1.307	+2.449
	SEG-12 MESES		+0.598	+1.380	+3.085

Tabla IV.18. Tamaños del efecto relativo a la variable “Número de situaciones sociales de relación temidas”

Instrumentos	Condición experimental	NIVEL 1 FSLG Nº Situaciones temidas (2-5)	NIVEL 2 FSMG Nº Situaciones temidas (6-9)	NIVEL 3 FSGG Nº Situaciones temidas (10-13)
	Momento temporal	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
Nº Medio situaciones relación	POSTEST	+2.185	+3.475	+5.843
	SEG-6 MESES	+2.235	+3.820	+6.365
	SEG-12 MESES	+2.462	+3.867	+6.627



IV.1.1.9. Cabe esperar que las distintas condiciones experimentales (“Fobia Social Levemente Generalizada”, “Fobia Social Moderadamente Generalizada” y “Fobia Social Gravemente Generalizada”) presenten diferencias pre-postest³ respecto a sí mismas en las variables de la prueba observacional, encontrándose:

IV.1.1.9.1. *En la situación de “Iniciar y Mantener una Conversación”, un incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor, de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando y del número de pausas igual o menores a dos segundos, así como un decremento del número de pausas mayores a dos segundos y de repeticiones ya sean éstas frases, palabras o sonidos.*

La Tabla IV.19 presenta la media y desviación típica de las medidas recogidas en la prueba observacional de *Iniciar y Mantener una Conversación* con una persona desconocida. Como puede observarse existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en todas las condiciones experimentales y en todas las variables estudiadas en la prueba observacional, excepto en la variable repeticiones.

Respecto de los valores de los tamaños del efecto (Tabla IV.20), puede observarse un signo negativo en todos los valores donde se produjo un aumento en las puntuaciones de las variables dependientes y un signo positivo en las que se produjo una disminución de los valores de éstas. Así, los tamaños se muestran muy altos para todas las condiciones experimentales en el incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor y en la proporción de tiempo que el sujeto está hablando, siendo en ambos casos FSGG es el que muestra un efecto del tratamiento mayor. Respecto a las variables relativas a la fluidez, tanto el incremento en el número de pausas igual o menores a dos segundos, como el decremento del número de pausas mayores a dos segundos muestran tamaños del efecto altos para FSLG y FSMG, mientras que en FSGG sólo es alto para las pausas mayores de 2 segundos y medio para las pausas menores o iguales a 2 segundos. Finalmente, todas las condiciones experimentales presentan un valor del tamaño del efecto bajo para la tercera de las variables relativa a la fluidez -reducción en el número de repeticiones-.

³ Los resultados de la prueba observacional difieren de los anteriores, en cuanto a que están referidos a las diferencias pretest-postest, debido a las dificultades que entraña la disponibilidad de cómplices de acuerdo con las posibilidades horarias de los sujetos para realizar la evaluación del estado de los efectos del tratamiento en los seguimientos programados.

Tabla IV.19. Resultados de las variables dependientes relativas a la prueba observacional de Iniciar y Mantener una Conversación

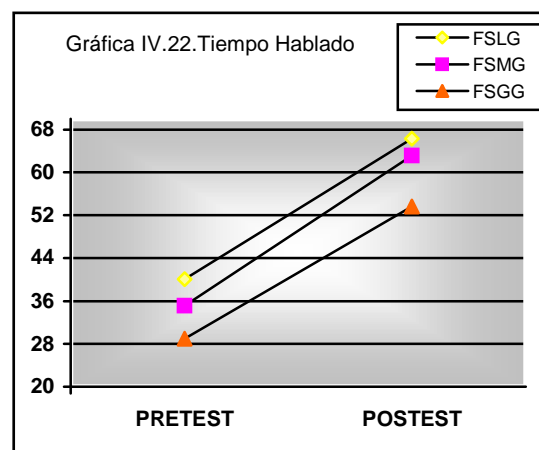
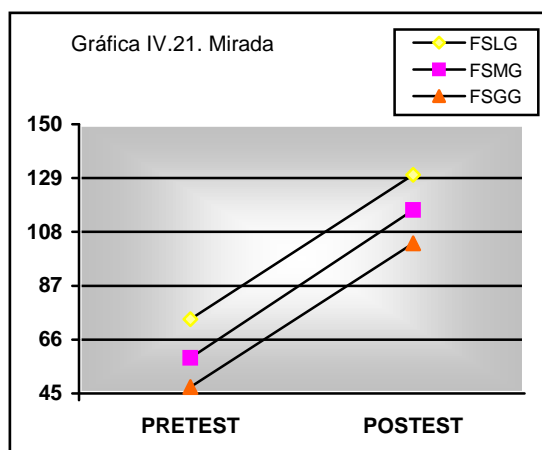
Condición experimental	VARIABLES		MOMENTO TEMPORAL		t	p	
			Pretest	Postest			
FSLG (N=28)	MIRADA	M	73.96	130.25	-9.951	0.000	
		DT	31.46	30.27			
	TIEMPO HABLADO	M	40.07	66.29	-5.266	0.000	
		DT	17.09	22.17			
	FLUIDEZ	PAUSAS ≤ 2 segs.	M	5.36	9.32	-3.800	0.001
			DT	4.89	8.39		
		PAUSAS > 2 segs.	M	5.50	1.64	7.127	0.000
			DT	2.86	1.64		
		REPETI- CIONES	M	4.32	3.75	0.672	0.507
			DT	3.93	3.49		
FSMG (N=25)	MIRADA	M	58.92	116.48	-8.797	0.000	
		DT	31.09	34.83			
	TIEMPO HABLADO	M	35.12	63.12	-6.138	0.000	
		DT	19.11	15.40			
	FLUIDEZ	PAUSAS ≤ 2 segs.	M	3.76	7.48	-3.265	0.003
			DT	3.88	7.34		
		PAUSAS > 2 segs.	M	6.76	3.32	4.452	0.000
			DT	3.86	2.66		
		REPETI- CIONES	M	4.64	4.24	-0.468	0.644
			DT	3.60	3.38		
FSGG (N=25)	MIRADA	M	47.44	103.56	-7.111	0.000	
		DT	18.71	36.80			
	TIEMPO HABLADO	M	28.92	53.60	-5.039	0.000	
		DT	13.35	22.54			
	FLUIDEZ	PAUSAS ≤ 2 segs.	M	4.12	5.96	-2.333	0.028
			DT	4.19	4.99		
		PAUSAS > 2 segs.	M	7.64	3.84	4.933	0.000
			DT	4.46	2.95		
		REPETI- CIONES	M	4.72	5.32	-0.697	0.492
			DT	3.37	3.39		

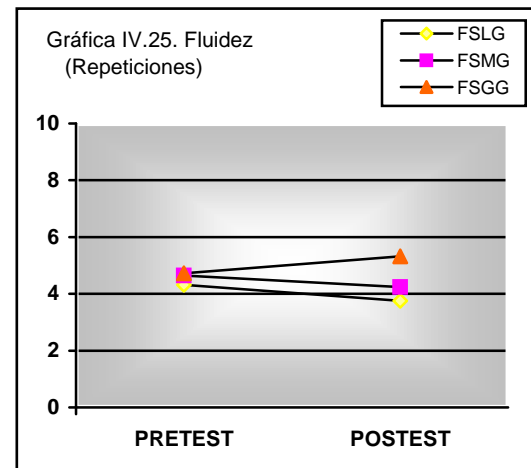
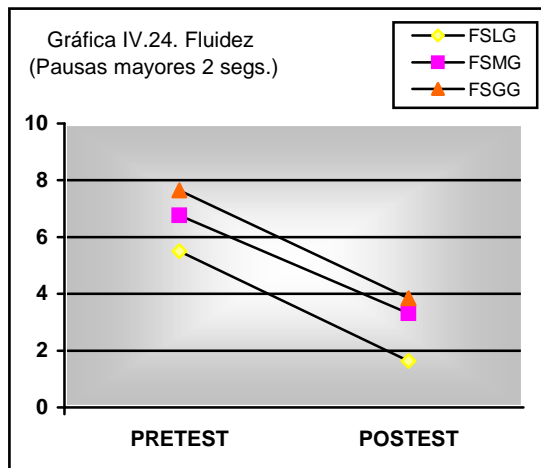
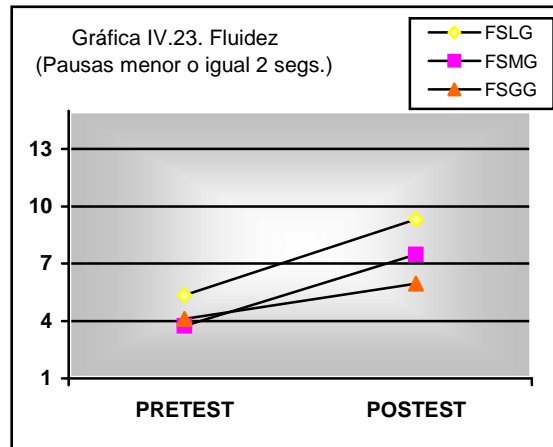
M: Media. DT: Desviación Típica. n: tamaño del grupo. N: Número de sujetos de la condición experimental. t: Valor de la prueba t de Student. p: Probabilidad.

Tabla IV.20. Tamaños del efecto relativo a las variables relativas a la situación “Iniciar y Mantener una Conversación”

Instrumentos	Condición experimental		NIVEL 1 FSLG Nº Situaciones temidas (2-5)	NIVEL 2 FSMG Nº Situaciones temidas (6-9)	NIVEL 3 FSGG Nº Situaciones temidas (10-13)
	Momento temporal		Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
Mirada	POSTEST		-1.739	-1.793	-2.905
Tiempo hablado	POSTEST		-1.493	-1.419	-1.790
PAUSAS ≤ 2 segs.	POSTEST		-0.787	-0.928	-0.425
PAUSAS > 2 segs.	POSTEST		+1.312	+0.863	+0.825
REPETI- CIONES	POSTEST		+0.141	+0.108	-0.172

Como se puede apreciar en las Gráficas IV.21–IV.25 todas las condiciones experimentales experimentan una marcada ganancia del pretest al posttest en las distintas variables analizadas excepto FSGG en la variable repeticiones. FSLG es el que mejores resultados en términos de puntuaciones directas obtenidas ha obtenido al ser sus componentes los que más miran a su interlocutor, los que presentan mayor número de pausas de menos de dos segundos junto, los que a su vez presentan el menor número de pausas mayores de dos segundos y los que más ven reducidos el número de repeticiones. En todas estas variables, el FSMG es el que ocupa la segunda posición en función de las ganancias experimentada. Por último, FSGG es el que obtiene resultados menos buenos en todas las variables.





IV.1.1.9.2. En la situación de “Dar una Charla o Discurso Improvisado”, un incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor, de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando y del número de pausas igual o menores a dos segundos, así como un decremento del número de pausas mayores a dos segundos y de repeticiones ya sean éstas frases, palabras o sonidos.

La Tabla IV.21 presenta la media y desviación típica de las medidas recogidas en la prueba observacional relativa a *Dar una Charla Improvisada* ante una audiencia de tres desconocidos. Como puede observarse existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en todas las condiciones experimentales y en todas las variables estudiadas en las variables “Mirada” y “Tiempo hablado” de la prueba observacional. Respecto al resto de variables, todas ellas relativas a la fluidez, se

observa que el tratamiento no generó diferencias significativas entre pretest y postest en ninguna de las condiciones ni para la variable número de pausas mayor a 2 segundos ni para el número de repeticiones. Por último, FSMG y FSGG mostraron diferencias significativas en las variables “Pausa iguales o menores de dos segundos, mientras que FSLG no lo hizo.

Tabla IV.21. Resultados de las variables dependientes relativas a la prueba observacional de Dar una Charla Improvisada

Condición experimental	MOMENTO TEMPORAL				T	P	
	VARIABLES		Pretest	Postest			
FSLG (N=28)	MIRADA	M	62.14	89.89	-2.716	0.011	
		DT	41.08	45.48			
	TIEMPO HABLADO	M	83.93	121.68	-5.754	0.000	
		DT	41.52	40.31			
	FLUIDEZ	PAUSAS ≤ 2 segs.	M	4.82	5.46	-0.634	0.531
			DT	4.06	4.23		
		PAUSAS > 2 segs.	M	4.00	2.61	2.034	0.052
			DT	2,81	3.82		
		REPETICIONES	M	6.93	4.86	1.350	0.188
			DT	6,30	6.08		
FSMG (N=25)	MIRADA	M	37.32	60.12	-3.401	0.002	
		DT	29.77	21.30			
	TIEMPO HABLADO	M	68.88	109.32	-4.920	0.000	
		DT	53.65	39.42			
	FLUIDEZ	PAUSAS ≤ 2 segs.	M	4.92	8.00	-3.923	0.001
			DT	3.26	4.08		
		PAUSAS > 2 segs.	M	3.72	4.36	-0.758	0.456
			DT	2.82	3.78		
		REPETICIONES	M	5.48	8.12	-1.523	0.141
			DT	5.56	5.93		
FSGG (N=25)	MIRADA	M	39.08	70.36	-3.198	0.004	
		DT	31.19	38.78			
	TIEMPO HABLADO	M	55.44	99.08	-5.838	0.000	
		DT	32.16	39.13			
	FLUIDEZ	PAUSAS ≤ 2 segs.	M	5.08	7.96	-2.298	0.031
			DT	4.02	4.20		
		PAUSAS > 2 segs.	M	4.36	4.24	0.147	0.884
			DT	2.80	2.98		
		REPETICIONES	M	8.32	7.40	0.596	0.557
			DT	7.29	5.27		

M: Media. DT: Desviación Típica. n: tamaño del grupo. N: Número de sujetos de la condición experimental. t: Valor de la prueba t de Student. p: Probabilidad.

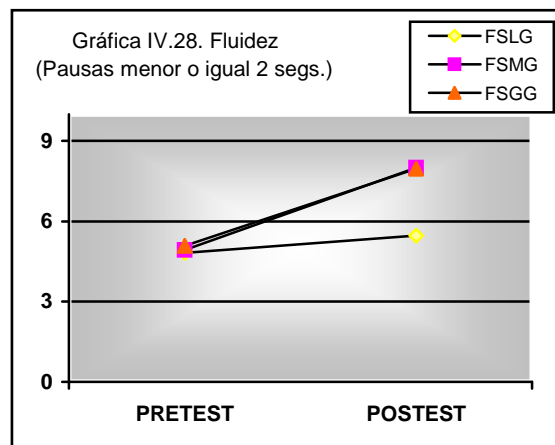
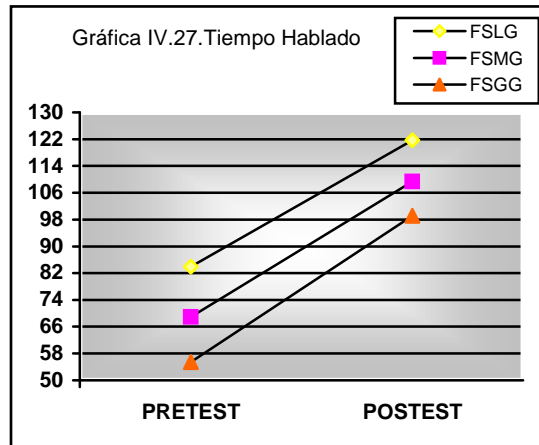
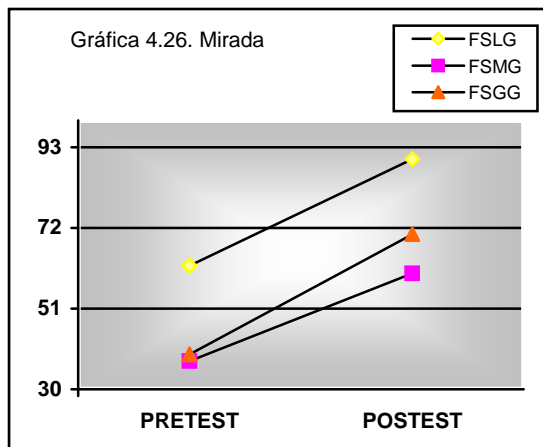
Respecto de los valores de los tamaños del efecto (tabla IV.22), éstos se muestran entre medios-altos y muy altos para todas las condiciones experimentales en el incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor y en la proporción de tiempo que el sujeto está hablando, siendo en ambos casos FSGG es el que muestra un efecto del tratamiento mayor. Respecto a las variables relativas a la fluidez, el incremento en el número de pausas igual o menores a dos segundos muestra un tamaño del efecto alto para FSMG y medio-alto para FSGG; el decremento del número de pausas mayores a dos segundos únicamente resulta medio para FSLG, mientras que es muy bajo para FSGG y tiene un signo negativo en FSMG, es decir, se produce un ligero aumento en el número de pausas mayores a dos segundos en el postest de esta condición experimental. Finalmente, la condición experimental FSLG presenta para la tercera de las variables relativa a la fluidez -reducción en el número de repeticiones- un tamaño del efecto medio, la condición FSGG bajo y FSMG medio, pero con sentido contrario a lo esperado: un aumento en el número de repeticiones en el postest.

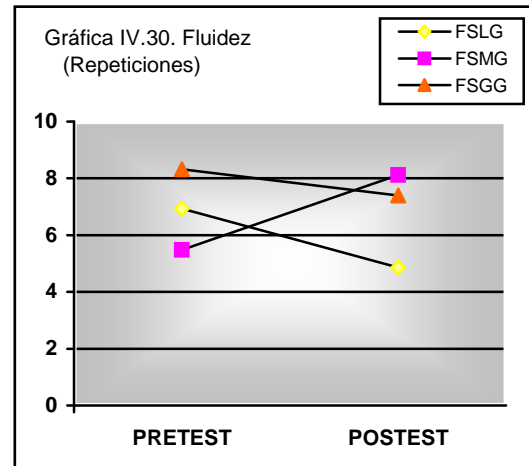
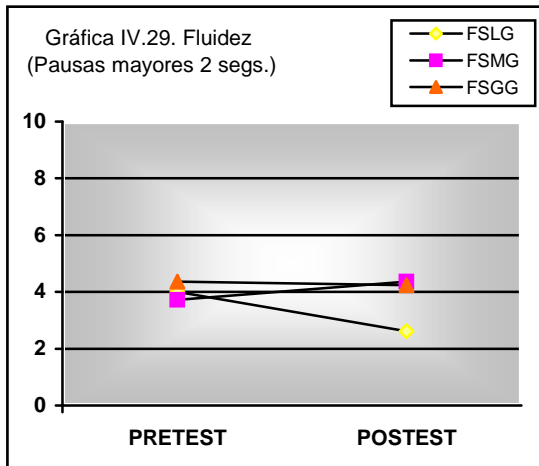
Tabla IV.22. Tamaños del efecto relativo a las variables relativas a la situación “Dar una charla o discurso improvisado”

Instrumentos	Condición experimental		NIVEL 1 FSLG Nº Situaciones temidas (2-5)	NIVEL 2 FSMG Nº Situaciones temidas (6-9)	NIVEL 3 FSGG Nº Situaciones temidas (10-13)
	Momento temporal		Tamaño del efecto	Tamaño del efecto	Tamaño del efecto
Mirada	POSTEST		-0.656	-0.742	-0.971
Tiempo hablado	POSTEST		-0.884	-0.730	-1.314
PAUSAS ≤ 2 segs.	POSTEST		-0.153	-0.915	-0.694
PAUSAS > 2 segs.	POSTEST		+0.481	-0.219	+0.041
REPETICIONES	POSTEST		+0.319	-0.460	+0.122

Como se puede apreciar en las Gráficas IV.26–IV.30 todos los niveles experimentan ganancias del pretest al postest en las distintas variables analizadas excepto FSMG en las variables “Pausas mayores de 2 segundos” y “Repeticiones”. FSLG es el que

mejores resultados, en términos de puntuaciones en el postest, ha obtenido al ser sus componentes los que más miran a su interlocutor, los que presentan mayor número de pausas de menos de dos segundos junto, los que a su vez presentan el menor número de pausas mayores de dos segundos y los que más ven reducidos el número de repeticiones. En cuatro de las variables, FSGG es el que ocupa la segunda posición en función de las ganancias experimentadas. Por último, FSMG es el que obtiene los mejores resultados en el aumento del número de pausas iguales o mayores a dos segundos, el segundo que mejores resultados logra en el porcentaje de tiempo hablado, pero también logra los resultados menos buenos en el resto de variables, incluso observándose un empeoramiento en las variables silencios mayores de 2 segundos y repeticiones.





La tabla 4.23 muestra un resumen de los resultados relativos a las comparaciones intragrupo.

TABLA IV.23. RESUMEN DE LAS PRUEBAS DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA GLOBALES Y LOS TAMAÑOS DEL EFECTO DE LAS COMPARACIONES INTRAGRUPO																			
Variables Dependientes	Instrumentos de evaluación	FOBIA SOCIAL LEVEMENTE GENERALIZADA						FOBIA SOCIAL MODERADAMENTE GENERALIZADA						FOBIA SOCIAL GRAVEMENTE GENERALIZADA					
		P	Tendencia Lineal	Tendencia Cuadrática	Tamaños del efecto			P	Tendencia Lineal	Tendencia Cuadrática	Tamaños del efecto			P	Tendencia Lineal	Tendencia Cuadrática	Tamaños del efecto		
					Post	Seg. 6	Seg. 12				Post	Seg. 6	Seg. 12				Post	Seg. 6	Seg. 12
Respuestas de ansiedad	SPAI-FS	0.000	0.000	0.006	1.270	1.790	2.210	0.000	0.000	0.000	2.080	3.320	3.110	0.000	0.000	0.063	1.810	2.220	2.830
	SPAI-DIF	0.000	0.000	0.051	1.160	1.710	2.110	0.000	0.000	0.002	1.340	2.140	2.040	0.000	0.000	0.155	1.930	2.650	3.350
	SAS-A Total	0.000	0.000	0.019	1.280	1.730	2.040	0.000	0.000	0.000	1.290	2.240	1.970	0.000	0.000	0.059	2.100	2.930	3.490
	SPS	0.000	0.000	0.003	1.000	1.120	1.460	0.000	0.000	0.000	1.550	2.460	2.440	0.000	0.000	0.018	1.610	2.160	2.500
	SIAS	0.000	0.000	0.028	1.140	1.910	2.220	0.000	0.000	0.000	1.410	2.440	2.390	0.000	0.000	0.007	1.680	2.170	2.510
	PRCS	0.000	0.000	0.006	-1.140	-2.460	-2.180	0.000	0.000	0.017	-1.320	-1.700	-1.780	0.000	0.000	0.327	-1.190	-1.510	-2.080
	EDAS Total	0.000	0.000	0.010	0.800	1.240	1.340	0.000	0.000	0.000	0.410	2.520	2.330	0.000	0.000	0.021	1.320	1.660	2.020
Componente cognitivo	SAS-A/FNE	0.000	0.000	0.010	1.310	1.600	1.920	0.000	0.000	0.000	0.980	1.660	1.460	0.000	0.000	0.039	2.340	3.150	3.780
	SSPS	0.001	0.004	0.020	1.000	1.630	1.310	0.000	0.001	0.000	1.170	1.730	1.500	0.000	0.000	0.167	0.870	1.370	1.700
Respuestas de evitación social	SAS-A/ SAD-N	0.000	0.000	0.021	1.339	1.982	2.264	0.000	0.000	0.000	1.357	2.384	2.021	0.000	0.000	0.145	1.417	2.094	2.497
	SAS-A/SAD-G	0.000	0.000	0.141	0.696	1.005	1.189	0.000	0.000	0.004	0.875	1.562	1.470	0.000	0.000	0.054	1.453	1.998	2.357
	EDAS-Ansiedad	0.000	0.000	0.001	0.993	1.422	1.519	0.000	0.000	0.000	1.546	2.554	2.343	0.000	0.000	0.030	1.608	1.767	2.252
Asertividad	RAS	0.000	0.004	0.009	-0.700	-1.426	-0.670	0.000	0.000	0.000	-1.307	-2.079	-2.009	0.000	0.000	0.067	-1.739	-2.270	-2.821
Autoestima	SASI	0.000	0.000	0.848	-0.364	-1.862	-1.307	0.007	0.005	0.060	-0.606	-0.965	-0.852	0.000	0.000	0.213	-1.051	-1.373	-1.519
Inadaptación/interferencia	EI	0.140	0.066	0.489	0.060	0.198	0.435	0.000	0.000	0.052	0.647	1.055	1.164	0.000	0.000	0.185	0.573	1.020	1.365
	EDAS-INT	0.000	0.000	0.160	0.467	0.862	0.951	0.000	0.000	0.020	0.929	1.820	1.706	0.000	0.000	0.076	0.757	1.379	1.501
Habilidades Sociales	CHSPA	0.000	0.001	0.061	0.751	1.195	1.303	0.000	0.000	0.001	1.126	1.930	1.998	0.000	0.000	0.031	1.136	1.669	2.030
PROMEDIO DE CUESTIONARIOS		-	-	-	0.910	0.595	1.554	-	-	-	1.173	2.033	1.917	-	-	-	1.446	1.964	2.388
Situaciones sociales temidas	Total	0.000	0.000	0.000	2.091	2.182	2.370	0.000	0.000	0.000	4.908	5.360	7.137	0.000	0.000	0.002	6.520	7.137	7.886
	Actuación	0.003	0.032	0.028	0.509	0.598	0.598	0.000	0.000	0.006	1.233	1.307	1.380	0.000	0.000	0.027	2.212	2.449	3.085
	Relación	0.000	0.000	0.000	2.185	2.235	2.462	0.000	0.000	0.000	3.475	3.820	3.867	0.000	0.000	0.002	5.843	6.365	6.627
PROMEDIO DE ADIS-IV-L		-	-	-	1.595	1.672	1.810	-	-	-	3.205	3.496	4.128	-	-	-	4.858	5.317	5.866
Iniciar y Mantener una Conversación	Mirada	0.000	-	-	-1.739	-	-	0.000	-	-	-1.793	-	-	0.000	-	-	-2.905	-	-
	Tiempo hablado	0.000	-	-	-1.493	-	-	0.000	-	-	-1.419	-	-	0.000	-	-	-1.790	-	-
	PAUSAS ≤ 2 segs.	0.001	-	-	-0.787	-	-	0.003	-	-	-0.928	-	-	0.028	-	-	-0.425	-	-
	PAUSAS > 2 segs.	0.000	-	-	1.312	-	-	0.000	-	-	0.863	-	-	0.000	-	-	0.825	-	-
	Repeticiones	0.507	-	-	0.141	-	-	0.644	-	-	0.108	-	-	0.492	-	-	-0.172	-	-
Dar una Charla o Discurso Improvisado	Mirada	0.011	-	-	-0.656	-	-	0.002	-	-	-0.742	-	-	0.004	-	-	-0.971	-	-
	Tiempo hablado	0.000	-	-	-0.884	-	-	0.000	-	-	-0.730	-	-	0.000	-	-	-1.314	-	-
	PAUSAS ≤ 2 segs.	0.531	-	-	-0.153	-	-	0.001	-	-	-0.915	-	-	0.031	-	-	-0.694	-	-
	PAUSAS > 2 segs.	0.052	-	-	0.481	-	-	0.456	-	-	-0.219	-	-	0.884	-	-	0.041	-	-
	Repeticiones	0.188	-	-	0.319	-	-	0.141	-	-	-0.460	-	-	0.557	-	-	0.122	-	-
PROMEDIO TEST SITUACIONALES		-	-	-	0.796	-	-	-	-	-	0.682	-	-	-	-	-	0.891	-	-

p = nivel de significación estadística en las pruebas comparación de medias (ANOVAs y t de Student de medidas repetidas), probabilidad <0.001

Tendencia lineal = nivel de significación estadística probabilidad <0.001

Tendencia cuadrática = nivel de significación estadística probabilidad <0.001

Tamaños del efecto: valores en las comparaciones intra respecto de las medidas en el pretest

IV.1.2. COMPARACIONES INTERGRUPOS

De acuerdo con nuestra hipótesis B (p. 314), el tratamiento mostraría eficacia diferencial entre los grupos experimentales en los que hemos dividido la Fobia Social Generalizada en la comparación pretest-postest-seguimientos. Mientras que, según la hipótesis C (p. 315), se habría de cumplir que el tamaño del efecto siguiese la siguiente relación de orden: $FSGG \geq FSMG \geq FSLG$ en:

IV.1.2.1. *La reducción de las respuestas de ansiedad social, medidas éstas a través de instrumentos de evaluación específicos para la Fobia Social: (a) el Inventario de Fobia y Ansiedad Social (SPAI), tanto en la subescala de Fobia Social, como en la puntuación de Diferencia, (b) la puntuación Total de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), (c) la Escala de Fobia Social (SPS), (d) la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS), (e) el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS) y, (f) la puntuación Total de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social.*

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, presentamos en la tabla IV.24 las medias, desviaciones típicas y los valores de F obtenidos tanto para el postest como para los seguimientos a los 6 y los 12 meses (covariable: pretest) en relación con las variables dependientes SPAI-FS, SPAI-DIF, SAS-A Total, SPS, SIAS, PRCS y EDAS.

Como puede observarse en dicha tabla, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el postest, ni en los seguimientos en ninguna de las medidas excepto para la SPS en el seguimiento a los 6 meses [$F(2,57) = 4.270, p = 0.019$], con una menor puntuación para la condición experimental FSMG ($M = 13.53, DT = 8.32$) frente a FSLG ($M = 17.83, DT = 18.88$) y a FSGG ($M = 21.00, DT = 17.33$). Además, se puede apreciar que las puntuaciones obtenidas en la mayoría de los instrumentos de evaluación específicos para la Fobia Social son, en los tres momentos temporales, más bajas para FSLG que para el resto de las condiciones experimentales. En el postest, en todas las medidas, puede observarse una tendencia a disminuir sus valores de acuerdo al siguiente orden $FSLG < FSMG < FSGG$, excepto para el SIAS y el PRCS, pues en ellas FSMG obtiene las puntuaciones más bajas. Esta tendencia se confirma en el seguimiento a los 6 meses, donde Fobia Social Moderadamente Generalizada presenta puntuaciones más bajas que FSLG en todas las variables dependientes (excepto en el

SPAI-DIF) y que FSGG. Sin embargo, esta tendencia desaparece en el seguimiento a los 12 meses, donde las puntuaciones en todas las medidas (excepto PRCS) son más bajas en FSLG, seguido por FSGG (excepto SPS y SIAS) y FSMG.

En concreto, las comparaciones *post-hoc* en el postest revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en ninguna de las variables analizadas (véase Tablas IV.25-IV.31). No obstante, podemos observar que los tamaños del efecto son negativos en todos los casos, excepto al comparar las puntuaciones de la SPAI-FS y EDAS-Total entre FSMG y FSGG, a favor del primero. Esto indica que se obtienen tamaños del efecto del tratamiento altos en FSGG y FSMG en comparación con FSLG. En relación con el valor de la magnitud del efecto, se puede apreciar que al comparar FSGG con FSLG, éste es alto respecto a las puntuaciones en todas las medidas, excepto en el PRCS, para el que fue bajo. Al comparar FSMG con FSLG, el tamaño del efecto fue elevado en SPAI-FS; SASA-TOTAL, SPS, SIAS y EDAS-TOTAL y medio en SPAI-DIF y PRCS. Por último, la comparación entre FSGG y FSMG mostró tamaños del efecto medios en la puntuación total de la SAS-A y en el SPS a favor del primero, mientras que los valores fueron bajos en el resto de pruebas.

Si bien, las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest) revelan que los dos grupos experimentales de mayor gravedad en ansiedad social (FSMG y FSGG) no presentan diferencias significativas con respecto a FSLG (véase tablas IV.25-IV.31), sin embargo, si se hallan diferencias atendiendo a los tamaños del efecto. En este sentido, existen discrepancias acerca de qué subgrupo de Fobia Social obtiene el tamaño del efecto más elevado. Mientras que en las variables SPAI-DIF, SAS-A/Total, SPS y SIAS el tamaño del efecto más alto se halla en FSGG frente a FSLG, en el SPAI-FS, PRCS y EDAS/Total el valor del efecto del tratamiento es más alto en FSMG frente a FSLG. Por último, el tamaño del efecto del tratamiento en FSGG fue mayor al obtenido en FSMG para la SAS-A Total y el SPS, aunque sólo fue medio.

Tabla IV.24. Medias y desviaciones típicas de las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

Momento temporal	Condición experimental		FSLG (N=28)	FSMG (N=25)	FSGG (N=25)	Resultados ANCOVA
POSTEST	SPAI-FS	M	60.91	67.23	76.56	F(2,70)=0.65, p = 0.527
		DT	29.64	30.96	41.61	
	SPAI-DIF	M	45.05	51.09	58.84	F(2,70)=0.16, p = 0.853
		DT	22.21	27.15	30.21	
	SAS-A Total	M	45.43	47.00	50.68	F(2,70)=0.72, p = 0.490
		DT	15.55	12.44	17.88	
	SPS	M	22.18	24.00	28.40	F(2,70)=1.57, p = 0.214
		DT	12.67	17.08	18.11	
	SIAS	M	31.43	30.38	34.56	F(2,70)=2.24, p = 0.114
		DT	13.47	13.51	14.81	
	PRCS	M	102.39	109.90	102.88	F(2,70)=1.07, p = 0.349
		DT	16.76	24.62	29.39	
	EDAS Total	M	51.25	53.76	57.88	F(2,70)=1.88, p = 0.161
		DT	17.27	17.94	18.33	
SEGUIMIENTO ¹	SPAI-FS	M	45.91	44.04	63.20	F(2,57)=1.69, p = 0.193
		DT	33.17	24.71	42.78	
	SPAI-DIF	M	33.34	35.73	44.88	F(2,57)=0.20, p = 0.818
		DT	24.15	24.03	29.22	
	SAS-A Total	M	38.52	36.53	44.11	F(2,57)=0.87, p = 0.425
		DT	15.67	10.68	17.89	
	SPS	M	17.83	13.53	21.00	F(2,57)=4.27, p = 0.019
		DT	18.88	8.32	17.33	
	SIAS	M	23.83	20.05	29.68	F(2,57)=1.92, p = 0.155
		DT	15.78	7.37	17.63	
	PRCS	M	115.04	114.47	107.78	F(2,56)=0.28, p = 0.760
		DT	22.68	26.93	30.86	
	EDAS Total	M	45.04	43.53	52.95	F(2,57)=2.20, p = 0.120
		DT	18.58	11.65	22.74	
SEGUIMIENTO ²	SPAI-FS	M	30.05	47.86	40.10	F(2,38)=2.16, p = 0.130
		DT	25.45	25.91	34.29	
	SPAI-DIF	M	23.05	37.36	28.43	F(2,38)=2.06, p = 0.141
		DT	18.86	22.47	21.57	
	SAS-A Total	M	33.71	38.63	34.83	F(2,38)=1.89, p = 0.165
		DT	12.12	10.72	14.83	
	SPS	M	11.00	14.06	15.00	F(2,38)=1.14, p = 0.330
		DT	15.55	10.60	15.42	
	SIAS	M	17.93	20.00	24.42	F(2,38)=0.00, p = 0.996
		DT	14.43	10.13	15.88	
	PRCS	M	118.71	120.13	127.33	F(2,38)=0.54, p = 0.588
		DT	18.61	24.98	28.01	
	EDAS Total	M	41.00	45.19	45.17	F(2,38)=1.57, p = 0.222
		DT	16.37	13.21	22.29	

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental, SPAI-FS: Inventario de Ansiedad y Fobia Social (subescala de Fobia Social), SPAI-DIF: Inventario de Ansiedad y Fobia Social (puntuación de diferencia), SAS-A Total: Puntuación total de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, SPS: Escala de Fobia Social, SIAS: Escala de Ansiedad ante la Interacción Social, PRCS: Cuestionario de Confianza al Hablar en Público, EDAS Total: Puntuación Total de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social.

Tabla IV.25. Comparaciones *post-hoc* del SPAI-FS en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	P
FSMG	-1.289	1.000		
FSGG	-1.126	0.915	0.163	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.26. Comparaciones *post-hoc* del SPAI-DIF en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.606	1.000		
FSGG	-0.867	1.000	-0.261	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.27. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/Total en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	P
FSMG	-0.782	1.000		
FSGG	-1.227	0.756	-0.445	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.28. Comparaciones *post-hoc* de la SPS en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.750	0.658		
FSGG	-1.341	0.263	-0.591	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.29. Comparaciones *post-hoc* de la SIAS en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-1.062	0.214		
FSGG	-1.249	0.204	-0.187	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.30. Comparaciones *post-hoc* del PRCS en Total el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	0.482	0.456		
FSGG	0.183	1.000	-0.299	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.31. Comparaciones *post-hoc* del EDAS en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-1.090	0.484		
FSGG	-1.002	0.198	0.088	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

En relación con las comparaciones *post-hoc* en el primer seguimiento (Tablas IV.32-IV.38), sucede lo mismo que en el postest, es decir, no podemos afirmar que el tratamiento tenga un efecto diferencial a favor de ninguna de las condiciones experimentales, en función de los resultados obtenidos en los cuestionarios que evalúan específicamente la Fobia Social. No obstante, al igual que sucedía en el postest, casi todas las comparaciones muestran tamaños del efecto negativos, lo cual indica un mayor efecto del tratamiento en FSGG y FSMG en comparación con FSLG, así como también

en FSGG frente a FSMG. Las excepciones fueron las comparaciones entre FSMG y FSGG en el SPAI-FS y en el EDAS/Total que muestran tamaños del efecto positivos, lo cual indica efectos del tratamiento mayores en FSMG que en FSGG.

De este modo, se observan los efectos del tratamiento más altos en FSGG frente a FSLG en cuatro de las medidas específicas de la Fobia Social (SPAI/DIF, SAS-A/Total, SPS y PRCS), mientras los valores más elevados correspondieron a la comparación entre FSMG y FSLG en el SPAI-FS, SIAS Y EDAS/Total.

Respecto al valor del tamaño del efecto, podemos apreciar que es positivo y alto sólo para el SPAI-FS, bajo al comparar la puntuación en el SPAI-DIF, SAS-A/Total y PRCS entre FSMG y FSGG, medio para esta misma comparación respecto a las puntuaciones obtenidas en el SPS, SIAS y EDAS/Total y. También dicho valor del efecto del tratamiento fue bajo al comparar la puntuación del PRCS entre FSLG y FSMG y medio en la comparación de esta prueba entre FSLG y FSGG. El resto de comparaciones presentan tamaños del efecto entre altos y muy altos (entre 0.670 y -1.897).

Tabla IV.32. Comparaciones *post-hoc* del SPAI-FS en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	-1.897	0.215		
FSGG	-1.103	0.819	0.794	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.33. Comparaciones *post-hoc* del SPAI-DIF en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.757	1.000		
FSGG	-0.991	1.000	-0.234	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.34. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/Total en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-1,251	0.587		
FSGG	-1.341	1.000	-0.090	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.35. Comparaciones *post-hoc* de la SPS en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-1.265	0.020		
FSGG	-1.602	0.108	-0.337	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.39. Comparaciones *post-hoc* del SPAI-FS en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-1.205	0.875		
FSGG	-1.381	1.000	-0.176	0.146

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

Tabla IV.40. Comparaciones *post-hoc* del SPAI-DIF en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.213	0.537		
FSGG	-1.278	1.000	-1.065	0.199

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

Tabla IV.41. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/Total en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.737	0.841		
FSGG	-1.817	1.000	-1.080	0.190

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

Tabla IV.42. Comparaciones *post-hoc* de la SPS en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.828	1.000		
FSGG	-1.577	0.450	-0.749	0.751

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

Tabla IV.43. Comparaciones *post-hoc* de la SIAS en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	-1.065	1.000		
FSGG	-1.081	1.000	-0.016	1.000

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

Tabla IV.44. Comparaciones *post-hoc* del PRCS en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.117	1.000		
FSGG	0.176	0.984	0.293	1.000

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

Tabla IV.45. Comparaciones *post-hoc* del EDAS-Total en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-1.266	1.000		
FSGG	-1.205	0.304	0.061	0.476

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

IV.1.2.2. *El decremento de las escalas que miden el componente cognitivo de la Fobia Social: (a) la subescala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) del SAS-A, y (b) el Cuestionario de Autoverbalizaciones en la situación de Hablar en Público.*

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, presentamos en la tabla IV.46 las medias, desviaciones típicas y los valores F obtenidos tanto para el posttest como para el seguimiento (covariables: pretest).

Como puede observarse en la Tabla IV.46, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en la SASA/FNE, ni en el SSPS en ninguno de los momentos temporales. Una cuestión que se dio en el primer grupo de medidas específicas de la ansiedad social y que se repetirá en la mayoría de los otros instrumentos de medida utilizados en nuestro estudio, se da también en este punto. Se trata de que FSMG puntúa incluso por debajo de FSLG en el seguimiento a los 6 meses en ambas pruebas, mientras las puntuaciones para el subgrupo moderado de FSG aumentan ligeramente en el seguimiento a los 12 meses respecto del primer seguimiento, si bien los valores se mantienen por debajo de los obtenidos en el posttest. En este caso, también FSLG ofrece esta misma tendencia en el SSPS. Por su parte FSGG obtiene los mejores resultados a largo plazo, mostrando unas puntuaciones muy similares al subgrupo menos grave, FSLG.

En concreto, las comparaciones *post-hoc* en el posttest (covariable: pretest) (Tablas IV.47 y IV.48), permiten observar que si bien no existen diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en las escalas que miden el componente cognitivo de la Fobia Social, al comparar las puntuaciones obtenidas en FSGG y FSLG, son los primeros los que obtienen un tamaño del efecto muy alto en la SAS-A/FNE ($d = -1,036$) y bajo en la SSPS ($d = -0,177$). Respecto a las comparaciones entre las condiciones FSGG frente a FSMG, podemos observar que es FSGG la que presenta mayor efecto del tratamiento, mostrando un valor del tamaño del efecto medio en la SAS-A/FNE ($d = -0,646$), y bajo en la SSPS ($d = 0,093$). Sin embargo, ninguna de las comparaciones entre FSMG y FSLG alcanza ni siquiera un valor medio (SAS-A/FNE: $d = -0,390$ y SSPS: $d = -0,270$).

Tabla IV.46. Medias y desviaciones típicas de las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

Momento Temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANCOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST	SAS-A FNE	20.75	7.57	22.00	6.66	22.24	9.82	F(2,70)=0.743, p =0.479
	SSPS	14.68	10.38	16.62	9.29	20.04	12.36	F(2,70)=0.155, p =0.857
SEGUIMIENTO ¹	SAS-A FNE	17.87	7.73	17.26	7.67	20.16	8.95	F(2,57)=0.517, p =0.599
	SSPS	11.96	8.63	12.21	9.28	17.50	13.28	F(2,56)=0.709, p =0.497
SEGUIMIENTO ²	SAS-A FNE	15.50	7.55	18.38	7.04	15.58	7.91	F(2,38)=2.816, p =0.072
	SSPS	12.07	12.27	13.38	10.74	11.08	12.21	F(2,38)=0.183, p =0.833

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: tamaño del grupo, N: número de sujetos de la condición experimental, SAS-A/FNE: Subescala de Miedo a la Evaluación Negativa del SAS-A, SSPS: Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público.

Por lo tanto, acerca de qué subgrupo de la Fobia Social Generalizada tiene el tamaño del efecto más elevado, el valor más alto pertenece a FSGG respecto a FSLG en la SAS-A/FNE, seguido por el valor medio del efecto del tratamiento en FSGG frente a FSMG.

Tabla IV.47. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/FNE en el posttest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.390	1.000		
FSGG	-1.036	0.685	-0.646	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.48. Comparaciones *post-hoc* del SSPS en el posttest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	P
FSMG	-0.270	1.000		
FSGG	-0.177	1.000	0.093	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Como podemos observar en las Tablas IV.49 y IV.50, las comparaciones *post-hoc* en el primer seguimiento (covariable: pretest) nos indican una tendencia similar a la encontrada en el posttest. Si bien no existe un efecto diferencial del tratamiento estadísticamente significativo entre los grupos experimentales, la comparación entre la condición FSLG y FSMG presenta tamaños del efecto altos para la SAS-A/FNE y el SSPS, las diferencias entre FSLG y FSGG muestran valores alto para el SSPS y medio para la SAS-A/FNE. Por último, la diferencia entre FSMG y FSGG presenta un tamaño del efecto muy alto en la subescala FNE de la SAS-A ($d=-2.086$). En este caso parecen

existir discrepancias respecto a la eficacia del tratamiento en las condiciones experimentales, ya que la condición para la que el tratamiento produce tamaños del efecto más elevados es FSGG tanto frente a FSMG en la SAS-A/FNE, como frente a FSLG en el SSPS. También la comparación de FSGG frente a FSLG ofreció un tamaño del efecto medio a favor de la primera de las condiciones. Por otra parte, el tamaño del efecto en la comparación de FSLG respecto de FSMG en la SAS-A/FNE resultó positiva, por lo que se deduce una eficacia mayor en el tratamiento de FSLG frente a FSMG, mientras en el SSPS el resultado fue el inverso en esta comparación.

Tabla IV.49. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/FNE en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	1.414	0.941		
FSGG	-0.593	1.000	-2.086	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.50. Comparaciones *post-hoc* de la SSPS en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.710	1.000		
FSGG	-0.984	1.000	-0.274	0.781

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Por último, las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento a los 12 meses (covariable: pretest) (Véanse las tablas IV.51 y IV.52) muestran que, en consonancia con lo sucedido en el postest y el primer seguimiento, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales ni en la subescala FNE de la SAS-A ni en el SSPS. Como se puede apreciar, FSGG presenta tamaños del efecto altos (superiores a 0.80) cuando es comparado con FSLG y FSMG en la SAS-A/FNE. También se acerca a un tamaño del efecto alto el efecto del tratamiento en FSGG respecto de FSLG.

Tabla IV.51. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/FNE en el seguimiento a los 12 meses

	F...SLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.226	0.648		
FSGG	-1.509	0.718	-1.283	0.071

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.52. Comparaciones *post-hoc* de la SSPS en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.338	1.000		
FSGG	-0.705	1.000	-0.367	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

IV.1.2.3. *La reducción de las puntuaciones de los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar las respuestas de evitación social: (a) la Subescala de Evitación y Malestar Social ante extraños (SAD-New) del SAS-A, (b) la Subescala de Evitación y Malestar Social ante gente en general (SAD-General) del SAS-A y (c) la subescala de Ansiedad Social de la EDAS.*

Como puede observarse en la Tabla IV.53, la prueba F nos indica que no existen diferencias estadísticamente significativas, entre las condiciones experimentales en los instrumentos utilizados, en ninguno de los momentos temporales. Nuevamente, se observa el dato relativo a la condición FSMG, que hace referencia al aumento en las puntuaciones de las medidas que evalúan las respuestas de evitación social a largo plazo frente a las mismas puntuaciones a los 6 meses. También puede apreciarse, que, una vez más, es la condición FSGG la que presenta una reducción mayor en las puntuaciones que, permite que se minimicen las diferencias entre las tres condiciones conforme se avanza en los momentos de medida. Nuevamente se confirma la tendencia general que continúa siendo la de mayor tamaño de las diferencias a medida que se incrementa la severidad de la Fobia Social.

En concreto, como podemos observar en las Tablas IV.54-IV.59, ninguna de las comparaciones *post-hoc* resulta significativa ni en el posttest, ni en ninguno de los seguimientos. No obstante, en las tablas relativas al posttest (IV.54.- IV.56.), puede apreciarse que los tamaños del efecto son altos y en sentido negativo cuando se compara la condición experimental FSGG con la de FSLG en todas las medidas y al comparar FSLG con la de FSMG en la subescala SAD-N de la SAS-A, medio cuando son comparados estos mismos subgrupos de severidad leve y moderada en la subescala Ansiedad de la EDAS y también en la comparación entre FSMG y FSGG en la SAS-A/SAD-G y en la subescala de Ansiedad de la EDAS.

Tabla IV.53. Medias y desviaciones típicas de las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

Momento Temporal	Condición Experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANCOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST	SAS-A SAD-N	15.82	5.37	15.76	4.46	17.68	6.08	F(2,70)=0.375, p = 0.689
	SAS-A SAD-G	8.75	4.11	9.24	3.39	10.12	3.87	F(2,70)=0.502, p = 0.607
	EDAS-ANS	35.14	9.74	36.57	11.33	38.76	13.41	F(2,70)=2.349, p = 0.103
SEGUIMIENTO ¹	SAS-A SAD-N	13.04	5.60	12.16	3.83	14.79	6.27	F(2,57)=0.733, p = 0.485
	SAS-A SAD-G	7.61	3.49	7.11	2.05	9.16	3.67	F(2,57)=1.156, p = 0.322
	EDAS-ANS	31.43	12.35	28.84	7.88	36.26	15.43	F(2,57)=2.634, p = 0.081
SEGUIMIENTO ²	SAS-A SAD-N	11.07	3.54	13.00	3.67	11.42	5.05	F(2,38)=1.748, p = 0.188
	SAS-A SAD-G	7.14	2.21	7.25	2.65	7.83	2.95	F(2,38)=0.025, p = 0.975
	EDAS-ANS	28.50	11.04	30.25	9.11	29.67	13.52	F(2,38)=1.419, p = 0.255

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental, SADs: Escala de Ansiedad y Evitación Social, SAS-A/SAD-N: Escala de Evitación y Malestar Social ante extraños, SAS-A/SAD-G: Escala de Evitación y Malestar Social ante gente en general.

Tabla IV.54. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/SAD-N en el posttest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.980	1.000		
FSGG	-0.754	1.000	0.226	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.55. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/SAD-G en el posttest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.385	1.000		
FSGG	-0.999	0.966	-0.614	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.56. Comparaciones *post-hoc* de la EDAS/ANSIEDAD en el posttest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.658	0.383		
FSGG	-1.183	0.115	-0.525	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento a los 6 meses (covariable: pretest) (Tablas IV.57-IV.59), muestran tamaños del efecto negativos en la gran mayoría, lo cual indica un efecto del tratamiento mayor en FSMG y FSGG sobre FSLG, así como en FSGG frente a FSMG. Al igual que sucede en el postest, FSGG presenta los valores más altos en los tamaños del efecto en comparación con FSLG, seguido por la comparación entre FSLG y FSMG. Por último, únicamente la comparación entre FSMG y FSGG en el EDAS/Ansiedad mostró un efecto medio ($d=-0.525$).

Tabla IV.57. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/SAD-N en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-1.340	0.758		
FSGG	-0.780	1.000	0.560	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.58. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/SAD-G en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.819	0.440		
FSGG	-1.021	1.000	-0.202	0.984

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.59. Comparaciones *post-hoc* de la EDAS/ANSIEDAD en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.970	0.077		
FSGG	-1.137	0.569	-0.167	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Por último, las Tablas IV.60-IV.62 muestran las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento a los 12 meses. Como se puede apreciar, al comparar la condición experimental FSMG con la de FSLG, el valor del tamaño del efecto en las tres pruebas fue alto (entre -1,045 y -1.378). Respecto a las comparaciones entre la condición experimental FSMG frente a FSLG, en todos los casos es la primera la que presenta mejores resultados al mostrar unos tamaños del efecto entre medios y altos (entre -0.600 y -0.741) en las diferentes medidas. Por último, la comparación entre FSGG y FSMG ofrece valores medios-altos en los tamaños del efecto en la SAS-A/SAD-G y la subesca Ansiedad de la EDAS.

Tabla IV.60. Comparaciones *post-hoc* de SAS-A/SAD-N en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	P
FSMG	-0.741	0.660		
FSGG	-1.045	1.000	-0.304	0.247

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.61. Comparaciones *post-hoc* de la SAS-A/SAD-G en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.658	1.000		
FSGG	-1.316	1.000	-0.658	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.62. Comparaciones *post-hoc* de la EDAS/ANSIEDAD en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.600	1.000		
FSGG	-1.378	0.330	-0.778	0.618

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

IV.1.2.4. El incremento de las puntuaciones de la Escala de Asertividad

En la Tabla IV.63 se puede apreciar que las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de los momentos temporales, si bien de nuevo se refleja la tendencia general de incremento del beneficio del tratamiento en la medida en que la severidad del trastornos es mayor. Nuevamente hemos de señalar el empeoramiento en las puntuaciones de asertividad a los 12 meses respecto de las mismas puntuaciones a los 6 meses, tanto en FSMG como en FSLG.

Tabla IV.63. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Asertividad analizada en cada uno de los momentos temporales

Momento temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANCOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST		7.96	29.33	4.52	29.35	-9.96	36.72	F(2,70)=0.606, p =0.548
SEGUIMIENTO ¹		23.35	28.55	17.63	28.72	10.83	43.91	F(2,56)=0.202, p =0.818
SEGUIMIENTO ²		11.36	19.43	16.81	28.00	26.83	32.43	F(2,38)=2.071, p =0.140

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental.

Respecto a las comparaciones *post-hoc*, en las Tablas IV.64-IV.66, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las condiciones en los diferentes momentos temporales. Sin embargo, atendiendo a los valores del tamaño del efecto en el posttest (covariable: pretest) se puede observar que el valor mayor es el que se obtiene en la comparación entre la condición FSGG y FSLG ($d=1.039$), seguido por el valor medio del tamaño tanto en la comparación entre FSMG y FSLG ($d=0.607$) como entre FSMG y FSGG ($d=0.366$).

En cuanto a las comparaciones en el primero de los seguimientos, los tamaños del efecto muestran unos valores muy similares a los obtenidos en el posttest y en el mismo sentido. Por último, las comparaciones a los 12 meses de seguimiento muestran los valores del tamaño del efecto más altos de todos los momentos temporales y se observa que el efecto del tratamiento en FSGG frente a FSLG, es seguido por el efecto en esta misma condición experimental respecto a FSMG, mientras que el valor del tamaño del efecto entre FSLG y FSMG es el tercero.

Tabla IV.64. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Asertividad en el posttest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	P
FSMG	0.607	1.000		
FSGG	1.039	1.000	0.432	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.65. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Asertividad en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	0.516	1.000		
FSGG	0.882	1.000	0.366	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.66. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Asertividad en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	1.025	0.936		
FSGG	2.103	0.149	1.078	0.495

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

IV.1.2.5. El incremento de las puntuaciones de la Escala de Autoestima

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, la tabla IV.67 presenta las medias, desviaciones típicas y los valores F tanto

para el posttest como para los seguimientos (covariable: pretest). Como puede observarse, las condiciones experimentales no difieren significativamente ni en el posttest ni en los seguimientos (covariable: pretest). Nuevamente la condición FSMG ofrece su mayor puntuación en el primer seguimiento, que se ve seguida por una ligera reducción de la puntuación de esta variable en el seguimiento a los 12 meses.

Tabla IV.67. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Autoestima analizada en cada uno de los momentos temporales

Momento temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANCOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST		29.64	5.04	28.71	6.12	28.16	6.42	F(2,70)=0.034, p =0.970
SEGUIMIENTO ¹		31.22	4.39	30.79	5.45	29.44	7.29	F(2,56)=0.227, p =0.800
SEGUIMIENTO ²		34.43	3.65	30.50	7.46	32.00	5.44	F(2,38)=1.271, p =0.290

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental.

En las comparaciones *post-hoc* mostradas en las tablas IV.68-IV.70, podemos observar que no hay diferencias estadísticamente significativas en ningún momento temporal, aunque los valores de los tamaños del efecto muestran mayoritariamente signo positivo y valores medios. Estos resultados suponen un cambio en la tendencia observada hasta ahora, en el sentido de que estos datos indican que la ganancia es mayor en FSLG que en las otras condiciones, si bien el valor es menor que en otras medidas.

En concreto, las magnitudes del efecto del tratamiento más altas se corresponden a las comparaciones entre FSGG y FSLG en los tres momentos temporales, si bien dichos tamaños del efecto son medios. El efecto del tratamiento en FSLG también se muestra superior al ejercido en FSMG en el posttest y en el primer seguimiento, también con valores medios. Por último, el tamaño del efecto indica un valor medio en la comparación entre FSMG y FSGG, a favor del primero.

Tabla IV.68. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Autoestima en el posttest

FSLG		FSMG	
TE	p	TE	p

Tabla IV.69. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Autoestima en el seguimiento a los 6 meses

FSLG		FSMG	
TE	P	TE	p

FSMG	0.438	1.000			FSMG	0.515	1.000		
FSGG	0.581	1.000	0.143	1.000	FSGG	0.539	1.000	0.024	1.000

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

Tabla IV.70. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Autoestima en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.123	0.458		
FSGG	0.452	1.000	0.575	0.735

TE: Tamaño del efecto p: Probabilidad

IV.1.2.6. El descenso de los valores de las medidas de inadaptación y/o interferencia

A la vista de los resultados presentados en la Tabla IV.71, podemos afirmar que las diferencias entre las condiciones experimentales no son estadísticamente significativas en ninguno de los momentos temporales. Únicamente la subescala de Interferencia de la EDAS muestra un ligero retroceso en el efecto del tratamiento sobre FSMG en el seguimiento a los 12 meses, que no resulta significativo.

Tabla IV.71. Medias y desviaciones típicas de las escalas de ajuste e interferencia analizadas en cada uno de los momentos temporales

Momento Temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANCOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST	EI	13.50	5.63	14.19	5.26	16.48	7.49	F(2,70)=2.217, p=0.117
	EDAS-Int	17.18	7.42	17.48	7.45	19.12	6.92	F(2,70)=0.485, p=0.618
SEGUIMIE NTO ¹	EI	12.65	6.71	11.21	4.13	14.89	7.54	F(2,56)=2.276, p=0.112
	EDAS-Int	13.61	6.47	14.68	6.07	16.68	7.94	F(2,57)=0.237, p=0.790
SEGUIMIE NTO ²	EI	11.00	6.61	10.75	5.12	10.42	4.05	F(2,38)=2.282, p=0.116
	EDAS-Int	12.50	5.79	14.94	5.98	15.50	10.25	F(2,38)=0.301, p=0.742

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental, EI: Escala de Inadaptación, EDAS-Int: Escala para la Detección de la Ansiedad Social.

En relación con las comparaciones *post-hoc*, las Tablas IV.72-IV.77 muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en la Escala de Inadaptación ni en la subescala de Interferencia de la EDAS. No obstante, los tamaños del efecto nos indican los valores más altos para la comparación entre FSMG y FSLG, seguido por la realizada entre FSGG y FSLG. Por su parte, los

tamaños del efecto de la comparación entre FSMG y FSGG son bajos en todos los momentos temporales.

Más concretamente, respecto a las comparaciones entre la condición experimental FSMG frente a la relativa a FSLG, podemos apreciar valores del tamaño del efecto medios-altos en las dos pruebas en todos los momentos temporales, a favor de la primera condición. Por su parte, la comparación entre FSGG y FSLG muestra valores medios de los tamaños del efecto en el posttest, seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses, tanto en la EI como en la subescala de Interferencia de la EDAS. Respecto a las diferencias entre las condiciones FSGG y FSMG reflejadas en los tamaños del efecto reflejan valores bajos.

Finalmente, se observa el tamaño del efecto más alto ($d=-0,862$) en la comparación FSMG-FSLG en el primer seguimiento, mientras el valor más alto pasa a ser en el segundo seguimiento el que se deriva de comparar FSGG respecto de FSLG ($d=-0,827$).

Tabla IV.72. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Inadaptación en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.622	0.116		
FSGG	-0.539	0.810	0.083	0.905

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.73. Comparaciones *post-hoc* de la en el EDAS/Interferencia en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.577	1.000		
FSGG	0.546	1.000	0.031	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.74. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de la Escala de Inadaptación en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.862	0.163		
FSGG	-0.581	1.000	0.281	0.321

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.75. Comparaciones *post-hoc* de la EDAS-Interferencia en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.609	1.000		
FSGG	-0.386	1.000	0.223	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.76. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de la Escala de Inadaptación en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p

Tabla IV.77. Comparaciones *post-hoc* de la EDAS-Interferencia en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p

FSMG	-0.629	0.403		
FSGG	-0.827	0.129	-0.198	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

FSMG	-0.419	1.000		
FSGG	-0.382	1.000	0.037	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

IV.1.2.7. El descenso de los valores del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes

A la vista de los resultados presentados en la Tabla IV.78, podemos afirmar que las diferencias entre las condiciones no son estadísticamente significativas en ninguno de los momentos temporales.

Tabla IV.78. Medias y desviaciones típicas del Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes en cada uno de los momentos temporales

Momento Temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANCOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST		55.46	25.25	60.52	23.53	68.32	37.06	F(2,70)=1.479, p =0.235
SEGUIMIENTO ¹		45.35	31.92	43.84	24.06	54.61	39.01	F(2,56)=0.987, p =0.379
SEGUIMIENTO ²		39.07	29.70	43.63	24.90	37.50	36.60	F(2,38)=1.558, p =0.224

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental,

En relación con las comparaciones *post-hoc*, las Tablas IV.79-IV.81 muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en el CHSPA. También se muestran los tamaños del efecto negativos, lo cual indica un efecto del tratamiento mayor en FSGG, seguida por FSMG respecto de FSLG. Respecto de la comparación entre FSMG y FSGG los tamaños son bajos, aunque a favor del segundo.

De este modo los tamaños del efecto hallados en el postest muestran los valores más altos para la comparación entre FSGG y FSLG, seguida por la realizada entre FSMG y FSLG, siendo ambos valores medios. En el primer seguimiento, se invierte el orden en cuanto al valor del tamaño del efecto, pero siguen siendo valores medios. Por su parte, los tamaños del efecto de la comparación entre FSGG y FSLG vuelven a ser los más altos en el seguimiento a los 12 meses, mientras las otras dos comparaciones muestran valores bajos y negativos.

Tabla IV.79. Comparaciones *post-hoc* del CHSPA en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.357	0.686		
FSGG	-0.405	0.300	-0.048	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.80. Comparaciones *post-hoc* del CHSPA en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.535	0.541		
FSGG	-0.347	0.942	0.188	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.81. Comparaciones *post-hoc* del CHSPA en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	-0.261	1.000		
FSGG	-0.577	0.269	-0.316	0.674

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

IV.1.2.8. La eliminación y/o reducción del número de situaciones sociales temidas incluidas en la sección de Fobia Social de la entrevista semiestructurada ADIS-IV-L.

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, la Tabla IV.82 presenta las medias y desviaciones típicas, así como las pruebas F de las situaciones sociales temidas por los grupos experimentales en los tres momentos de evaluación, y obtenidas a través de la administración de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad Social (ADIS-IV), en concreto de la sección de Fobia Social. Como puede observarse, las condiciones no difieren significativamente ni en el postest ni en los seguimientos.

En las tablas IV.83-IV.85 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones *post-hoc* en el postest ni en los seguimientos

(covariable: pretest). Si bien al calcular los tamaños del efecto de las diferencias entre las condiciones experimentales obtenemos que en todas los momentos temporales y para todas las comparaciones el signo es negativo y el valor de las diferencias muy alto, lo cual indica que el efecto mayor del tratamiento en la reducción de situaciones temidas de ansiedad social se produce en FSGG respecto de FSLG y FSMG (aunque respecto a ésta última en menor grado). También el efecto en FSMG es mayor que en FSLG, siendo el tamaño muy alto si bien es el menor de las tres comparaciones.

Teniendo en cuenta el ajuste del efecto de las puntuaciones en el pretest, se observa que el tamaño del efecto en las tres condiciones experimentales es muy alto, si bien el valor de la magnitud es mayor conforme aumenta la gravedad de la Fobia Social en el pretest, dado que en el postest y en los seguimientos prácticamente las diferencias entre los niveles experimentales son inexistentes en el número de situaciones sociales temidas.

Tabla IV.82. Medias y desviaciones típicas de las situaciones sociales temidas en la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad Social (sección Fobia Social) en cada uno de los momentos temporales

Momento Temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANCOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
POSTEST		1.07	1.68	2.21	3.06	2.68	3.54	F(2,73)=0.334, p =0.717
SEGUIMIENTO ¹		0.60	1.32	0.95	1.43	2.26	3.44	F(2,59)=0.260, p =0.772
SEGUIMIENTO ²		0.20	0.41	0.75	1.81	1.42	2.61	F(2,39)=0.068, p =0.934

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental,

Tabla IV.83. Comparaciones *post-hoc* de las situaciones temidas (ADIS-IV) en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-2.296	1.000		
FSGG	-6.245	1.000	-3.949	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.84. Comparaciones *post-hoc* de las situaciones temidas (ADIS-IV) en el seguimiento a los 6 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-3.091	1.000		
FSGG	-6.213	1.000	-3.122	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.85. Comparaciones *post-hoc* de las situaciones Temidas (ADIS-IV) en el seguimiento a los 12 meses

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-1.505	1.000		
FSGG	-3.611	1.000	-2.106	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

IV.1.2.9. En las pruebas observacionales, hipotetizábamos que el tratamiento tampoco mostraría mayor eficacia en una de las condiciones experimentales frente a las otras, así como que tampoco el tratamiento presentaría valores del tamaño del efecto diferentes en los diferentes subgrupos de Fobia Social Generalizada, no hallándose diferencias pre-post-seguimientos en:

IV.1.2.9.1. El *incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor, de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando y del número de pausas igual o menores a dos segundos, así como un decremento del número de pausas mayores a dos segundos y de repeticiones ya sean éstas frases, palabras o sonidos durante la situación de “Iniciar y Mantener una Conversación”*,

Una vez realizado el ANCOVA con la medida de la “Mirada” para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest y el ANOVA con el resto de medidas, la Tabla IV.94 presenta las medias y desviaciones típicas, así como las pruebas F de los grupos experimentales en los tres momentos de evaluación para las variables medidas durante el rol-playing de “Iniciar y Mantener una conversación”. Como puede observarse, las condiciones experimentales no difieren significativamente en el postest en cuatro de las cinco variables consideradas, con la excepción del número de pausas mayor a 2 segundos.

Tabla IV.94. Medias y desviaciones típicas de las variables medidas en la situación de iniciar y mantener una conversación en el postest

Momento Temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
Mirada		130.25	30.27	116.48	34.83	103.56	36.80	*F(2,74) = 1.085, p = 0.343
Tiempo hablado		66.29	22.17	63.12	15.40	53.60	22.54	F(2,75) = 2.721, p = 0.072
PAUSAS ≤ 2 segs.		9.32	8.39	7.48	7.34	5.96	4.99	F(2,75) = 1.487, p = 0.233
PAUSAS > 2 segs.		1.64	1.64	3.32	2.66	3.84	2.95	F(2,75) = 5.878, p = 0.004

REPETICIONES	3.75	3.49	4.24	3.38	5.32	3.39	$F(2,75) = 1.434, p = 0.245$
--------------	------	------	------	------	------	------	------------------------------

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental

*ANCOVA

Tabla IV.95. Comparaciones *post-hoc* de la Mirada en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	0.054	1.000		
FSGG	1.166	0.435	1.112	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.96. Comparaciones *post-hoc* del tiempo hablado en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	-0.074	1.000		
FSGG	0.297	0.080	0.371	0.309

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.97. Comparaciones *post-hoc* de las pausas ≤ 2 en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	0.141	1.000		
FSGG	-0.362	0.270	-0.503	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.98. Comparaciones *post-hoc* de las pausas > 2 segs en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	0.449	0.046		
FSGG	0.487	0.005	0.038	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.99. Comparaciones *post-hoc* de las repeticiones en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	0.033	1.000		
FSGG	0.313	0.299	0.280	0.805

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

En la tabla IV.95 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest). El resto de comparaciones *post-hoc* en el postest (tablas IV.96-IV.99) indican el mismo resultado con la excepción de dichas comparaciones en el número de pausas mayor a 2 segundos, donde tanto la comparación entre FSGG y FSLG como la realizada entre FSMG y FSLG son significativas, en el sentido de una reducción mayor en FSLG frente a los otros niveles de la variable independiente.

Al menos, los tamaños del efecto de las diferencias entre las condiciones experimentales en el postest son muy altos para la variable “Mirada” en dos de estas comparaciones. El más elevado fue el que se deriva de la comparación entre FSGG respecto de FSLG, seguido por la diferencia entre FSMG y FSGG, a favor de FSGG en ambos casos. De igual forma, el tamaño del efecto en la variable “Tiempo hablado” señala que la magnitud del efecto fue mayor para FSGG frente a FSMG y FSLG, en este orden, si bien el valor fue medio-bajo. Mientras tanto, la magnitud de los efectos del tratamiento en la reducción del número de pausas menores o igual a 2 segundos adoptó valores medios para la comparativa entre FSMG y FSGG, seguido de la comparación entre FSLG y FSGG, siempre a favor de FSMG, después FSLG y por último FSGG. Las comparaciones entre las condiciones experimentales en las variables de silencio y repeticiones ofrecieron unos resultados diferentes a las anteriores pruebas, en el sentido de que fue FSLG el que más mejoró en estas variables frente a FSMG y FSGG. De igual forma, FSMG ofreció mejores resultados que FSGG. Respecto a los valores hallados hay que decir que fueron medios para el número de pausas mayor a dos segundos (comparación FSLG-FSGG y FSLG-FSMG) y medios-bajos para el número de repeticiones (contraste FSLG-FSGG y FSMG-FSGG).

En resumen, en las variables “Mirada” y “Tiempo hablado” se halló un mayor efecto del tratamiento en FSGG que en las otras dos condiciones experimentales”), mientras que los valores en otras dos variables (“Número de pausas mayor a dos segundos” y “Número de repeticiones mayor a dos segundos”) mostraron que el efecto del tratamiento fue mayor en la condición experimental FSLG que en las otras dos y por último, en una variable (“Número de pausas menor o igual a dos segundos”) la eficacia del tratamiento fue mayor sobre FSMG frente a las demás condiciones.

IV.1.2.9.2. *El incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor, de la proporción de tiempo que el sujeto está hablando y del número de pausas igual o menores a dos segundos, así como un decremento del número de pausas mayores a dos segundos y de repeticiones ya sean éstas frases, palabras o sonidos durante la situación de “Dar una Charla o Discurso improvisado”*

Una vez realizado el ANCOVA con la medida de la “Mirada” para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest y el ANOVA con el resto de medidas, la Tabla IV.100 presenta las medias y desviaciones típicas, así como las pruebas F de los grupos

experimentales en los tres momentos de evaluación para las variables medidas durante el rol-playing de “Dar una charla o discurso improvisado”. Como puede observarse, las condiciones experimentales no difieren significativamente ni el postest, con la excepción del número de pausas menor o igual de dos segundos.

Tabla IV.100. Medias y desviaciones típicas de las variables medidas en la situación de dar una charla o discurso improvisado en el postest

Momento Temporal	Condición experimental	FSLG (N=28)		FSMG (N=25)		FSGG (N=25)		Resultados ANOVA
		M	DT	M	DT	M	DT	
Mirada		89.89	45.48	60.12	21.30	70.36	38.78	$F(2,74) = 2.987, p = 0.057$
Tiempo hablado		121.68	40.31	109.32	39.42	99.08	39.13	$F(2,75) = 2.161, p = 0.122$
PAUSAS ≤ 2 segs.		5.46	4.23	8.00	4.08	7.96	4.20	$F(2,75) = 3.262, p = 0.044$
PAUSAS > 2 segs.		2.61	3.82	4.36	3.78	4.24	2.98	$F(2,75) = 2.035, p = 0.138$
REPETICIONES		4.86	6.08	8.12	5.93	7.40	5.27	$F(2,75) = 2.356, p = 0.102$

¹ Seguimiento 6 meses, ² Seguimiento 12 meses, M: Media, DT: Desviación Típica, n: Tamaño del grupo, N: Número de sujetos de la condición experimental

*ANCOVA

Tabla IV.101. Comparaciones *post-hoc* de la Mirada en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	p
FSMG	0.086	0.053		
FSGG	0.315	0.418	0.229	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.102. Comparaciones *post-hoc* del tiempo hablado en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	P
FSMG	-0.154	0.783		
FSGG	0.430	0.125	0.584	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.103. Comparaciones *post-hoc* de las pausas ≤ 2 en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	P	TE	P
FSMG	0.762	0.091		
FSGG	0.541	0.099	-0.221	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.104. Comparaciones *post-hoc* de las pausas > 2 segs en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	p
FSMG	0.700	0.233		
FSGG	0.440	0.299	-0.260	1.000

TE: Tamaño del efecto

p: Probabilidad

Tabla IV.105. Comparaciones *post-hoc* de las repeticiones en el postest

	FSLG		FSMG	
	TE	p	TE	P
FSMG	0.779	0.132		

FSGG	0.197	0.343	-0.582	1.000
	TE: Tamaño del efecto		p: Probabilidad	

En las tablas IV.100-IV.105 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones *post-hoc* en el posttest (covariable: pretest). El resto de comparaciones *post-hoc* en el posttest indican el mismo resultado, indicando por lo tanto que no son significativas las diferencias entre las condiciones experimentales.

Los valores de los tamaños del efecto son medio-bajos, para las diferencias entre las condiciones experimentales en el posttest respecto de la variable “Mirada” situándose como el más elevado el que se deriva de la comparación entre FSGG respecto de FSLG, seguido por la diferencia entre FSMG y FSGG, a favor de FSGG en ambos casos. De igual forma, el tamaño del efecto en la variable “Tiempo hablado” señala que la magnitud del efecto fue mayor para FSGG frente a FSMG y FSLG, en este orden, si bien los valores fueron medios. Mientras tanto, la magnitud de los efectos del tratamiento en la reducción del número de pausas menores o iguales a 2 segundos adoptó un valor casi alto para la comparativa entre FSMG y FSGG, seguido de la comparación entre FSGG y FSLG, a favor de FSMG y FSGG, respectivamente. Las comparaciones entre las condiciones experimentales en las variables de silencio y repeticiones ofrecieron unos resultados diferentes a las anteriores pruebas, en el sentido de que fue FSLG el que más mejoró en estas variables frente a FSMG y FSGG. FSGG ofreció mejores resultados que FSMG. Tanto para la reducción del número de pausas mayor a dos segundos como del número de repeticiones, los valores hallados fueron altos para la comparación FSLG-FSMG y medio y bajo, respectivamente, para el contraste FSLG-FSGG. FSGG fue superior también al de FSMG, ya que éste último obtuvo más silencios y repeticiones en el posttest que en el pretest.

A continuación se presenta una síntesis de los resultados de las comparaciones intergrupos en la tabla IV.106.

TABLA IV.106. RESUMEN DE LAS PRUEBAS DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA GLOBALES, COMPARACIONES POST-HOC Y TAMAÑOS DEL EFECTO DE LAS COMPARACIONES INTERGRUPO

Variables Dependientes	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	POSTEST							SEGUIMIENTO 6							SEGUIMIENTO 12						
		P	POST-HOC			TAMAÑO EFECTO			P	POST-HOC			TAMAÑO EFECTO			P	POST-HOC			TAMAÑO EFECTO		
			FSLG-FSMG	FSLG-FSGG	FSMG-FSGG	FSLG-FSMG	FSLG-FSGG	FSMG-FSGG		FSLG-FSMG	FSLG-FSGG	FSMG-FSGG	FSLG-FSMG	FSLG-FSGG	FSMG-FSGG		FSLG-FSMG	FSLG-FSGG	FSMG-FSGG			
Respuestas de ansiedad	SPAI-FS	0.527	1.000	0.915	1.000	-1.289	-1.126	0.163	0.193	0.215	0.819	1.000	-1.897	-1.103	0.794	0.130	0.875	1.000	0.146	-1.205	-1.381	-0.176
	SPAI-DIF	0.853	1.000	1.000	1.000	-0.606	-0.867	-0.261	0.818	1.000	1.000	1.000	-0.757	-0.991	-0.234	0.141	0.537	1.000	0.199	-0.213	-1.278	-1.065
	SAS-A Total	0.490	1.000	0.756	1.000	-0.782	-1.227	-0.445	0.425	0.587	1.000	1.000	-1.251	-1.341	-0.090	0.165	0.841	1.000	0.190	-0.737	-1.817	-1.080
	SPS	0.214	0.658	0.263	1.000	-0.750	-1.341	-0.591	0.019	0.020	0.108	1.000	-1.265	-1.602	-0.337	0.330	1.000	0.450	0.751	-0.828	-1.577	-0.749
	SIAS	0.114	0.214	0.204	1.000	-1.062	-1.249	-0.187	0.155	0.197	1.000	0.579	-1.490	-1.094	0.396	0.996	1.000	1.000	1.000	-1.065	-1.081	-0.016
	PRCS	0.349	0.456	1.000	1.000	0.482	0.183	-0.299	0.760	1.000	1.000	1.000	-0.169	-0.468	-0.299	0.588	1.000	0.984	1.000	-0.117	0.176	0.293
	EDAS Total	0.161	0.484	0.198	1.000	-1.090	-1.002	0.088	0.120	0.124	0.609	1.000	-1.631	-0.961	0.670	0.222	1.000	0.304	0.476	-1.266	-1.205	0.061
Componente cognitivo	SAS-A/FNE	0.479	1.000	0.685	1.000	-0.390	-1.036	-0.646	0.599	0.941	1.000	1.000	1.414	-0.593	-2.086	0.072	0.648	0.718	0.071	-0.226	-1.509	-1.283
	SSPS	0.857	1.000	1.000	1.000	-0.270	-0.177	0.093	0.497	1.000	1.000	0.781	-0.710	-0.984	-0.274	0.833	1.000	1.000	1.000	-0.338	-0.705	-0.367
Respuestas de evitación social	SAS-A/ SAD-N	0.689	1.000	1.000	1.000	-0.980	-0.754	0.266	0.485	0.758	1.000	1.000	-1.340	-0.780	0.560	0.188	0.660	1.000	0.247	-0.741	-1.045	-0.304
	SAS-A/SAD-G	0.607	1.000	0.966	1.000	-0.385	-0.999	-0.614	0.322	0.440	1.000	0.984	-0.819	-1.021	-0.202	0.975	1.000	1.000	1.000	-0.658	-1.316	-0.658
	EDAS-Ansiedad	0.103	0.383	0.115	1.000	-0.658	-1.183	-0.525	0.081	0.077	0.569	1.000	-0.970	-1.137	-0.167	0.255	1.000	0.330	0.618	-0.600	-1.378	-0.778
Asertividad	RAS	0.548	1.000	1.000	1.000	0.607	1.039	0.432	0.818	1.000	1.000	1.000	0.516	0.882	0.366	0.140	0.936	0.149	0.495	1.025	2.103	1.078
Autoestima	SASI	0.970	1.000	1.000	1.000	0.438	0.581	0.143	0.800	1.000	1.000	1.000	0.515	0.539	0.024	0.290	0.458	1.000	0.735	-0.123	0.452	0.575
Inadaptación/interferencia	EI	0.117	0.116	0.810	0.905	-0.622	-0.539	0.083	0.112	0.163	1.000	0.321	-0.862	-0.581	0.281	0.116	0.403	0.129	1.000	-0.629	-0.827	-0.198
	EDAS-INT	0.618	1.000	1.000	1.000	-0.577	0.546	0.031	0.790	1.000	1.000	1.000	-0.609	-0.386	0.223	0.742	1.000	1.000	1.000	-0.419	-0.382	0.037
Habilidades Sociales	CHSPA	0.235	0.686	0.300	1.000	-0.357	-0.405	-0.048	0.379	0.541	0.942	1.000	-0.535	-0.347	0.188	0.224	1.000	0.269	0.674	-0.261	-0.577	-0.316
PROMEDIO DE AUTOINFORMES		-	-	-	-	-0.667	-0.774	-0.169	-	-	-	-	-0.799	-0.816	-0.022	-	-	-	-	-0.586	-1.106	-0.520
Situaciones sociales temidas	Total	0.717	1.000	1.000	1.000	-2.296	-6.245	-3.949	0.772	1.000	1.000	1.000	-3.091	-6.213	-3.122	0.934	1.000	1.000	1.000	-2.970	-6.556	-3.586
	Actuación	0.501	1.000	0.760	1.000	-0.546	-1.324	-0.778	0.833	1.000	1.000	1.000	-0.686	-1.286	-0.600	0.473	0.734	1.000	1.000	-0.745	-1.705	-0.960
	Relación	0.669	1.000	1.000	1.000	-1.190	-3.910	-2.720	0.695	1.000	1.000	1.000	-1.720	-3.813	-2.093	0.934	1.000	1.000	1.000	-1.505	-3.611	-2.106
PROMEDIO DE ADIS-IV-L		-	-	-	-	-1.344	-3.826	-2.482	-	-	-	-	-1.832	-3.771	-1.938	-	-	-	-	-1.740	-3.957	-2.217
Iniciar y Mantener una Conversación	Mirada	0.343	1.000	0.435	1.000	0.054	1.166	1.112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tiempo hablado	0.072	1.000	0.080	0.309	-0.074	0.297	0.371	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PAUSAS ≤ 2 segs.	0.233	1.000	0.270	1.000	0.141	-0.362	-0.503	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PAUSAS > 2 segs.	0.004	0.046	0.005	1.000	0.449	0.487	0.038	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Repeticiones	0.245	1.000	0.299	0.805	0.033	0.313	0.280	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dar una Charla o Discurso Improvisado	Mirada	0.057	0.053	0.418	1.000	0.086	0.315	0.229	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tiempo hablado	0.122	0.783	0.125	1.000	-0.154	0.430	0.584	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PAUSAS ≤ 2 segs.	0.044	0.091	0.099	1.000	0.762	0.541	-0.221	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PAUSAS > 2 segs.	0.138	0.233	0.299	1.000	0.700	0.440	-0.260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Repeticiones	0.102	0.132	0.343	1.000	0.779	0.197	-0.582	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PROMEDIO TEST SITUACIONALES		-	-	-	-	0.115	-0.095	-0.210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

p = nivel de significación estadística en las pruebas comparación de medias (ANCOVAS y ANOVAS), probabilidad < .0001

Post-hoc = nivel de significación estadística, probabilidad < .0001, de la prueba de comparaciones múltiples post-hoc , procedimiento Bonferroni

Tamaños del efecto: valores en las comparaciones para cada uno de los momentos de evaluación (postest y seguimientos)

IV.2. RESULTADOS RELATIVOS A LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Para examinar los resultados relativos a la hipótesis D (p. 316), en relación con la eficacia clínica alcanzada por las diferentes condiciones experimentales entre sí, se definieron dos criterios en función de que la mejoría alcanzase la remisión total del problema (los sujetos dejarían de cumplir los criterios diagnósticos de la Fobia Social recogidos en el DSM-IV, o lo que es lo mismo se daría una reducción del 100% de las situaciones sociales temidas que el sujeto informó en el pretest) o de que ésta incluyese al menos una reducción del 75% de las situaciones sociales ansiosas que el sujeto informó en el pretest (sección de Fobia Social del ADIS-IV). Estos índices de eficacia se han evaluado tanto en el posttest como en las medidas tomadas en el seguimiento a los 6 meses y a los 12 meses. Para presentar los resultados obtenidos hemos construido seis tablas de contingencia una para cada combinación entre el “criterio de eficacia” y “la medida temporal” (posttest, seguimiento¹ o seguimiento²). Cada tabla de contingencia incluye las tres categorías experimentales (FSLG, FSMG y FSGG) y los dos resultados clínicos posibles según el criterio utilizado. En cada tabla de contingencia se han realizado y se presentan los siguientes análisis:

- (1) En primer lugar, se ha aplicado la prueba Chi-cuadrado de Pearson para comprobar si globalmente el tratamiento difiere en la eficacia en función del subgrupo de Fobia Social Generalizada al que pertenecen los sujetos de cada condición experimental. Se ha asumido un nivel de significación $\alpha = 0.05$.
- (2) En segundo lugar, planteamos que si la prueba Chi-cuadrado resultaba significativa se realizarían comparaciones *a posteriori* dos a dos, mediante el procedimiento de Scheffé. Sin embargo, no fue necesario obtener estos resultados comparativos entre las condiciones experimentales, ya que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las pruebas Chi-cuadrado para los diferentes momentos temporales en las dos variables consideradas.

Por último, es preciso tener en cuenta que la interpretación de las pruebas de esta sección debe realizarse con extrema cautela dado el número de sujetos por condición experimental.

IV.2.1. EFICACIA AL 100%

Tal como ya se ha indicado, tomamos como criterio de eficacia clínica la ausencia de los criterios diagnósticos de la Fobia Social recogidos en la sección de Fobia Social del ADIS-IV (Di Nardo et al., 1994).

IV.2.1.1. En el postest

La tabla de contingencia resultante (Tabla IV.107) no presenta resultados estadísticamente significativos [$\chi^2(2) = 1.624, p = 0.444$], y además el coeficiente de asociación muestra un valor bajo (V de Cramer = 0.145). De este modo, se aprecian proporciones de éxito clínico bastante similares entre las tres condiciones experimentales, siendo la más baja para la condición experimental FSGG con un 40%, seguida de la relativa al FSMG (45.80%) y alcanzando el mejor resultado la condición FSLG con un 57.10%.

Tabla IV.107. Resultados de eficacia al 100% (remisión total) en el postest.

Resultado	SUBGRUPO FSG ¹			Totales
	FSLG	FSMG	FSGG	
Negativo	12 42.90%	13 54.20%	15 60.00%	40 51.9%
Positivo	16 57.10%	11 45.80%	10 40.00%	37 48.1%
Totales	28	24	25	77
$\chi^2(2) = 1.624, p = 0.444$; Coeficiente V de Cramer = 0.145				

Nota: Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento

¹Subgrupos del subtipo Fobia Social Generalizada

IV.2.1.2. En el seguimiento a los 6 meses

En el primer seguimiento, se advierte un incremento acentuado en la tasa de éxito en FSMG. Como se muestra en la Tabla IV.108, al igual que sucedía en el postest, no existen diferencias globalmente significativas entre las tasas de éxito de las condiciones experimentales en el seguimiento a los 6 meses [$\chi^2(2) = 5.277, p = 0.071$]. No obstante, los datos indican diferencias marginalmente significativas a favor de la condición experimental FSLG (76%), que presenta la proporción mayor de éxito, seguida de la relativa a FSMG (63.2%) y por último la categoría FSGG (42.10%).

Tabla IV.108. Resultados de eficacia al 100% (remisión total) en el seguimiento a los 6 meses.

SUBGRUPO FSG ¹				
Resultado	FSLG	FSMG	FSGG	Totales
Negativo	6 24.00%	7 36.80%	11 57.90%	24 38.10%
Positivo	19 76.00%	12 63.20%	8 42.10%	39 61.90%
Totales	25	19	19	63
$\chi^2(2) = 5.277, p = 0.071$; Coeficiente V de Cramer = 0.289				

Nota: Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento

¹Subgrupos del subtipo Fobia Social Generalizada

IV.2.1.3. En el seguimiento a los 12 meses

La Tabla IV.109 muestra los porcentajes obtenidos en las distintas condiciones experimentales. Como puede apreciarse no existen diferencias estadísticamente significativas [$\chi^2(2) = 0.137, p = 0.934$], aunque en la línea de lo que planteábamos en nuestras hipótesis, todas las condiciones experimentales experimentan un incremento en la tasa de éxito respecto al primer seguimiento, si bien la mayor ganancia la muestra FSGG (75%), que en esta ocasión se muestra idéntica a la relativa a FSMG (75%), y se sitúa sólo mínimamente por debajo de FSLG (80%).

Tabla IV.109. Resultados de eficacia al 100% (remisión total) en el seguimiento a los 12 meses.

SUBGRUPO FSG ¹				
Resultado	FSLG	FSMG	FSGG	Totales
Negativo	3 20.00%	4 25.00%	3 25.00%	10 23.30%
Positivo	12 80.00%	12 75.00%	9 75.00%	33 76.70%
Totales	15	16	12	43
$\chi^2(2) = 0.137, p = 0.934$; El coeficiente V de Cramer = 0.056				

Nota: Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento

¹Subgrupos del subtipo Fobia Social Generalizada

IV.2.2. EFICACIA AL 75%

Utilizamos como criterio de eficacia clínica que en relación con el pretest se produzca una reducción del 75% en el número de situaciones sociales fóbicas que el sujeto presentaba de aquellas que se recogen en la sección del Fobia Social del ADIS-IV (Di Nardo et al., 1994).

IV.2.2.1. En el postest

Los resultados en el postest no presentan diferencias globalmente significativas entre las tasas de éxito de las condiciones experimentales, tal como se muestra en la Tabla IV.110 [$\chi^2(2) = 1.169$. $p = 0.557$]. Si bien todas las condiciones experimentales presentan tasas de éxito del 50% o superiores, es la condición experimental FSLG la que presenta la mayor proporción (71.40%), seguida de FSGG (60.00%) y finalmente FSMG (58.30%).

Tabla IV.110. Resultados de eficacia al 75% en el postest.

SUBGRUPO FSG ¹				
Resultado	FSLG	FSMG	FSGG	Totales
Negativo	8 28.6%	10 41.70%	10 40.00	28 36.40
Positivo	20 71.40%	14 58.30%	15 60.00%	49 63.60
Totales	28	24	25	77
$\chi^2(2) = 1.169$, $p = 0.557$; Coeficiente V de Cramer = 0.123				

Nota: Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento

¹Subgrupos del subtipo Fobia Social Generalizada

IV.2.2.2. En el seguimiento a los 6 meses

Los resultados referentes al seguimiento a los 6 meses están reflejados en la Tabla IV.111 la cual muestra la inexistencia de una eficacia diferencial entre los diferentes niveles de la variable independiente. No obstante, destacar que el subgrupo de menor generalización sigue mostrando la tasa de éxito más alta (80%), seguido de FSMG (73.70%) y por último con una tasa de éxito menor el subgrupo de más gravedad (68.40%).

Tabla IV.111. Resultados de eficacia al 75% en el seguimiento a los 6 meses.

Resultado	SUBGRUPO FSG ¹			Totales
	FSLG	FSMG	FSGG	
Negativo	5 20.00%	5 26,30%	6 31,60%	16 25.40
Positivo	20 80.00%	14 73.70%	13 68.40%	47 74.60
Totales	25	19	19	63
$\chi^2(2) = 0.776$. $p = 0.678$. Coeficiente V de Cramer = 0.111				

Nota: Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento

¹Subgrupos del subtipo Fobia Social Generalizada

IV.2.2.3. En el seguimiento a los 12 meses

Finalmente, como puede apreciarse en la Tabla IV.112, los resultados de eficacia al 75% en el seguimiento a los 12 meses muestran la inexistencia de una eficacia diferencial entre los diferentes grupos experimentales [$\chi^2(2) = 2.898$. $p = 0.235$], si bien el coeficiente de asociación presenta un valor nada despreciable (V de Cramer = 0.260). No obstante, la mayor tasa de éxito es para FSMG (93.80%) y FSLG (93.30%) frente a FSGG (75%).

Tabla IV.112. Resultados de eficacia al 75% en el seguimiento a los 12 meses.

Resultado	SUBGRUPO FSG ¹			Totales
	FSLG	FSMG	FSGG	
Negativo	1 6.70%	1 6.30%	3 25.00%	5 11.60
Positivo	14 93.30%	15 93.80%	9 75.00%	38 88.40
Totales	15	16	12	43
$\chi^2(2) = 2.898$. $p = 0.235$. Coeficiente V de Cramer = 0.260				

Nota: Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento

¹Subgrupos del subtipo Fobia Social Generalizada

Las tablas IV.113 y IV.114 muestran una síntesis de los resultados de remisión del 100% y de recuperación de al menos el 75% del número de situaciones sociales temidas y/o evitadas.

Tabla IV.113. Resultados de eficacia al 100%

Resultado	Postest				Seguimiento 1				Seguimiento 2			
	FSLG	FSMG	FSGG	Totales	FSLG	FSMG	FSGG	Totales	FSLG	FSMG	FSGG	Totales
Negativo	12 42.90%	13 54.20%	15 60.00%	40 51.9%	6 24.00%	7 36.80%	11 57.90%	24 38.10%	3 20.00%	4 25.00%	3 25.00%	10 23.30%
Positivo	16 57.10%	11 45.80%	10 40.00%	37 48.1%	19 76.00%	12 63.20%	8 42.10%	39 61.90%	12 80.00%	12 75.00%	9 75.00%	33 76.70%
Totales	28	24	25	77	25	19	19	63	15	16	12	43
P	0.444				0.071				0.934			

Tabla IV.114. Resultados de eficacia al 75%

Resultado	Postest				Seguimiento 1				Seguimiento 2			
	FSLG	FSMG	FSGG	Totales	FSLG	FSMG	FSGG	Totales	FSLG	FSMG	FSGG	Totales
Negativo	8 28.6%	10 41.70%	10 40.00	28 36.40	5 20.00%	5 26,30%	6 31,60%	16 25.40	1 6.70%	1 6.30%	3 25.00%	5 11.60
Positivo	20 71.40%	14 58.30%	15 60.00%	49 63.60	20 80.00%	14 73.70%	13 68.40%	47 74.60	14 93.30%	15 93.80%	9 75.00%	38 88.40
Totales	28	24	25	77	25	19	19	63	15	16	12	43
P	0.557				0.678				0.235			

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los objetivos de este trabajo fueron: (a) Detectar, lo más tempranamente posible, a los adolescentes que padecían Fobia Social Generalizada a partir de una muestra comunitaria escolar; (b) Aplicar un programa multicomponente específico para el tratamiento de la Fobia Social en los adolescentes detectados (IAFS; Olivares y García-López, 1998; Olivares, García-López et al., 2005) y; (c) Estudiar la eficacia de un programa multicomponente para el tratamiento de la Fobia Social en adolescentes (IAFS, Intervención para Adolescentes con Fobia Social; Olivares y García-López, 1998) en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subgrupo generalizado al que se aplica: (1) “Fobia Social Levemente Generalizada”, (2) “Fobia Social Moderadamente Generalizada” y (3) “Fobia Social Gravemente Generalizada.

En relación con la discusión de los resultados obtenidos en el proceso de contraste de nuestras hipótesis, como se recordará, en primer lugar y respecto de las hipótesis formuladas sobre las *comparaciones intragrupo*, esperábamos que los efectos generados por el tratamiento mostrasen en los tres niveles de la variable independiente los siguientes resultados: (a) Diferencias respecto a sí mismos en las medidas pre-post-seguimientos; (b) Disminución significativa entre el pretest, el postest y los distintos seguimientos (tendencia lineal significativa); (c) Mayor decremento entre el pretest y el postest que entre el postest y los seguimientos (tendencia cuadrática significativa) y; (d) Tamaños del efecto significativos en las comparaciones *intra* respecto de las medidas pre-post-seguimiento(s) (TE: ≥ 0.8), esperándose valores superiores para la diferencia entre pretest y seguimiento a los 12, seguido por los valores alcanzados en la comparación pretest-seguimiento a los 6 meses y, por último, las diferencias entre pretest-postest, en el mismo sentido de las diferencias comentadas.

Respecto de la primera hipótesis se hallaron para las tres condiciones experimentales las diferencias esperadas respecto de sí mismas en las medidas pre-post-seguimientos, alcanzándose la significación estadística en los distintos momentos temporales evaluados y para todas las medidas de autoinforme, con la excepción de la medida relativa a la Escala de Inadaptación en FSLG (véase la Tabla IV.23, p.362). Este hecho puede ser explicado aludiendo a la menor gravedad de esta variante de la FSG; es decir, dado que la FSLG es la condición experimental que presenta en el pretest la menor

puntuación en la escala de inadaptación, las ganancias generadas por el tratamiento no llegan a producir diferencias estadísticamente significativas entre las distintas medidas.

Respecto a la segunda hipótesis, relativa a una disminución significativa de las medidas de las variables dependientes entre el pretest, el postest y los seguimientos, ésta se produce tal y como habíamos supuesto (véanse los gráficos IV.1-IV.20). La confirmación de esta hipótesis implica que las tres condiciones experimentales obtienen ganancias significativas tanto en el postest como en los seguimientos respecto de pretest.

Ambos grupos de resultados, los relativos a la primera y segunda hipótesis, son consistentes con los hallazgos de algunos meta-análisis que muestran que en el tratamiento psicológico de la fobia social se producen ganancias entre el pretest y el postest, y entre postest y seguimiento, tanto en las variables de ansiedad social como en sus correlatos (Moreno et al., 2000; Rosa, Sánchez, Olivares e Inglés, 2002). También resultan congruentes con los resultados de otras investigaciones con población infantil y adolescente en las que se muestra la eficacia a corto, medio y largo plazo del programa IAFS, es decir en el postest y en los seguimientos a los 6 y 12 meses, respectivamente (v.gr., Olivares y García-López, 2001; Olivares et al., 2002; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; Olivares, Rosa y Vera-Villaroel, 2003), así como con los resultados de otras modalidades de tratamiento (v.gr., Albano, Marten et al., 1995; Gallagher et al. 2004; Beidel et al., 2000; Masia-Warner, Klein et al., 2003; Spence et al. 2000) que señalan igualmente que las ganancias del tratamiento son significativas en los seguimientos.

Con relación a la tercera hipótesis, se confirmó lo esperado respecto de la ocurrencia de mayores ganancias entre el pretest y el postest, que entre el postest y los seguimientos, en FSLG y FSMG, pero no en FSGG. Las ganancias se presentaron en 15 de las 17 variables para la condición FSMG (excepto en la Escala de Autoestima y en la Escala de Inadaptación) y en 11 de las 17 variables de la condición FSLG (excepto en el SPAI-DIF, SAS-A/SAD-G, Escala de Autoestima, Escala de Inadaptación, EDAS-Interferencia y CHSPA), mientras que solamente ocurrieron en 6 de las 17 variables medidas en la condición FSGG: SPS, SIAS, EDAS-Total, SAS-A/FNE, EDAS-Ansiedad y CHSPA. Por lo tanto, la hipótesis se confirma sólo parcialmente, pues mientras que se cumple para FSLG y FSMG, no ocurre así con FSGG. Desde nuestro punto de vista, estos resultados pueden ser explicados por la mayor resistencia al

cambio terapéutico, es decir, por la mayor dificultad inicial para aprender que presentarían los sujetos de la condición FSGG, como consecuencia de la mayor consolidación y generalización del trastorno que presentaban, lo que les haría partir con una clara desventaja respecto de los sujetos de las otras dos condiciones experimentales. Ahora bien, los datos indican que los sujetos que integran la condición FSGG son los que mayores beneficios muestran entre posttest y seguimientos una vez superada la “resistencia” de partida a través de la exposición y el aprendizaje que tiene lugar durante la fase de entrenamiento (incluidas las “tareas para casa”). Como se recordará Eysenck y Calvo (1992) han propuesto una de las mejores explicaciones para dar cuenta de cómo y por qué interfiere la ansiedad en el rendimiento; también McNelly (1998) ha mostrado la influencia negativa de las respuestas de ansiedad sobre los procesos de atención, Calvo, Eysenck y Castillo (1997) las repercusiones negativas sobre los procesos relacionados con la interpretación y el juicio y Lang y Craske (1997) el modo en que tales repuestas disminuyen el funcionamiento general de los procesos de memoria. En este mismo sentido, Bandura (1971) ya puso de manifiesto el papel del modelado en la inhibición y desinhibición de las respuestas de ansiedad.

En cuanto a la cuarta hipótesis, relacionada con los valores de los tamaños del efecto (TE, en adelante), comprobamos que ésta se cumple en las tres condiciones experimentales en el posttest y el seguimiento a los 6 meses (véase la tabla IV.23), no ocurriendo así respecto del seguimiento a los 12 meses para la condición FSLG en 3 de las 20 variables medidas, ni en 14 de éstas en FSMG, por ello no podemos confirmar la hipótesis en las tres medidas temporales. Sin embargo, entendemos que los tamaños del efecto hallados son muy relevantes dado que sus valores son altos en la mayoría de los casos ($TE \geq 0.8$), y medios en el resto ($TE \geq 0.4-0.5$).

La relación de orden de los tamaños del efecto hallada en el presente trabajo es concordante con los resultados de investigaciones recientes con población adolescente (véase por ejemplo Olivares et al., 2002, 2003, 2005; Ruiz, 2003; Ramos, 2003 o Spence et al., 2000), las cuales también han encontrado que, en general, los valores de los tamaños del efecto se incrementan con el paso del tiempo, una vez finalizado el tratamiento. En la línea de lo argumentado por Beidel et al. (2000; p. 1079) o Gallagher et al. (2004; pp. 472-473), nosotros también entendemos que ello es debido al hecho de que las intervenciones conductuales entrenan a los sujetos en el dominio de habilidades

y destrezas, así como en su desinhibición, lo que con el devenir del tiempo permite no sólo que se incremente su aplicación sino también que se produzca su generalización a otras situaciones y con ello la consolidación del empleo de los aprendizajes.

Como ya se ha comentado, en términos generales, el primer grupo de hipótesis encontró refrendo positivo en los datos obtenidos mediante las comparaciones intragrupo. Sin embargo, considerando las variables dependientes en sí mismas, nos parece útil analizar la relación de cada una de éstas con las hipótesis formuladas y con los resultados de otros estudios. Así:

(i) Respecto a las medidas de carácter general de la Fobia Social, los datos obtenidos mediante las subescalas del SPAI, la puntuación total SAS-A, el SPS, SIAS, PRCS y la puntuación total de la EDAS, respaldan nuestras hipótesis relativas a la existencia de diferencias significativas pretest-postest-seguimientos y son consistentes con los obtenidos por nuestro grupo de investigación en trabajos previos (García-López, 2000; Olivares y García-López, 2001; Olivares et al., 2002; Olivares, Rosa y Vera-Villaroel, 2003; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; Ramos, 2004; Ruiz, 2003). Así mismo, también son consistentes con los resultados de los estudios de Albano, DiBartolo et al. (1995) y Beidel et al. (2000) que, utilizando el SPAI-C, hallaron diferencias estadísticamente significativas en el postest y en el seguimiento respecto del pretest, mientras que Hayward et al. (2000) también hallaron diferencias estadísticamente significativas entre pretest y postest en el SPAI, pero no entre las medidas del pretest y las obtenidas en un seguimiento realizado un año después de finalizado el tratamiento. Por su parte, Chavira y Stein (2002) también hallaron diferencias estadísticamente significativas entre pretest y postest utilizando el SPAI-C, la SASC-R y la SAS-A.

Respecto del tamaño del efecto, nuestros hallazgos confirman la hipótesis formulada. Así, entre pretest y postest, en FSLG, FSMG y FSGG fueron de 1.270, 2.080 y 1.810 para el SPAI-FS y de 1.28, 1.29 y 2.10 para la SAS-A/Total. Datos que están en la línea de los informados por Chavira y Stein (2002) que encontraron un valor de 1,11 para el SPAI-C y de 1.12 para SASC-R y SAS-A, los hallazgos de Gallagher et al. (2004) quienes han informado de una reducción de las puntuaciones en el SPAI-C y la SASC-R entre pretest y postest (y en un seguimiento a las tres semanas -sic-) y de las tendencias de los resultados dados a conocer por Masia et al. (2001) respecto al SPAI-C, así como de nuestros propios hallazgos en un estudio meta-analítico previo (véase Olivares, Rosa,

Piqueras et al., 2003) en el que, analizando los resultados del tratamiento psicológico de la fobia social en niños y adolescentes a través del SPAI y el SPAI-C, se encontró que, en general, las intervenciones fueron altamente eficaces ($d+ = 1,81$), destacando el incremento de los beneficios en el seguimiento ($d+ = 2,09$). Finalmente, en nuestro caso, los tamaños del efecto fueron 1.214, 1.710 y 1.870 en el posttest y 2.160, 2.575 y 3.090 en el seguimiento, para FSLG, FSMG y FSGG, respectivamente.

En general, todos los estos estudios revisados coinciden con los resultados de nuestro trabajo al mostrar que en todos ellos se produce también una generalización de los beneficios del tratamiento a medio y largo plazo.

(ii) Respecto a las variables que integran el componente cognitivo de la FS, los resultados obtenidos también apoyan nuestras hipótesis relativas a las diferencias intragrupo y están en la línea de los encontrado por Olivares y García-López (2001) para la subescala FNE de la SAS-A (SAS-A/FNE), así como Olivares *et al.* (2002), Olivares, Rosa y Villaroel (2003) y Olivares, Rosa y Piqueras (2005) tanto para la SAS-A/FNE como para el SPSS.

(iii) En relación con las escalas que evalúan las respuestas de evitación social (SAS-A/SAD-N, SAS-A/SAD-G y EDAS-Ansiedad), también se hallan diferencias estadísticamente significativas en los distintos momentos temporales en que se ha realizado la evaluación. Estos resultados son consistentes con los hallados por Olivares y García-López (2001) respecto a las subescalas SAD-N y SAD-G de la SAS-A, por Olivares *et al.* (2002) y por Ruiz (2003) para la SAD-N y la SAD-G de la SAS-A. Respecto de la EDAS-Ansiedad nuestros resultados son coherentes con los datos presentados por Olivares, Rosa y Vera-Villaroel (2003) y Olivares, Rosa y Piqueras (2005). No obstante, y en contra de lo esperado, en el seguimiento a los 12 meses, la condición FSMG presenta un leve incremento en las puntuaciones de evitación social, sin significación estadística, que se explicaría por lo ya argumentado en el apartado (i).

(iv) Los resultados obtenidos respecto de la variable asertividad también permiten concluir que, tal y como habíamos postulado, se dan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en todas condiciones experimentales. Estos resultados son consistentes con los informados por García-López (2000), Olivares et al. (2003, 2005), Ramos (2004) y Ruiz (2003), y coinciden parcialmente con los obtenidos

con adultos por Salaberría y Echeburúa (1998) dado que en éstos no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el seguimiento a los 6 meses y el seguimiento a los 12 meses.

(v) En cuanto a la Escala de Autoestima, las tres condiciones experimentales presentan diferencias pretest-postest-seguimientos estadísticamente significativas, lo cual es consistente con las hipótesis planteadas y con los resultados informados por García-López (2000), Olivares et al. (2003, 2005), Ramos (2004) y Ruiz (2003).

(vi) Respecto a las escalas de Inadaptación y EDAS-Interferencia, las diferencias entre pretest-postest-seguimientos alcanzan la significación estadística para los grupos de fobia social moderada y gravemente generalizada en ambas escalas y para FSLG en la EDAS-Interferencia, en consonancia con nuestra hipótesis. Por el contrario, no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Inadaptación para FSLG entre los distintos momentos temporales, hecho que entendemos podría explicarse en razón a la mayor sensibilidad al cambio terapéutico del EDAS-Interferencia (García-López, Olivares e Hidalgo, 2005). En términos generales, nuestros resultados son coherentes con los datos presentados por Olivares, Rosa y Vera-Villarroel (2003) y Olivares, Rosa y Piqueras (2005), que mostraron que los sujetos tratados redujeron significativamente sus puntuaciones en estas escalas.

(vii) Respecto al Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes (CHSPA) nuestros resultados son consistentes con lo esperado en nuestra hipótesis: reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones del cuestionario para todas las condiciones experimentales entre pretest-postest-seguimientos. Estos resultados coinciden tanto con los informados por García-López (2000), Olivares et al. (2003, 2005), Ramos (2004) y Ruiz (2003) como con los de otros estudios que también utilizan escalas que miden las habilidades sociales de los sujetos (v.gr., Beidel et al. 2000 o Chavira y Stein, 2002).

(viii) Los resultados obtenidos respecto del número de situaciones sociales temidas, tanto de actuación como de relación social, verifican lo que se postulaba: una reducción significativa del número de éstas. Estos hallazgos coinciden con los de Olivares *et al.* (2002) y también con los informados por los estudios realizados en otras tesis doctorales de este mismo equipo (García-López, 2000; Ramos, 2004 o Ruiz, 2003). También son

consistentes con los resultados hallados por otros estudios que han utilizado puntuaciones equivalentes a través, por ejemplo, de las escalas de severidad clínica del ADIS-C/P (así Beidel et al., 2000; Chavira y Stein, 2002; Hayward et al. 2000; Masia-Warner et al., 2001, 2003 o Spence et al., 2000)

(ix) Respecto de las pruebas observacionales, los datos obtenidos en la primera de las situaciones (“Iniciar y mantener una conversación”) confirman parcialmente las hipótesis referentes a las comparaciones intragrupo, ya que pese a que se hallan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en todos los grupos de sujetos y en todas las variables estudiadas, no ocurre así para la variable “repeticiones”. En relación a los valores de los tamaños del efecto, éstos se muestran muy altos para todas las condiciones experimentales en el incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor y en la proporción de tiempo que el sujeto está hablando, siendo en ambos casos FSGG el que muestra un efecto del tratamiento mayor. Este hecho lo entendemos y explicamos como consecuencia de la mayor intensidad de la motivación o adherencia al tratamiento por parte de los sujetos de esta condición experimental; es decir, cuando un sujeto adolescente se adscribe voluntariamente a un tratamiento para la fobia social, si no abandona, la intensidad de la gravedad del trastorno se mostraría como una variable predictora de la obtención de mayores beneficios. Respecto a las variables relativas a la fluidez, excepto para la variable “repeticiones”, en todas las condiciones experimentales se presentan tamaños del efecto altos, siendo el tamaño del efecto de valor medio sólo para FSGG en las pausas menores o iguales a 2 segundos.

Respecto de la segunda situación (“Dar una Charla o discurso improvisado”) los datos muestran diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en todos los grupos de sujetos en las variables “Mirada” y “Tiempo hablado”, lo cual resulta coherente con las hipótesis planteadas. Respecto al resto de variables, todas ellas relativas a la fluidez, se observan efectos del tratamiento desiguales. Así, el tratamiento no mostró diferencias significativas entre pretest y postest en ninguna de las condiciones ni para la variable “Número de pausas mayor a 2 segundos” ni para el “Número de repeticiones”. Las condiciones FSMG y FSGG mostraron diferencias significativas en las variables “Pausas iguales o menores de dos segundos”, mientras que la condición FSLG no lo hizo. Si atendemos a los tamaños del efecto, fue FSGG la

que mostró mayor valor en el incremento del número de segundos que el sujeto permanece mirando a su interlocutor y en la proporción de tiempo que éste está hablando

En el ámbito de la comparación de estos resultados con los de otros estudios hemos encontrado notables dificultades. Esto se debe a que, aun cuando las pruebas observacionales han sido utilizadas en diversos trabajos tanto en población infantil y adolescente (Beidel et al., 2000; García-López, 2000) como adulta (Erwin *et al.*, 2002; Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea, 1985; Heimberg *et al.*, 1990; Hofmann, 2000; Hofmann, Newman, Becker, Taylor y Roth, 1995; Hope, Heimberg y Bruch, 1995; Hope, Herbert y White, 1995; Woody, Chambless y Glass, 1997), sus delimitaciones y operacionalizaciones han sido muy dispares. Ello ha reducido la posibilidad de comparación de los resultados del presente trabajo a los estudios de nuestro propio equipo. En este contexto, nuestros resultados son coincidentes con los de Olivares et al. (2005), Ruiz (2003) y Ramos (2004).

En relación con las hipótesis formuladas sobre las *comparaciones intergrupo*, nuestros resultados (véase la Tabla IV.106, p. 392) no confirman la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2 en ninguna de las pruebas, excepto en el SPS en el seguimiento a los 6 meses en la comparación FSMG-FSLG, a favor de la primera. La significación estadística que alcanzan los resultados en esta prueba, el SPS, en la línea de lo esperado en nuestra hipótesis, se produce en el contexto de una tendencia que afecta a las ganancias obtenidas por las condiciones experimentales tanto en el posttest como en los seguimientos, pese a no alcanzar tal significación. Es decir, pese a que los efectos del tratamiento son estadísticamente equivalentes en las tres condiciones experimentales, podemos observar que los sujetos del grupo FSMG alcanzan las cuantías más relevantes en la mayoría de las variables dependientes en el seguimiento a los 6 meses, las cuales posteriormente sufren un ligero retroceso a los 12 meses; en cambio, esto mismo ocurre, pero de manera inversa, en las puntuaciones obtenidas por los sujetos FSGG. En ambos casos, pese a que tales cambios no alcanzan la significación estadística, como ya hemos indicado, si muestran la tendencia esperada en nuestra hipótesis, y que entendemos necesario comentar. Desde nuestro punto de vista, los sujetos FSMG, por una parte, estarían inicialmente más

motivados para adherirse al tratamiento que los de la condición FSLG y, por otra, la intensidad de sus respuestas de ansiedad no les generaría todavía el grado de interferencia que experimentarían los sujetos de la condición FSGG; en consecuencia, los sujetos de este grupo (FSMG) estarían en las mejores condiciones para beneficiarse de los efectos del entrenamiento a medio plazo, permitiéndoles esta disposición obtener los mayores logros una finalizado el tratamiento (primer seguimiento), aun cuando éstos no lleguen a alcanzar relevancia estadística, probablemente debido al tamaño de la muestra. Ahora bien, dado que es muy plausible que tales logros pudieran satisfacer parcialmente las metas individuales, siguiendo lo ya comentado por Olivares (1998) al describir el efecto “Me planto”, entendemos que esa “falta de ambición terapéutica” podría también contribuir a explicar por qué los resultados del seguimiento a los 12 meses ya no sólo no se muestran estadísticamente superiores sino que, en general, muestran retrocesos pese a que sus ganancias sigan siendo superiores a las de FSLG. Así mismo, los sujetos FSGG inicialmente encontrarían en la intensidad de la interferencia generada por el trastorno “un freno” a su adherencia al tratamiento, es decir, la resistencia a la que habrían de enfrentarse para adherirse al tratamiento sería considerablemente mayor que en las otras dos condiciones experimentales, consecuencia tanto del sufrimiento como de las interferencias que supuestamente conlleva/produce el grado de consolidación y generalización alcanzado por el trastorno en esta condición (véase Olivares y Caballo, 2003 o Rapee y Heimberg, 1997); ahora bien, una vez finalizado el entrenamiento e iniciado el camino “cuasi-autónomo de la auto-exposición” la motivación de éstos se iría incrementando en la misma medida en que los resultados de la aplicación de sus conocimientos teóricos, sus habilidades y destrezas, le fuesen confirmando sus expectativas de resultado; el momento de mayores logros se produciría así en el largo plazo, a los 12 meses.

Según nuestra hipótesis relacionada con *el tamaño del efecto* (TE, en adelante), cabía esperar que los valores de éstos fueran proporcionales a la intensidad de la gravedad supuesta a los tres subgrupos ($FSGG \geq FSMG \geq FSLG$), por lo que sus diferencias en las comparaciones dos a dos habrían de ser siempre a favor del subgrupo al que suponemos mayor intensidad en sus respuestas de ansiedad social. Los resultados confirman el orden de los valores de los tamaños del efecto predichos (véase Tabla IV.106). Así, los datos del postest indicaron que el efecto del tratamiento en FSGG fue superior a FSLG en 24 de las 30 variables consideradas y a FSMG en 19 de las 30

variables. Por su parte, FSMG obtuvo valores superiores a FSLG en 24 de las 30 variables. Así mismo, la media de los tamaños del efecto para la comparación FSLG-FSGG fue de -0.573 ; para la comparación FSLG-FSMG de -0.318 y para la comparación FSMG-FSGG de -0.290 . En el seguimiento a los 6 meses, los tamaños del efecto del tratamiento en 19 de las 20 variables fueron superiores para FSGG respecto de FSLG. En este momento de evaluación, también se observó que el tamaño del efecto del tratamiento era superior en FSMG frente a FSLG en 18 de las 20 variables medidas. FSGG obtuvo mayores ganancias respecto de FSMG en 12 de las 20 variables. El valor del tamaño del efecto para la comparación FSLG-FSGG fue de -1.312 , para la comparación FSLG-FSMG de -0.868 y de -0.299 para FSMG-FSGG. También se trata de datos consistentes con la hipótesis formulada. Finalmente, respecto al seguimiento a los 12 meses, la condición experimental FSGG presenta un efecto del tratamiento mayor respecto de FSLG en todas las variables ($TE = -1.261$) y respecto de FSMG en todas las variables excepto en una ($TE = -0.579$). FSMG también muestra mayores ganancias que FSLG en 18 de las 20 variables ($TE = -0.683$). Todo ello en el orden esperado y de acuerdo con lo que indican Bados, García-Grau y Fusté (2003) en relación con los tamaños del efecto generados por esta modalidad de tratamiento.

En resumen, los resultados de las comparaciones intergrupo muestran que, en general, el tratamiento es estadísticamente eficaz independientemente del subgrupo de Fobia Social Generalizada al que se aplique (tal como nosotros lo hemos operacionalizado), en la mayor parte de las variables dependientes examinadas, tanto en el posttest como en los seguimientos a medio y largo plazo.

Respecto de la discusión de nuestros resultados con los de otros estudios hemos de indicar que, desafortunadamente, la revisión realizada no nos ha permitido hallar trabajos con los que podamos comparar nuestros hallazgos. Así, hemos hallado trabajos en los que se ha comparado el tratamiento de distintas delimitaciones de la fobia social (Brown *et al.*, 1995; Hope *et al.*, 1995; Ruipérez *et al.*, 2001 o Turner *et al.*, 1992), pero sólo en uno se ha estudiado el efecto del tratamiento psicológico sobre una subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado (Van Dam-Baggen y Kraaimaat, 2000). Van Dam-Baggen y Kraaimaat (2000), aplicaron, en formato de grupo, una modalidad de entrenamiento en habilidades sociales a sujetos adultos (rango: 18-49 años) que mostró una eficacia equivalente en los dos subgrupos de fobia social generalizada

utilizados. No obstante, tanto el hecho de tratarse de una muestra de adultos como el de haber utilizado instrumentos de evaluación distintos a los nuestros, no nos permite discutir nuestros resultados con los suyos.

Respecto a la hipótesis sobre la *significación clínica* de los cambios operados en las distintas condiciones experimentales, nuestros resultados muestran que, con el criterio más estricto (ausencia de Fobia Social según los criterios del DSM-IV; APA, 1994), no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en las distintas medidas realizadas, por lo que no se cumple la hipótesis que habíamos formulado (véase Tabla IV.113). No obstante, si se observa que en todos los momentos la tasa de recuperación es inversa al grado de generalización de la fobia social (FSLG>FSMG>FSGG) para el criterio de remisión total del trastorno tanto en el posttest como en los seguimientos a seis y doce meses (véase tabla IV.113), lo que nos lleva a pensar que si hubiésemos podido disponer de una mayor potencia estadística podría haberse cumplido la hipótesis propuesta. Respecto del criterio del 75% de remisión de las situaciones sociales temidas en el pretest, la tendencia general es la misma: la tasa de recuperación es inversa al grado de generalización (véase tabla IV.114). Estos resultados están en la línea de los obtenidos por otros investigadores tanto con muestras infanto-juveniles de sujetos con ansiedad social generalizada (Beidel et al., 2000; Hayward et al., 2000; Masia et al., 2001; Olivares y García-López, 2001; Olivares et al., 2002; Olivares et al., en prensa; Ramos, 2003; Ruiz, 2003) como con muestras de adultos (Brown et al., 1995; Hope et al., 1995; Ruipérez et al., 2002; Turner et al., 1996).

Finalmente, hemos de realizar varias observaciones en relación con las limitaciones del presente estudio. Así, en primer lugar, la constitución de los grupos estuvo supeditada a las limitaciones geográficas y de horarios disponibles por los adolescentes. Los grupos se tuvieron que conformar, por tanto, en función del instituto al que pertenecían y del horario libre del que disponían, eso si, siempre y cuando pertenecieran al mismo grupo de FSG, ya que ésta era la variable a estudiar. De este modo en nuestro trabajo no se pudo evitar que se hallaran diferencias significativas en el pretest entre las tres condiciones experimentales, al menos para las variables dependientes cuantitativas que definen la gravedad de los subgrupos de FSG. En segundo lugar, hemos de indicar que durante el proceso de evaluación sólo se administraron autoinformes a los

adolescentes, no a los padres. A este respecto existe un debate acerca de si son los padres o los propios adolescentes los que proporcionan información más fiable acerca de sus respuestas de ansiedad social. A este respecto, DiBartolo, Albano, Barlow y Heimberg (1998) hallaron que, pese a que el acuerdo padre/hijo es elevado en cuanto a la severidad de las respuestas cognitivas, no lo es con relación a las respuestas de evitación, apareciendo los padres como mejores informadores sobre este último aspecto ya que los adolescentes tienden a minimizar sus respuestas de evitación ante las situaciones sociales, quizás como resultado de su deseo de causar una buena impresión al evaluador. En consecuencia, pese a que La Greca (1998) sostiene que los adolescentes deberían ser la principal fuente de información, ello no debería llevar a obviar el papel de los padres. En tercer lugar, se presenta como limitación de nuestro estudio el hecho de que no se pudo aplicar de forma generalizada la prueba observacional en los seguimientos. En cuarto lugar, entendemos que también constituye una amenaza a nuestros resultados la pérdida de sujetos entre el posttest y los seguimientos. Finalmente, también puede constituir una limitación a la generalización de nuestros resultados a otros contextos el hecho de que en nuestra investigación no han sido controladas cuestiones tales como en qué medida el contexto físico (tamaño, forma y localización de la sala donde se llevaba a cabo la intervención) puede ser un factor relevante en los efectos del tratamiento (validez ecológica) o si los efectos del tratamiento son independientes de la hora del día en la que se aplica el tratamiento (validez interna).

VI. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

VI.1. CONCLUSIONES

(i) Tal como se esperaba, la Intervención en Adolescentes con Fobia Social - IAFS- produce beneficios intragrupo estadísticamente significativos en todos y cada uno de los subgrupos en los que hemos dividido el subtipo generalizado (FSLG, FSMG y FSGG), tanto a corto como a medio y largo plazo, con independencia del grado de generalización de la fobia social; constatándose además un incremento de los beneficios en el largo plazo (12 meses).

(ii) Los resultados del tratamiento no solo se mantienen en los seguimientos, sino que en general se incrementan con el paso del tiempo, sobre todo en FSGG.

(iii) Con independencia de la condición experimental, salvo para FSMG en el seguimiento a los seis meses, los tamaños del efecto (TE) se ordenan de acuerdo a lo postulado en las comparaciones intragrupo: $TE_{\text{pretest-postest}} \leq TE_{\text{pretest-seguimiento a los 6 meses}} \leq TE_{\text{pretest-seguimiento a los 12}}$.

(iv) Nuestros hallazgos no apoyan que la propuesta presentada de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado contribuya a mejorar significativamente los resultados obtenidos previamente en la aplicación del IAFS, en las condiciones especificadas, ni desde el punto de vista estadístico ni desde el punto de vista clínico porque (a) no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos, ni en el postest ni en los seguimientos a los 6 y 12 meses, y porque, desde el punto de vista de la significación clínica, (b) los sujetos progresan de modo similar tanto en la reducción (75%) como en la eliminación (100%) del número de situaciones sociales temidas y evitadas, con independencia del subgrupo al que fueron adscritos.

(v) Los tamaños del efecto obtenidos confirman la ordenación esperada de los subgrupos en relación con la gravedad supuesta a éstos dentro del continuo [(TE) $FSGG \geq (TE) FSMG \geq (TE) FSLG$], constatándose que sus diferencias en las comparaciones dos a dos son siempre a favor de los sujetos del subgrupo con mayor deterioro o limitación en su relación / actuación social.

(vi) El análisis de los resultados obtenidos permite conocer mejor el curso de la respuesta de los adolescentes al tratamiento IAFS, en función del grado de generalización de la fobia social, así como tomar medidas tanto relativas a la prevención de abandonos como respecto del incremento de la adherencia al tratamiento y el afrontamiento del efecto “Me planto” (Olivares, 1998).

VI.2. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Entre las cuestiones que entendemos quedan pendientes a la luz de los resultados obtenidos en este trabajo se hallan:

1. Desmantelar el paquete de tratamiento IAFS para analizar qué componente(s) es/son más eficaz(ces) para producir el cambio terapéutico.
 2. Variar otros parámetros del tratamiento como el número de sesiones, su duración o intensidad de la exposición (la presencia de los padres, realizar actividades grupales complementarias como juegos que impliquen relación social (fútbol, baloncesto, monopoli...) o exposición en público (karaoke), etc.).
 3. Variar las características del sujeto y del terapeuta. Una forma de implementar esta estrategia sería seleccionando a los sujetos en función del género, la comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación o la edad, y determinar cómo influye en los resultados del tratamiento. Otra opción consistiría en clasificar a los terapeutas en base a sus años de experiencia, o bien evaluar la eficacia de un terapeuta vs. dos terapeutas o de dos terapeutas del mismo sexo vs. de distinto sexo, etc.
 4. Proseguir en el estudio de qué variables son predictoras de abandonos y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la Fobia Social Generalizada.
 5. Estudiar el papel de las variables relacionadas con el fracaso terapéutico, tanto las relacionadas con el tratamiento (bajas expectativas de cambio, el incumplimiento de tareas, faltas de asistencia, etc.), como las de orden
-

psicopatológico (comorbilidad depresiva, la existencia de otros trastornos comórbidos, etc.) y las relativas a la personalidad (neuroticismo, extraversión, baja autoestima, etc.).

6. Introducir dentro del proceso de evaluación a padres (medidas de autoinforme y registros observacionales), profesores (medidas de autoinforme y registros observacionales) y compañeros (test sociométrico), a fin de valorar la validez social de los cambios generados por el tratamiento.
 7. Evaluar el nivel socioeconómico y cultural de los padres, el número y orden de nacimiento de los hijos con Fobia Social Generalizada o la presencia de abuso físico o problemas de salud crónicos, puesto que estas variables pueden estar implicadas en la tasa de mejoría de los sujetos.
 8. Realizar un mayor número de investigaciones que permitan determinar el la validez del uso de las variables que miden la fluidez del habla, de cara a incrementar la eficiencia de los tests situacionales para medir el cambio terapéutico.
 9. Comparar el tratamiento en grupo frente al individual en este tramo de edad.
-

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbot, M.J. y Rapee, R.M. (2003). Rumination following social treat, physical treat and depression-related events. Manuscrito enviado para su publicación
- 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
- Abrams, K., Kushner, M., Medina, K.L. y Voight, A. (2001). The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 219-231
- Albano, A. M. (1995). Treatment of social anxiety in adolescence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 271-298
- Albano, A.M., Chorpita, B. y Barlow, D. (1996). Childhood anxiety disorders. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.). *Child psychopathology* (pp. 196-241). New York: Guilford Press
- Albano, A.M., Detweiler, M.F. y Logsdon-Conradsen, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions with socially phobic children. En S. W. Russ T. H. Ollendick (dirs.), *Handbook of Psychotherapies with Children and Families* (pp. 255-280). New York: Plenum
- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). New York: Guilford Press
- Albano, A.M., Marten, P.A. y Holt, C.S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Manuscrito no publicado
- Albano, A.M., DiBartolo, Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656
- Albano, A.M. y Silverman, W.K. (1996). *The anxiety disorders interview schedule for DSM-IV-Child version*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Alden, L.E. y Capreol, M.J. (1993). Avoidant personality disorder. Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24, 357-376
- Alden, L.E. y Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 53-64
- Alden, L.E. y Wallace, S.T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interaction. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 497-505

- Al-Kubaisy, T., Marks, I.M., Logsdail, S., Marks, M.P., Lowell, K., Sungur, M. y Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23, 599-621
- Allgulander, C. (1998). Paroxetine in social anxiety disorder: A randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 193-198
- Alnaes, R. y Torgersen, S. (1988). The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 485-492
- Alpert, J.E., Maddocks, A., Rosenbaum, J.F. y Fava, M. (1994). Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 31, 165-171
- Alpert, J.E., Uebelacker, L.A., McLean, N.E., Nierenberg, A.A., Pava, J.A., Worthington III, J.J., Tedlow, J.R., Rosenbaum, F.J. y Fava, M. (1997). Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychological Medicine*, 27, 627-633
- Alström, J.E., Nordlund, C.L., Persson, G., Harding, M. y Ljungqvist, C. (1984). Effects of four treatments on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 97-110
- Altamura, A.C., Piolo, R., Vitto, M. y Mannu, P. (1999). Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 239-245
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (primera edición). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (segunda edición). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (tercera edición, revisada). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición, texto revisado). Washington, DC: APA
- Amies, P.L., Gelder, M.G. y Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179

- Amir, 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., Riemann, B., Burns, J., Lorenz, M. y Mullen, J.T. (1996). Suppression of the emotional Stroop effect by increased anxiety in patients with social phobia. *Behaviour Therapy and Research*, 34, 945-948
- 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., Henderson, S. y Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian national mental health survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153
- Angst, J. (1992). Comorbidity of panic disorder in a community sample. *Clinical Neuropharmacology*, 15, 176-177
- Angst, J. (1998). The growing epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151
- Antony, M.M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 826-834
- Antony, M.M., Purdon, C.L., Huta, V. y Swinson, R.P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154
- Apter, J.T. y Allen, L.A. (1999). Buspirone: Future directions. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 86-93
- Argyropoulos, S.V., Bell, C.J. y Nutt, D.J. (2001). Brain function in social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 707-722
- Argile, M. y Williams, M. (1969). Observer or observed?. A reversible perspective in person perception. *Sociometry*, 32, 396-412
- 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., Oei, T.P.S., Evans, I. y Van der Ende, J. (1991). Agoraphobic, animal, death-injury-illness and social stimuli clusters as major elements in a four-dimensional taxonomy of self-rated fears: First-order level confirmatory evidence from an Australian sample of anxiety disorder patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 227-249
- Arrindell, W.A., Pickersgill, M.J., Merckelbach, H., Ardon, A. y Cornet, F.C. (1991). Phobic dimensions: III. Factor analytic approaches to the study of common phobic

- fears: An updated review of findings obtained with adults subjects. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 73-130
- Asher, S.R. y Coie, J.D. (Eds.).(1990). *Peer rejection in childhood*. New York: Cambridge University Press
- Asher, S.R., Parkhurst, J.T., Hymel, S. y Williams, G.A. (1990). Peer rejection and loneliness in childhood. En S.R. Asher y J.D. Coie, *Peer Rejection in Childhood* (pp. 253-273). New York: Cambridge University Press
- Asher, S.R. y Wheeler, V.A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 500-505
- Asmundson, G.J.G. y Stein, M.B. (1994). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: Evaluation using a dot-probe paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 107-117
- Attili, G. (1989). Social competence versus emotional security: The link between home relationships and behavior problems at school. En B.H. Schneider, G. Attili, y J. Nadel (Eds.), *Social competence in developmental perspective* (pp. 293-311). London: Kluwer
- 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). Diferencias en medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas entre grupos de poco y mucho miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 443-469
- 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*, 13, 657-684
- Bados, A. y Saldaña, C. (1990). Tratamiento conductual del miedo a hablar en público: 13 meses después. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 441-464
- Baker, S.L., Heinrichs, N., Kim, H.J. y Hofmann, S.G. (2002). The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 701-715
- Bakish, D. (1994). The use of the reversible monoamine oxidase-A inhibitor brofaromine in social phobia complicated by panic disorder with or without agoraphobia [letter]. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14, 74-75

- Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D.J., Scharwaechter, I. y Faure, M. (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 120-126
- 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 social anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (supl. 17), 54-60
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Bobes, J., Beidel, D.C., Ono, Y. y Westenberg, H.G.M. (1998). Comunicado de consenso sobre el trastorno de ansiedad social del Grupo International de Consenso de Depresión y Ansiedad. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 54-60
- Ballesteros, M.C. y Conde, V.J. (1999). Trastorno por ansiedad social de inicio en la infancia y la adolescencia. En J. Bobes, M.P. González, P.A. Sáiz y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 35-62). Masson: Barcelona
- Ballesteros, M.C., Conde, V.J.M. y Geijo, M.S. (1996). Consideraciones clínicas sobre la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 339-352
- Bandura, A. (1971). Psychotherapy based upon modeling principles. En A. Webster (Ed.), *Language and language-related difficulties*. *Educational and Child Psychology*, 8 (3), 72-83.
- Baños, R.M., Botella, C. y Quero, S. (2000). Efectos del entrenamiento en focalización atencional en la fobia social: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 441-453.
- Barlow, D. (2003). The Nature and Development of Anxiety and its Disorders: Triple Vulnerability Theory. *Eye on Psi Chi*, 7(2), extraído de http://www.psichi.org/pubs/articles/article_340.asp
- Barret, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., Rapee, R.M. y Ryan, S.M. (1996). Family intervention for childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342
- Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M. y Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203

- Battaglia, M., Ogliari, A., Zanoni, A., Villa, F., Citterio, A., Binaghi, F., Fossati, A. y Maffei, C. (2004). Children's discrimination of expressions of emotions: Relationship with indices of social anxiety and shyness. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 43 , 358-365.
- Beaumont, G. (1977). A large open multicenter trial of clomipramine in the management of phobic disorders. *Journal of International Medical Research*, 5 (Suppl. 5), 116-129
- Bech, P. y Angst, J. (1996). Quality of life in anxiety and social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 97-100
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press
- Beck, A.T. y Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58
- Beck, A.T., Emery, G. y Greenberg, R.I. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books
- Beck, J.G., Carmin, C.N. y Henninger, N.J. (1998). The utility of the Fear Survey Schedule-III: An extended replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 177-182
- Beidel, D.C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552
- Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846
- 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. 111-129). New York: Plenum Press
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1992). Scoring the Social Phobia and Anxiety Inventory: Comments on Herbert et al. (1991). *Behaviour Research and Therapy*, 31, 331-337
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1992, Octubre). *Are social phobic children the same as social phobic adults?*. Comunicación presentada en el Congreso Anual de la *Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Washington, DC (Estados Unidos)

- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1999). The natural course of shyness and related syndromes. En L.A. Schmidt y J. S. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 203-223). New York: Oxford University Press
- 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). Physiology, 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. y Hamlin, V. y Morris, T.L. (2000). The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): External and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31, 75-87.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Jacob, R.G. (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.M. (1996). *Social Effectiveness Training for Children*. Manuscrito no publicado
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.L. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Children: A treatment manual*. Manuscrito no publicado. Medical University of South Carolina
- 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. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skills. *Behavior Research and Therapy*, 21, 29-41
- Bell, C.J., Malizia, A.L. y Nutt, D.J. (1999). The neurobiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 11-18
- Benca, R., Matuzas, W. y Al-Sadir, J. (1986). Social phobia, MVP, and response to imipramina. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 50-51
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J. y Faraone, S.V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679
- Bijl, R.V., Ravelli, A. y Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595
- Biran, M., Augusto, F. y Wilson, G.T. (1981). In vivo exposure vs. cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 525-532
- Birmaher, B., Waterman, G.S., Ryan, N., Cully, M., Balach, L., Ingram, J. y Brodsky, M. (1994). Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 993-999
- Bisserbe, J.C., Lèpine, J.P. y Group, G.R.P. (1994). Moclobemide in social phobia. *Clinical Neuropharmacology*, 17 (Suppl. 1), 88-94
- Bisserbe, J.C., Weiller, E., Boyer, P., Lèpine, J.P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 25-28
- Black, B., Uhde, T.W. y Tancer, M.E. (1992). Fluoxetine for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 293-295
- Blanco, C., Antia, S.X. y Liebowitz, M.R. (2002). Pharmacotherapy for social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 109-120
- Blanco, C. y Schneier, F.R. (1997). Current and new approaches to social phobia. *Medscape Mental Health*, 2
- Bland, R.C., Orn, H., y Newman, S.C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 24-32

- Blomhoff, S., Haug, T.T. y Humble, M. (1999). Treatment of generalized social phobia. En *Programs and Abstracts of the 152nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. Washington
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M.P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., Domènech, R., González-Quirós, M., Bascarán, 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. *Medical Clinical*, 112, 530-538
- Bobes, J., González, M.P., Sáiz, P.A., Bascarán, M.T. y Bousoño, M. (2001). Revisión conceptual a propósito de la fobia social (trastorno de ansiedad social). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 195-198
- Bögels, S.M., Alberts, M. y de Jong, P.J. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity, and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21, 573-581
- Bögels, S.M. y Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 51-66
- Bögels, S. M., Snieder, N. y Kindt, M. (2003). Specificity of dysfunctional thinking in children with symptoms of social anxiety, separation anxiety and generalized anxiety. *Behaviour Change*, 20, 160-169
- Bögels, S.M., van Dongen, L. y Muris, P. (2003). Family influences on dysfunctional thinking in anxious children. *Infant and Child Development*, 12, 243-252.
- Bögels, S.M., van Oosten, A., Muris, P. y Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 273-287
- Boone, M.L., McNeil, D.W., Masia, 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
- Bornas, X. y Tortella, M. (1998). Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo-conductual. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia Social* (pp. 51-62). Barcelona: Masson
- Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2003). *Fobia social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.

- Botella, C. y Gallardo, M. (1999). *La fobia social*. Madrid: UNED-FUE
- Bourdon, K.H., Boyd, J.H., Rae, D.S., Burns, B.J., Thompson, J.W. y Locke, B.Z. (1988). Gender differences in phobias. Results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241
- 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
- Bouwer, C. y Stein, D.J. (1998). Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in the treatment of generalized social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 49, 79-82
- Boyd, J.H., Rae, D.S., Thompson, J.W., Burns, B.J., Bourdon, K., Locke, B.Z. et al. (1990). Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323
- Bradley, B.P., Mogg K. y Lee, S. C. (1997). Attentional biases for negative information in induced and naturally occurring dysphoria. *Behavioral Research and Therapy*, 35, 911-27.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R.B., Emmanuel, N., Payeur, R., Johnson, M., Roberts, J., Jarrell, M.P. y Ballenger, J.C. (1993). Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1216-1218
- Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavioral Genetic*, 25, 95-101
- Breslau, N., Kilbey, M. y Andreski, P. (1994). DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlate, and associated psychiatric disorders. *Addiction*, 89, 743-754
- Brewerton, T.D., Lydiard, R.B., Herzog, D.B., Brotman, A.W., O'Neil, P.M. y Ballenger, J.C. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 77-80
- 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, T.A., DiNardo, P.A., Lehman, C.L. y Campbell, L.A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58
- 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. y Cheek, J.M. (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (dirs.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 163-181). New York: Guilford
- Bruch, M.A., Giordano, S. y Pearl, L. (1986). Differences between fearful and self-conscious shy subtypes in background and current adjustment. *Journal of Research in Personality, 20*, 172-186
- Bruch, M.A., y Heimberg, R.G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders, 8*, 155-168
- Bruch, M.A., y Heimberg, R.G., Berger, P. y Collins, T.M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research, 2*, 57-63
- Brunello, N. den Boer, J.A., Judd, L.L., Kasper, S., Kelsey, J.E., Lader, M., Lecubrier, Y., Lepine, J.P., Lydiard, R.B., Mendlewicz, J., Montgomery, S.A., Racagni, G., Stein, M.B. y Wittchen, H.U. (2000). Social phobia: Diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders, 60*, 61-74
- Bryant, B. y Trower, P.E. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology, 44*, 13-21
- Buela-Casal, G., Sierra, J.C. y Vera-Villarroel, P. (2001). Evaluación y tratamiento de fobias específicas y fobia social. En G. Buela-Casa y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos* (pp. 189-214). Madrid: Biblioteca Nueva
- Bulik, C.M., Beidel, D.C., Duchmann, E., Weltzin, T.E. y Kaye, W.H. (1991). An analysis of social anxiety in anorexic, bulimic, social phobic and control women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*, 199-211
- Burton, R. (1845). *The anatomy of melancholy*, vol. 1, 11ª edición. Londres: Thomas Tegg, Cheapside

- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, CA: Freeman
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-657
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. y Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650
- Butler, G. y Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diferentes medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99
- Caballo, V. (1995). Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 2, 121-131
- Caballo, V.E. (1995). Fobia social. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal, y J.A. Carrobes. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 1) (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI
- Caballo, V.E., Andrés, V. Y Bas, F. (1997). Fobia social. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. y Buela-Casal, G. (1988). Molar/Molecular assessment in an analogue situation: Relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and Motor Skill*, 67, 591-602
- 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., Iurria, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11 (3), 539-562
- Caballo, V.E. y Turner, R.M. (1994, noviembre). *Behavioral, cognitive and emotional differences between social phobic and non-phobic people*. Comunicación presentada en la 28th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. San Diego, California (Estados Unidos)
- Caldirola, D., Perna, G., Arancio, C., Bertani, A. y Bellodi, L. (1997). The 35% CO₂ challenge test in patients with social phobia. *Psychiatry Research*, 71, 41-48

- Calvo, M. G., Eysenck, M. W. y Castillo, M. D. (1997). Interpretative bias in test Anxiety: the time course of predictive inference. *Cognition and Emotion*, 11, 43-63
- Cameron, O., Thyer, B., Nesse, R. y Curtis, G. (1986). Symptoms profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1132-1137
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martínez, R., Seasman, M. y Guevara, L.M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735
- Cano, J, Castro, S y Ruiz, V. M. (1999). Evaluación e intervención psicológica en un caso de fobia social. *Psiquis*, 20, 50-54.
- Cano-Vindel, A. (2004a). *Costes de los trastornos de ansiedad*. En Información General sobre la Ansiedad y el Estrés: Los Trastornos de Ansiedad (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés). Extraído de: <http://www.ucm.es/info/seas/ta/costes/index.htm>
- Cano-Vindel, A. (2004b). *Formación sobre ansiedad y estrés*. En Información para especialistas. (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés). Extraído de: <http://www.ucm.es/info/seas/formac/index.htm>
- Cano-Vindel, A. y Espada-Largo, J. (2003). Fobia social y fobia simple: diferencias y similitudes en las manifestaciones clínicas. *Ansiedad y Estrés*, 9, 49-57.
- Cardot, H., Lejoyeux, M. y Ades, J. (1997). Anxiété et alcoolisme(pp.103-122). En J. Ades y M. Lejoyeux (Eds.), *Alcoolisme et Psychiatrie*. Paris: Masson.
- Carducci, B.J. (1999). *Shyness: A bold new approach*. Nueva York: HarperCollins Publisher, Inc.
- Carducci, B.J. y Zimbardo, P.G. (1995). Are you shy?. *Psychology Today*, 28, 34-46
- Caster, J.B., Inderbitzen, H.M. y Hope, D.A. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 237-251
- Castro, J., Toro, J., Van der Ende, J. y Arrindell, W.A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57
- Cerezo, F. (1998). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.
- Czepowitz, V.D., Johnson, M.R., Lydiard, R.B., Emmanuel, N.P., Ware, M.R., Mintzer, O.B., Walsh, M.D. y Ballenger, J.C. (1995). Sertraline in social phobia. [Letter to the editors]. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15 (5), 372-373

- Chambless, D.L., Cherney, J., Caputo, G.C. y Rheinstein, B.J. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: a study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 29-40
- Chambless, D.L., Tran, G.Q. y Glass, C.R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 221-240
- Chang, S.C. (1984). English-language review of Yamashita, I, *Taijin-Kyosho: Kenehara. Transcultural Psychiatry Review, 21*, 283-288
- Chapman, T.F. (1993). *Assortative mating and mental illness*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Yale, New Haven (EEUU)
- 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, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 21-40). 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 Adolescent Psychopharmacology, 12(1)*, 47-54.
- Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K. y Stein, M.T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders, 80*, 163-171.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., & Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 585–598.
- Cheer, S.M. y Figgitt, D.P. (2001). Flovoxamine: a review of its therapeutic potential in the management of anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatric Drugs, 3*, 763-781
- Cheer, S.M. y Figgitt, D.P. (2002). Spotlight on fluvoxamine in anxiety disorders in children and adolescents. *CNS Drugs, 16*, 139-144
- Chen, Y.P., Ehlers, A., Clark, D.M. y Mansell, W. (1997). Patients with social phobia direct their attention away from faces. Presentado en el Annual EABCT Congress, Venecia
- Chen Y.P., 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, marzo). *Assessment of social anxiety in adolescent alcohol abusers*. Comunicación presentada en la Convención Anual de la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad. Charleston, USA

- Clark, D.M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. 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. 405-429). Londres: John Wiley & Sons
- Clark, D.B. y Agras, W.S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *American Journal of Psychiatry*, 148, 598-605
- Clark, D.B., Bukstein, O.G., Smith, M.G., Kaczynski, N.A., Mezzich, A.C. y Donovan, J.E. (1995). Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatric Services*, 46, 618-620
- Clark, D.B., Feske, U., Masia, C.L., Spaulding, S.A., Brown, C., Mammen, O. y Shear (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and anxiety*, 6, 47-61
- Clark, D.B. y Kirisci, L. (1996). Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2, 226-233
- Clark, D.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. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press
- Clement, P. W., Fazzino, R. A. y Godstein, B. (1970a). Tangible reinforcers and child group therapy. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 9, 409-427
- Clement, P. W. y Milne, D. C. (1967). Group play therapy and tangible reinforcers used to modify the behavior of eight-years old boys. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 2, 241-242
- Clement, P. W., Roberts, P. V. y Lantz, C. E. (1970b). Social Models and token reinforcement in the treatment of shy, withdrawn boys. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 5, 515-516
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associated
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357

- Cole, D.A., Martin, J.M., Powers, B. y Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal assessment of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258-270
- Cole, D.A., Peeke, L.G., Martin, J.M., Truglio, R. y Seroczynski, A.D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 451-460
- Coles, M. E., y Heimberg, R. G. (2002). Memory biases in the anxiety disorders: Current status. *Clinical Psychology Review*, 22, 587-627.
- Coles, M.E., Turk, C.L., Heimberg, R.G. y Fresco, D.M. (2001). Effects of varying levels of anxiety within social situations: relationship to memory perspective and attributions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 651-665
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa
- Compton, S.N., Grant, P.J., Chrisman, A.K., Gammon, P.J., Brown, V.L. y March, J.S. (2001). Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: An open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 564-571
- Condren, R.M., O'Neill, A., Ryan, M.C.M., Barrett, P. y Thakore, J.H. (2002). HPA axis response to a psychological stressor in generalized social phobia. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 693-704
- Cook, E.W., III. 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
- Cooper, P.J. y Eke, M. (1999). Childhood shyness and maternal social phobia: A community study. *British Journal of Psychology*, 174, 439-443
- Cox, B.J., Parker, J.D.A. y Swinson, R.P. (1996). Confirmatory factor analysis of the Fear Questionnaire with social phobia patients. *British Journal of Psychiatry*, 168, 497-499
- 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 (3), 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). New York: Guildford Press

- Cox, B.J., Swinson, R.P. y Fergus, K.D. (1993). Changes in fear versus avoidance ratings with behavioral treatments for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 24, 619-624
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Parker, J.D.A., Kuch, K. y Reichman, J.T. (1993). Confirmatory factor analysis of the Fear Questionnaire in panic disorder with agoraphobia. *Psychological Assessment*, 5, 235-237
- Craske, M. G. (2003). *Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why more women than men?*. Kidlington (Oxford): Elsevier
- Craske, M.G. y Glover, D.A. (1999). Anxiety disorders. En E.M., Palace (ed.). *Women's Health: A Behavioral Medicine Approach*. New York: Oxford University Press, 1999
- Crespo, A.A., Ontoso, I.A. y Grima, F.G. (1998). Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atención Primaria*, 21, 265-269
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., 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.T., Potts, N.L., Tupler, L.A., Miner, C.M., Malik, M.L., Book, S.W., Colket, J.T. y Ferrel, F. (1998). Discontinuation of clonazepam in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 373-378
- Constans, J.I., Penn, D.L., Ihen, G.H. y Hope, D.A. (1999). Interpretative bias for ambiguous stimuli in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 643-651
- Coupland, N.J., Bell, C., Potokar, J.P., Bailey, J.E. y Nutt, D.J. (2001). Cardiovascular reflexes during treatment of social phobia with moclobemide. *International Journal of Psychiatry* 5(1), 27-31
- Curran, J.P. (1977). Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety. *Psychological Bulletin*, 84, 140-157
- Dadds, M.R., Barrett, P.M., Rapee, R.M. y Ryan, A. (1996). Family process and child anxiety and aggressions: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734
- 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

- Daleiden, E., & Vasey, M. W. (1997). An information-processing perspective on childhood anxiety. *Clinical Psychology Review, 17*, 407-429.
- Daniels, D. y Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology, 21*, 118-121
- David, D., Giron, A. y Mellman, T.A. (1995). Panic-phobic patients and developmental trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*, 113-117
- Davidson, J.R.T. (2003). Pharmacotherapy of social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 65-71
- Davidson, J.R.T. (1998, octubre). *Neurobiología de la fobia social*. Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de Psiquiatría. Gerona
- Davidson, J.R.T. (2000). Social anxiety disorder under scrutiny. *Depression and Anxiety, 11*, 93-98
- Davidson, J.R.T., Ford, S.M., Smith, R.D. y Potts, N.L.S. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry, 52 (Suppl. 11)*, 16-20
- Davidson, J.R.T., Hemby, L.W., Barbato, L. *et al.* (2000). Fluvoxamine controlled release for the treatment of generalized social anxiety disorder. En *Programs and Abstracts of the Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology*. Puerto Rico
- Davidson, J.R.T., Hughes, D.L., George, L.K. y Blazer, D.G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine, 23*, 709-718
- Davidson, J.R.T., Hughes, D.C., George, L.K. y Blazer, D.G. (1994). The boundary of social phobia. *Archives of General Psychiatry, 51*, 975-983
- Davidson, J.R.T., Krishnan, K.R.R., Charles, H.C., Boyko, O., Potts, N.L.S., Ford, S.M. y Patterson, L. (1993). Magnetic resonance spectroscopy in social phobia: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry, 54 (12 supl)*, 19-25
- 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., Ford, S.M., Krishnan, K.R.R., Smith, R.D. y Wilson, W. (1991). The brief social phobia scale. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 48-51

- Davidson, J.R.T., Potts, N.L.S., Richichi, E., Krishnan, K.R.R., Ford, S.M., Smith, R.D. y Wilson, W.H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 423-429
- Davidson, J.R.T., Tupler, L.A. y Potts, N.L.S. (1994). Treatment of social phobia with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl.), 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
- Deltito, J.A. y Perugi, G. (1986). A case of social phobia with avoidant personality disorder treated with MAOI. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 255-258
- Den Boer, J.A. (1997). Social phobia: Epidemiology, recognition and treatment. *BMJ*, 315, 796-800
- Den Boer, J.A. y Dunner, D.L. (1999). Physician attitudes concerning diagnosis and treatment of social anxiety disorder in Europe and North America. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 3(suppl. 3), S13-S19
- Den Boer, J.A., van Vliet, I.M. y Westenberg, H.G.M. (1994). Recent advances in the psychopharmacology of social phobia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 18, 625-645
- Den Boer, J.A., Westenberg, H.G.M. y De Vries, H. (1992). The MSH/ACTH analog ORG 2766 in anxiety disorders. *Peptides*, 13, 109-112
- DeRosier, M.E. (2004). Building Relationships and Combating Bullying: Effectiveness of a School-Based Social Skills Group Intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 196-201
- DeVaugh-Geiss, J. y Bell, J. (1994, Diciembre). *Multicenter trial of a 5-HT³ antagonist, ondansetron in social phobia*. Poster presentado en el 33rd annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology. San Juan, Puerto Rico
- Dewar, K.M. y Stravynski, A. (2001). The quest for biological correlates of social phobia: An intern assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*
- DeWitt, D.J., MacDonald, K. y Offord, D.R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72
- DeWitt, D.J., Ogborne, A., Offord, D.R. y MacDonald, K. (1999). Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, 29, 569-582

- Díaz, F., Feixas, G., Pellungrini, I. y Saúl, L. A. (2002). Cuando relacionarse amenaza la identidad. La fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- DiBartolo, P.M., Albano, A.M., Barlow, D.H. y Heimberg, R.G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220
- Dick, C.L., Sowa, B., Bland, R.C. y Newman, S.C. (1994). Phobic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 376, 36-44
- DiGiuseppe, R., McGowan, L., Sutton-Simon y Gardner, F. (1990). A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8, 129-146
- 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
- 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
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Indaptación*. Manuscrito no publicado
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340
- 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 (comps.), *Abordaje actual del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Martínez Roca.

- Eckman, P.S. y Shean, G.D. (1997). Habituation of cognitive and physiological arousal and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1113-1121
- Edelman, R.E. y Chambless, D.L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577
- Edleson, J. L. y Rose, S. D. (1981). Investigations into the efficacy of short-term group social skills training for socially isolated children. *Child Behavior Therapy*, 3, 1-16
- Edwards, S.L., Rapee, R.M. y Franklin, (2003). Post event rumination and recall bias for a social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 603-617.
- Eisenberg, N., Gershoff, E.T., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Cumberland, A.J., Losoya, S.H., Guthrie, I.K. y Murphy, B.C. (2001). Mothers' emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. *Developmental Psychology*, 37, 475-490
- Eisler, R.M., Miller, P. y Hersen, M. (1973). Components of assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 295-299
- Ellis, S., Rogoff, B. y Cromer, C.C. (1981). Age segregation in children's social interactions. *Developmental Psychology*, 17, 399-407
- Elting, D.T. y Hope, D.A. (1995). Cognitive assessment. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 232-258). Nueva York: Guilford Press
- Emmanuel, N.P., Lydiard, R.B. y Ballenger, J.C. (1991). Treatment of social phobia with bupropion. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11, 276-277
- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P.A., Vissia, E. y van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369
- 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, P. G. (1993). *Friendship and peer relationships in children*. Chichester, England: Wiley
- Espada, J.P., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (2002). Terapia cognitiva y exposicion mixta en un caso de fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 129-160.

- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843
- Essau, C.A., Sakano, Y., Ishikawa, S. y Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 601-612.
- Esteves, F. (1999). Sesgos en el procesamiento de expresiones faciales emocionales. *Ansiedad y Estrés*, 5, 217-227
- Evers, W. L. y Schwarz, J. C. (1973). Modifying social withdrawal in preschoolers. The effects of filmed modelling and teacher praise. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 248-256
- Evers-Pasquale, W. L. y Sherman, M. (1975). The reward value of peers. A variable influencing the efficacy of filmed modelling in modifying social isolation in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 179-189
- Eysenck, M.W. (1999). Cognitive biases in social phobia. *Ansiedad y Estrés*, 5, 275-284
- Eysenck, M.W. y Calvo, M.G. (1992). Anxiety and performance: the processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.
- Fahlen, T. (1995). Personality traits in social phobia, II: Changes during drug treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 569-573
- Fahlen, T., Nilsson, H.L., Borg, K., Humble, M., Pauli, U. (1995). Social phobia: the clinical efficacy and tolerability of the aminoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 92, 351-358
- Fairbanks, J.M., Pine, D.S., Tancer, N.K., Dummit, E.S., Kentgen, L.M., Martin, J., Asche, B.K. y Klein, R.G. (1997). Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 17-29
- Falloon, I.R., Lloyd, G.G. y Harpin, R. (1981). The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with non-professional therapists. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 180-184
- Faravelli, C., Zucchi, T., Vivani, B., Salmoria, R. y Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24
- Faravelli, C.B., Innocenti, G.D. y Giardinelli, L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 308-312
- Fava, G.A., Grandi, S. y Canestrari, R. (1989). Treatment of social phobia by homework exposure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52, 209-213

- Fava, G.A., Grandi, S., Rafanelli, C., Ruini, C., Conti, S. y Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 899-905
- Fedoroff, I.C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324
- Feehan, M., McGee, R., Nada Raja, S. y Williams, S.M. (1994). DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 87-99
- Feltner, D.E., Pollack, M.H., Davidson, J.R.T. (2000). A placebo-controlled study of pregabalin in the treatment of social phobia. En *Programs and Abstracts of the Anxiety Disorders of America's 20th Annual Conference*. Washington
- 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
- Fernández, F., Jiménez, S., Badía, A., Jaurrieta, N., Solano, R. y Vallejo, J. (2003). Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 11, 517-525.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Los autoinformes como datos de conducta cognitiva en evaluación conductual. *Análisis de Modificación de Conducta*, 12, 27-42
- Ferrell, C.B., Beidel, D.C., Turner, S.M. y Ferrell, C.B. (2004). Assessment and Treatment of Socially Phobic Children: A Cross Cultural Comparison. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 260-268.
- Feske, V. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720
- Feske, V., Perry, K.J., Chambless, D.L., Renneberg, B. y Goldstein, A.J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 10, 174-184
- 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 Disorder*, 18, 647-663.
- Finnie, V. y Russell, A. (1988). Preschool children's social status and their mothers' behavior and knowledge in the supervisory role. *Developmental Psychology*, 24, 789-801

- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1994). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders-Patient edition (SCID-P, Version 2.0)*. Nueva York: Biometrics Research Department
- Fishbein, M., Middlestandt, S.E., Ottai, V., Strauss, S. y Ellis, A. (1988). Medical problems among ICSOM musicians: Overview of a national survey. *Medical Problems of Performing Artists*, 3, 1-8
- Flament, M. y Godart, N. (1995). Social phobia: a risk factor for eating disorders. *European Psychopharmacology*, 5, 360
- Flannery-Schroeder, E., Suveg, C., Safford, S., Kendall, P. y Webb, A. (2004). Comorbid Externalizing Disorders and Child Anxiety Treatment Outcomes. *Behaviour Change*, 21, 14-25
- Flinn, M. y England, B.G. (1997). Social economics of childhood glucocorticoid stress response and health. *American Journal of Physician Anthropology*, 102, 33-53
- Foa, E.B., Franklin, M.E., Perry, K.J. y Herbert, J.D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433-439
- Forthofer, M., Kessler, R., Story, A. y Gotlib, I. (1996). The effects of psychiatric disorders on the probability and timing of first marriage. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 121-132
- Francis, G., Last, C.G. y Strauss, C.C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089
- Frankel, K.A. (1990). Girls' perceptions of peer relationship support and stress. *Journal of Early Adolescence*, 10, 69-88
- Franks, C.M. y Wilson, G.T. (Eds.) (1978). *Annual review of behavior therapy* (Vol. 6). Nueva York: Brunner/Mazel
- Furman, W., Rahe, D. F. y Hartup, W. W. (1979). Rehabilitation of socially withdrawn preschool children through mixed-age and same-age socialization. *Child Development*, 50, 915-922
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93
- 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

- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. Y Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population, prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424
- Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Buegener, F. y Beazley, M.B. (1998). Behavioral assessment of social performance: a rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010
- Fydrich, T. y Renneberg, B. (1997). Diagnostik der sozialen phobie. *Psycho*, 23, 598-603
- Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, 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., Lipsitz, J., Martin, L.Y. y Klein, D.F. (1996). Panic disorder and social phobia: Effects of comorbidity on familial transmission?. *Anxiety*, 2, 173-178
- Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Martin, L.Y. y Klein, D.F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 564-573
- Gallagher, H.M., Rabian, B.A. y McCloskey, M.S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479
- García-López, L.J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia
- García-Lopez , L.J., Olivares, J. e Hidalgo, M.D. (en prensa). A pilot study on sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5.
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (2000). 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 Méndez, F.X. (1999). Técnicas de inundación. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 113-132). Madrid: Biblioteca Nueva

- García-López, L.J., Olivares, J., Turner, S.M., Beidel, D.C., Albano, A.M. y Sánchez-Meca, J. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (II): Clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*, 10, 165-179
- García-López, L. J., Olivares, J. y Vera-Villarroel, P. E. (2003). Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población de habla española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- García-Palacios, A., Botella, C., Gallardo, M., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998, noviembre). *El abandono de las conductas de seguridad en un caso de fobia social*. Comunicación presentada en el I Symposium internacional sobre fobias y otros trastornos de ansiedad. Granada.
- Garrido, I., Farré, B., Díaz, S., Riesco, N. y Morales, M. (2002). Tratamiento en grupo para la fobia social. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 62-62, 7-12.
- Gasparini, M., Battaglia, M., Diaferia, G. y Bellodi, L. (1990). Personality features related to generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 363-368
- 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
- Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimboic, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., Tancer, M.E. y Bartko, J.J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945
- George, L.K., Hughes, D.C. y Blazer, D.G. (1986). Urban/rural differences in the prevalence of anxiety disorders. *American Journal of Social Psychiatry*, 6, 249-258
- Gergel, I., Pitts, C., Oakes, R. y Kumar, R. (1997). Significant improvement in symptoms of social phobia after paroxetine treatment. *Biological Psychiatry*, 42 (26S), Abs. 14-12
- 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
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., y Amir, N. (1999). Attentional biases for facial expressions in social phobia: The face-in-the-crowd paradigm. *Cognition and Emotion*, 133, 305-318.

- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Speech Monographs*, 9, 141-160
- Giner, J.G., Cervera, S. y Ortuño, F. (1998). Manifestaciones clínicas, subtipos y diagnóstico diferencial. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia Social* (pp. 51-62). Barcelona: Masson
- Ginsberg, 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*
- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Barcelona: Grijalbo
- 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.I. 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
- Glickman, A.R. y La Greca, A.M. (2004). The Dating Anxiety Scale for Adolescents: Scale development and associations with adolescent functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 566-578.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y. y Jeammer, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa: Co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45
- Godoy, A. y Cobos, M.P. (1991). Tratamiento de un caso con problemas alimenticios. En F.X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (pp.151-164). Madrid: Pirámide
- Goldfried, M.R. y D'Zurilla, T.J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. En C.D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical psychology* (Vol. 1, pp. 151-196). Nueva York: Academic Press
- Goldstein, S. (1987). Treatment of social phobia with clonidine. *Biological Psychiatry*, 22, 369-372
- Goodwin, R.D., Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalizing disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 874-883.
- Gorman, J.M., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Campeas, R. y Klein, D.F. (1985). Treatment of social phobia with atenolol. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 298-301

- Gossard, D., Dennis, C. y DeBusk, R.F. (1984). Use of β -blocking agents to reduce the stress of presentation at an international cardiology meeting: results of a survey. *American Journal of cardiology*, 50, 240-241
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Science Practical*, 4, 291-306
- Granell, E. y Feldman, L. (1981a). Un inventario de temores para estudiantes universitarios: Un estudio normativo. *Revista Psicología*, 8, 155-172
- Granell, E. y Feldman, L. (1981b). Análisis exploratorio del origen, mantenimiento y control de respuestas de temor en estudiantes universitarios: Hallazgos preliminares. *Revista Psicología*, 8, 267-287
- Granell, E. y Feldman, L. (1986). Respuesta de temor en una muestra de estudiantes universitarios venezolanos. *Revista Psicología*, 12, 23-35
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., Ballenger, J. C. Y Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- Greist, J.H. (1995). The diagnosis of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (suppl. 5), 5-12
- Grenyer, B.F.S., Williams, G., Swift, W. y Neill, O. (1992). The prevalence of social-evaluative anxiety in opioid users seeking treatment. *The International Journal of the Addictions*, 27, 665-673
- Guillén, V., Quero, S., Baños, R.M. y Botella, C. (1999, noviembre). *Datos psicométricos y normativos del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en una muestra española..* I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada
- Gündel, H., Wolf, A., Xidara, V., Busch, R. y Ceballos-Baumann, A.O. (2001). Social phobia in spasmodic torticollis. *Journal of Neurosurgery Psychiatry*, 71, 499-504
- 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
- Hackmann, A., Clark, D.M. y McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610
- Hackmann, A., Suraway, C. y Clark, D.M. (1998). Seeing yourself through other's eyes: a study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12

- Harris, K. R. y Brown, R. D. (1982). Cognitive Behavior Modification and Informed Teacher treatments for shy children. *Journal of Experimental Education*, 50, 137-143
- Hartemberg, P. (1921). Les timides et la timidité. Paris: Alcan
- Hartup, W.W. (1983). Peer relations. En P.H. Mussen y E.M. Hetherington. *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 103-196). Nueva York: Wiley
- Hartup, W.W. (1996). The company they keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67, 1-13
- Hayward, C., Killen, J. Kraemer y Taylor, B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1308-1316
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L y Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescent: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726
- Hazen, A.L. y Stein, M.B. (1995). Clinical phenomenology and comorbidity. En M.B. Stein (Eds.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 3-41). Washington, DC: APA
- Heckelman, L.R. y Schneier, F.R. (1995). Diagnostic issues. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, *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. 45-61). John Waley y Sons Ltd.
- Heimberg, R.G. (1986, Junio). *Predicting the outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wellesley, MA
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108
- 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., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L. y Becker, R.E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23
- Heimberg, R.G. y Holt, C.S. (1989). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia: A report to the social phobia subworkgroup for DSM-IV. Manuscrito sin publicar
- 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.S. 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., Hope, D.A., Rapee, R.M. y Bruch, M.A. (1988). The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and Fear of Negative Evaluation Scale with social phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 407-410
- 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. y Juster, H.R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 366-383). Nueva York: Guilford Press
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M., Fallon, B. y Klein, D.F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141
- Heimberg, R.G., Mueller, G., 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
- Heimberg, R.G., Salzman, D.G., Holt, C.S. y Blendell, K.A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339
- 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. (1992). Shyness groups. En M. McKay y K. Paleg (Eds.). *Focal group psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger Press
- Henderson, L. y Zimbardo, P. (2001). Shyness, social anxiety, and social phobia. En S.G. Hofmann y P.M. DiBartolo (Eds.). *From Social Anxiety to Social Phobia*. Boston, MA: Allyn and Bacon
- Henderson, L. y Zimbardo, P. (1998). Shyness. *Encyclopedia of mental health*. San Diego, CA: Academic Press
- Herbert, J.D. (1995). An overview of the current status of social phobia. *Applied and Preventive Psychology, 4*, 39-51
- Herbert, J.D., Bellack, A.S. y Hope, D.A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*, 357-368
- Herbert, J.D., Bellack, A.S., Hope, D.A. y Mueser, K.T. (1992). Scoring the Social Phobia and Anxiety Inventory: Reply to Beidel and Turner. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 14*, 381-383
- Herbert, J.D., Crittenden, K. y Daltymple, K.L. (2004). Knowledge of Social Anxiety Disorder Relative to Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Educational Professionals. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 366-372.
- Herbert, J.D., Hope, D.A. y Bellack, A.S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 332-339
- Herbert, J.D., Rheingold, A.A. y Brandsma, L.L. (2001). Assessment of Social Anxiety and Social Phobia. En S. Hofmann y P.M. DiBartolo (Eds.), *From Social Anxiety to Social Phobia* (pp. 20-45). Boston: Allyn & Bacon
- Himle, J.A. y Hill, E.M. (1991). Alcohol abuse and the anxiety disorders: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 237-245
- Himmelhoch, J.M. (1998). Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues. *Journal of Affective Disorders, 50*, 203-213
- Hinde, R.A. y Tamplin, A. (1983). Relations between mother-child interaction and behavior in pre-school children. *British Journal of Developmental Psychology, 1*, 231-257
- Hirschfeld, D.R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S.V. y Rosenbaum, J.F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescence Psychiatry, 36*, 910-917

- Hoag, M.J. y Burlingame, G.M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analysis review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 234-246
- Holle, C., Neely, J.H. y Heimberg, R.G. (1997). The effects of blocked versus random presentation and semantic relatedness of stimulus words in response to a modified Stroop task among social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 681-697
- Hofmann, S.G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 717-725
- 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 (comp.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª edición). Nueva York: Guilford Press.
- Hofmann, S.G. y DiBartolo, P.M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515
- Hofmann, S.G., Gerlach, A.L., Wender, A. y Roth, W.T. (1997). Speech disturbances and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 573-585
- Hofmann, S.G., Ehlers, A. y Roth, W.T. (1995). Conditioning therapy: a model for the etiology of public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 367-371
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Becker, E., Taylor, C.B. y Roth, W.T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 427-438
- 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
- Hollander, E., Kwon, J., Weiller, F., Cohen, L., Stein, D.J., DeCaria, C., Liebowitz, M. y Simeon, D. (1998). Serotonergic function in social phobia: comparison to normal controls and obsessive-compulsive disorder subjects. *Psychiatry Research*, 79, 213-217
- 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

- Holt, C.S., Heimberg, R.G., Hope, D.A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 318-325
- Hope, D.A., Gansler, D.A. y Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology. *Clinical Psychology Review, 9*, 49-60
- Hope, D.A. y Heimberg, R.G. (1988). Public and private self-consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment, 52*, 626-639
- Hope, D.A. y Heimberg, R.G. (1993). Social phobia and social anxiety. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 99-136). Nueva York: Guilford Press
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., y Bruch, M.A. (1995). Dismantling Cognitive-Behavioral Group Therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33* (6), 637-650
- Hope, D.A., Heimberg, R.G. y Klein, J.F. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 4*, 185-195
- Hope, D.A., Herbert, J.D. 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, 14*, 185-195
- Hope, D.A., Sigler, K.D., Penn, D.L. y Meier, V. (1998). Social anxiety, recall of interpersonal information and social impact on others. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*, 303-322
- Horley, K., Williams, L.M., Gonsalvez, C. y Gordon, E. (2004). Face to face: visual scan path evidence for abnormal processing of facial expressions in social phobia. *Psychiatry Research, 127*, 43-53
- Horwath, E., Wolk, S., Goldstein, R., Wickramatne, P., Sobin, C., Adams, P., Lish, J.D. y Weissman, M.M. (1995). Is the comorbidity between social phobia and panic disorder due to familial co-transmission or other factors?. *Archives of General Psychiatry, 52*, 574-582
- Humble, M., Fahlen, T., Koczkas, C. y Nilsson, H.L. (1992, Mayo). *Social phobia: Efficacy of brofaromine vs. placebo*. Artículo presentado en el 145 congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana. Washington, DC

- Hummel, R.M. y Gross, A.M. (2001). Socially anxious children: An observational study of parent-child interaction. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 19-41
- Hunt, C. y Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 395-406
- Hwu, H., Yeh, E.K. y Chang, L.Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 136-147
- Hymel, S. y Franke, S. (1985). Children's peer relations: Assessing self-perceptions. En B.H. Schneider, K.H. Rubin y J.E. Ledingham (Eds.), *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp. 75-92). Nueva York: Springer-Verlag
- Inderbitzen, H.M. y Hope, D.A. (1995). Relationship of adolescent reports of social anxiety, anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 385-396
- Inderbitzen, H.M. y Walters, K.S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 360-371
- 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
- Inglés, C.J., Martínez, J.A., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (1998). *Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA)*. Comunicación presentada en el 4º Congreso Internacional de Conductismo y Ciencias de la Conducta. Sevilla
- Inglés, C., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104
- Inglés, C. J., Mendez, F. X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I., Orgilés, M. (2003). Social anxiety questionnaires, inventories and scales for adolescents: A critical review / Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1-21
- Ishiyama, F.I. (1984). Shyness, anxious social sensitivity and self-isolating tendency. *Adolescence*, 19, 903-911
- Iwase, M., Nakao, K., Takaishi, J., Yorifuji, K., Ikezawa, K. y Takeda, M. (2000). An empirical classification of social anxiety: Performance, interpersonal and offensive. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 67-75

- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: F. Alcan
- Jansen, M.A., Arntz, A., Merckelbach, H. y Mersch, P.P.A. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 391-395
- Jefferys, D. (1997). Social phobia. The most common anxiety disorder. *Australian Family Physician, 26*, 1064-1067.
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L-G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of differential behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 171-180
- Jiménez, L., Sáiz, P.J., Bascarán, M.T. e Iglesias, C. (1999). Epidemiología del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, González, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 3- 14). Barcelona: Masson
- Johnson, B.T. (1991). *DSTAT: Software for the Meta-analytic Review of Research* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Johnson, M.R., Marazziti, D., Brawman-Mintzer, O. *Et al.* (1998). Abnormal peripheral benzodiazepine receptor density associated with generalized social phobia. *Biological Psychiatry, 43*, 306-309
- Johnson, M.R., Turner, S.M., Beidel, D.C. y Lydiard, R.B. (1995). Personality function. En M.B. Stein (Eds.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 77-117) Washington, DC: APA
- Jostes, A. Pook, M. y Florin, I. (1999). Public and private self-consciousness as specific psychopathological features. *Personality and Individual Differences, 27*, 1285-1295
- Jupp, J. J. y Griffiths, M. D. (1990). Self-concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasizing role-plays. *Australian Psychologist, 25*, 165-177
- Juster, H.R. y Heimberg, R.G. (1995). Social phobia: Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *The Psychiatric Clinics of North America, 18*, 821-842
- Kachin, K.E., Newman, M.G. y Pincus, A.L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy, 32*, 479-501
- Kagan, J. y Snidman, N. (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science, 2*, 40-44

- Kanter, N.J. y Goldfried, M.R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy*, 10, 472-490
- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318
- Kashdan, T.B. y Herbert, J.D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61
- Katzelnick, D.J. y Greist, J.H. (2001). Social anxiety disorder: An unrecognized problem in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(1), 11-16
- Katzelnick, D.J., Kobak, K.A., Greist, J.H. y Jefferson, J.W. (1995). Sertraline in social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1368-1371
- Keller, M.B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 85-94.
- Keller, M. F. y Carlson, O. M. (1974). The use of symbolic modeling to promote social skills in preschool children with low levels of social responsiveness. *Child Development*, 45, 912-919
- Kelsey, J.E. (1995). Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 767-771
- Kelsey, J.E., Selvig, A.L., Knight, B.T., Hein, JK, Ninan, PT, Gross, RE, Ely, TD, Kilts, CK and Nemeroff, CB. (2000). Treatment of generalized social phobia with the 5HT2 antagonist nefazodone. En *Programs and Abstracts of the Anxiety Disorders of America's 20th Annual Conference*. Washington
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal for Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380
- 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 interrelations of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281
- Kessler, M.N. (1995). Will social phobia subjects answer the telephone?. *American Journal of Psychiatry*, 152, 4

- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B. y Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032
- Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschlemann, S., Wittchen, H.-U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General 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 US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567
- Kessler, R.C., Stein, M.B. y Berglund, P.A. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 801-808
- Kleinknecht, R.A., Dinnel, D.L., Kleinknecht, 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
- Kobak, 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., Greist, J.H., Jefferson, J.W. y Katzelnick, D.J. (2002). Fluoxetine in social phobia: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 257-262
- Kobak, K.A., Schaettle, S.C., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Katzelnick, D.J. y Dottl, S.L. (1998). Computer-administered rating scales for social anxiety in a clinical drug trial. *Depression and Anxiety*, 7, 97-104
- 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
- Kratochvil, C., Kutcher, S., Reiter, S. y March, J.S (1999). Pharmacotherapy of pediatric anxiety disorders. En J.W. Russ y T.H. Ollendick (Eds.). *Handbook of Psychotherapies with Children and Families* (pp. 345-366). Nueva York: Klumer Academic
- Kringlen, E., Torgersen, S. y Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098

- Kupersmidt, J.B. y Coie, J.D. (1990). Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 61, 1350-1362
- 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
- La Greca, A.M. (1998). Manual of the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents. Florida: Author
- La Greca, A.M. (1999a). Friends or foes?. Peer influences on anxiety among children and adolescents. En W.K. Silverman y P.A. Mersch (Eds.), *Anxiety disorders in children: Theory, research and practice*. Londres: Cambridge University Press
- La Greca, A. (1999b). The social anxiety scales for children and adolescents. *Behaviour Therapist*, 22 (7), 133-136
- La Greca, A.M. (2001). Friends of foes?. Peer influences on anxiety among children and adolescents. En W. Silverman y P.D.A. Treffers (Eds.). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 159-186). Nueva York: Cambridge University Press
- 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 Lopez, 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 Prinstein, M. J. (1999). The peer group. En W.K. Silverman y T.H. Ollendick (Eds.). *Developmental Issues in the Clinical Treatment of Children and Adolescents* (pp. 171-198). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon
- La Greca, A.M. y Stone, W.L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27
- Ladd, G. W. (1985). Documenting the effects of social skills training with children: Processes and outcome assessment. In B. H. Schneider, K. H. Rubin y J. E. Ledingham (eds.), *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp. 243-271). New York: Plenum
- Ladd, G.W. y Golter, B.S. (1988). Parents' management of preschoolers' peer relations: Is it related to children's social competence?. *Developmental Psychology*, 24, 109-117

- Labrador, F.J. (1997). Prólogo. En J. Olivares, F.X. Méndez y D. Macià, *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia* (p. 11-14). Madrid: Pirámide
- Laessle, R.G., Wittchen, H-U., Fichter, M.M. y Pirke, K.M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 569-574
- LaFreniere, P. J. y Capuano, F. (1997). Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: Anxious-withdrawn preschoolers case. *Development and Psychopathology*, 9, 551-564
- Lang, A.J. y Craske, M. (1997). Information processing and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 451-455.
- Lang, P.J. y Lazovik, A.D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525
- 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 the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 928-934
- Last, C.G. y Strauss, C.C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 457-459
- Lazarus, P. (1982). Incidence of shyness in elementary-school age children. *Psychological Reports*, 51, 904-906
- Leary, M.R. (1983a). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375
- Leary, M.R., Knight y Johnson (1987). Social anxiety and dyadic conversation: A verbal response analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 34-50
- 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
- Leary, M.R., Kowalski, R.M. y Campbell, C.D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*, 22, 308-321
- Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl. 17), 33-37

- Lecrubier, Y. y Weiller, E. (1997). Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, S17- S21
- Lecrubier, Y., Wittchen, H.-U., Favarelli, 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
- Lèpine, J.P. y Chignon, J.M. (1994). Sémiologie des troubles anxieux et phobiques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Tome I. 37-112
- Lèpine, J.P. y Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Neuropharmacology*, 18, S15-S26
- Lèpine, J.P., Lellouch, J., Lovell, A., Téhérani, M. y Pariente, P. (1993). L'epidemiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confront Psychiatriques*, 35, 139-161
- Lèpine, J.P. y Pélioso, A. (1998). Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *Journal of Affective Disorders*, 50, S23-S28
- Lepola, U., Koponen, H. y Leinonen, E. (1994). Citalopram in the treatment of social phobia: a report of three cases. *Pharmacopsychiatry*, 27, 186-188
- Leung, A.W. y Heimberg, R.G. (1996). Homework compliance, perceptions of control and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 423-432
- Levin, A.P., Schneier, F.M. y Liebowitz, M.R. (1989). Social phobia: Biological and pharmacology. *Clinical Psychology Review*, 9, 129-140
- Levin, A.P., Saoud, J.B., Strauman, T., Gorman, J.D., 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, 207-221
- Lewin, M.R., McNeil, D.W. y Lipson, J.M. (1996). Enduring without avoiding: Pauses and verbal dysfluencies in public speaking anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 387-402
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M.B. y Merikangas, K.R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and risk of social phobia in offspring. A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866

- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173
- Liebowitz, M.R. (1999). Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(18), 22-26
- Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Campeas, R. y Levin, A. (1986). Phenzelzine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 93-98
- Liebowitz, M.R.; Gorman, J.M.; Campeas, R.; Levin, A.P.; Sandberg, D.; Hollander, E.; Papp, L. y Goetz, D. (1988). Pharmacotherapy of social phobia: A placebo controlled comparison of phenelzine and atenolol. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 252-257
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., 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., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Hope, D.A., Davies, S., Holt, C.S., Goetz, D., Juster, H.R., Lin, S.H., Bruch, M.A., Marshall, R.D. y Klein, D.F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98
- Liebowitz, M.R. y Marshall, R.D. (1995). Pharmacological treatments: Clinical applications. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 366-383). Nueva York: Guilford Press
- Liebowitz, M.R., Quitkin, F.M., Steward, J.W., McGrath, P.J., Harrison, W., Rabkin, J., Tricamo, E., Markowitz, J.S. y Klein, D.F. (1984). Phenelzine versus imipramine in atypical depression: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 44, 669-677
- Liebowitz, M.R., Schneier, F.R., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Papp, L., Davies, S., Gully, R. y Klein, D.F. (1992). Phenelzine versus atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300
- Lindal, E. y Stefanson, J.G. (1993). The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 29-34

- Lipsitz, J.D., Markowitz, J.C., Cherry, S. y Fyer, A.J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156 (11), 1814-1816
- 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 Press
- López-Torrecillas, F., de la Fuente, E.I., Muñoz, M. y Castillo, E. (1999, noviembre). *La ansiedad social en las patologías de anorexia y drogodependencias*. Póster presentado en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada
- Lott, M., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Koback, K.A., Katzelnick, D.J., Katz, R.J. y Schaettle, S.C. (1997). Brofaromine for social phobia: A multicenter, placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 255-260
- Lucas, R.A. y Telch, M.J. (1993, noviembre). *Group versus individual treatment of social phobia*. Comunicación presentada en el congreso anual de la Asociación para el Avance de la Terapia Conductual. Atlanta, Estados Unidos
- Lucock, M.P. y Salkovskis, P.M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302
- Ludwig, R. y Lazarus, P. (1983). Relationship between shyness in children and constricted cognitive control as measured by the Stroop Color-Word Test. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 386-389
- Lundh, L.-G. y Öst, L.-G. (1996). Recognition bias for critical faces in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 787-794
- Lundh, L.G. y Sperling, M. (2002). Social anxiety and post-event processing of socially aversive events. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 129-134.
- Lydiard, R.B. (1998). The role of drug therapy in social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 50, S35-S39
- Lydiard, R.B., Brawman-Mintzer, O. y Ballenger, J.C. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4), 660-668
- Lydiard, R.B., Laraia, M.T., Howell, E.F. y Ballenger, J.C. (1988). Alprazolam in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 17-19
- MacDonald, K. (1987). Parent-child physical play with rejected, neglected, and popular boys. *Developmental Psychology*, 5, 705-711

- 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
- Mahone, E.M., Bruch, M.A. y Heimberg, R.G. (1993). Focus of attention and social anxiety: The role of negative self-thoughts and perceived positive attributes of the other. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 209-224
- 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
- Maciá, D., Méndez, F.X. y Olivares, J. (1993). *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Valencia: Promolibro
- Malow, R.M., West, J.A., Williams, J.L. y Sutker, P.B. (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 765-767
- Manassis, K. y Bradley, S. (1994). Flouxetine in anxiety disorders (letter). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 761-762
- Mancini, C. y Van Ameringen, M.V. (1996). Paroxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 519-522
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Szatmari, P., Fugere, C. y Boyle, M. (1996). A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1511-1517
- Mannuzza, S., Schneier, F.R., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R., Klein, D.F. y Fier, A.J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237
- Mansell, W. (1997). Cognitive processes in social anxiety and social phobia. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Oxford, Inglaterra
- Mansell, W. y Clark, D.M. (1999). How do I appear to others?. Social anxiety and the processing of the observable self. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 419-434
- Mansell, W., Clark, D.M., Ehlers, A. y Chen, Y.P. (1999). Social anxiety and attention away from emotional faces. *Cognition Emotion*, 13, 673-690
- Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders*. Oxford: 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 Mathews, A.M. (1979). Brief standard rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267
- Marshall, R.D. y Schneier, F.R. (1996). An algorithm for the pharmacotherapy of social phobia. *Psychiatric Annals*, 26 (4), 210-216
- Marteinsdottir, I., Furmark, T., Tillfors, M., Fredikson, M. y Ekselius, L. (2001). Personality traits in social phobia. *European Psychiatry*, 16, 143-50
- Martin, A. y Cohen, D.J. (2000). Adolescent depression: window of (missed?) opportunity. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1549-1551
- Martins, D.A., Pigott, T.A., Bernstein, S., Doyle, B.B. y Smolka, V.M. (1994, Mayo). Sertraline in social phobia. Comunicación presentada en el *New Research Program and Abstracts, 147th Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: APA
- Marzillier, J.S., Lambert, C. y Kellet, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensibilization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 225-238
- Masia-Warner, C.L., Klein, R.G., Dent, H., Alvir, J., Albano, A.M. y Guardino, M. (2003). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. Manuscrito bajo revisión.
- Masia, C.L., Klein, R.G., Storch, E.A. y Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in Adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 780-786
- Masia-Warner, C., Storch, E.A., Fisher, P. y Klein, R.G. (2003). Avances recientes y nuevas tendencias en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social en jóvenes. *Psicología Conductual*, 11, 623-641
- Masia-Warner, C., 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 the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Mateo Fernández, R., Rupérez Cordero, O, Hernando Blázquez, M.A., Delgado Nicolás, M.A., Sánchez González, R. (1997). Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, 19, 47-50
- Mathews, A. y Macleod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50

- Mathews, A. y MacKintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 602-615.
- Mattia, J.I., Heimberg, R.G. y Hope, D.A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 305-313
- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Unpublished manuscript
- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470
- Mattick, R.P., 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.E. y Antony, M.M. (2002). Specific and social phobia. En M.M. Antony y D.H. Barlow (Eds.). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. Nueva York: Guilford Press
- McCabe, R.E., 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
- 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
- McFayden-Ketchum, S. A., y Dodge, K. A. (1998). Problems in social relationships. In E. J. Mash y R. A. Barkley (eds.), *Treatment of childhood disorders (2nd ed.)*, pp. 338-368. New York: Guilford
- McHorney, C.A., Ware, J.E. y Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medicine Care*, 31, 247-263
- McNeil, D.W. y Lewin, M.R. (1995). *Behavioral avoidance and escape in circumscribed speech and generalized social anxiety*. Manuscrito sin publicar

- McNeil, D.W., Ries, B.J., Taylor, L.J., Boone, M.L., Carter, L.E., Turk, C.L. y Lewin, M.R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47-57
- 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, *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
- McNelly, R. J. (1998). Information processing abnormalities in anxiety disorders: Implications for cognitive neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12, 479-495
- McShane, G., Walter, G. y Rey, J.M. (2004). Functional outcome of adolescents with "School Refusal". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 53-60.
- 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 y Bacon
- 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., Martínez, J.A., Sánchez, S.E. e Hidalgo, M.D. (1995). *Escala de habilidades sociales para adolescentes (EHSPA)*. Manuscrito no publicado
- Méndez, F.X., Olivares, J. Y Moreno, P. (2001). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-478). Madrid: Biblioteca Nueva (3ª Edición).
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Ros, M.C. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 337-369). Madrid: Biblioteca Nueva
- Méndez, F.J., Sánchez-Meca, J. y Moreno, P.J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 1, 39-59

- Merikangas, K.R. y Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Behavioral Science*, 244, 297-303
- Mersch, P.P.A. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 259-269
- Mersch, P.P.A., Emmelkamp, P.M.G., Bögels, S.M. y van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434
- Mersch, P.P.A., Emmelkamp, P.M.G. y Lips, C. (1991). Social phobia: Individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 357-362
- Messer, S.C. y Beidel, D.C. (1994). Psychological correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983
- Michel, M.C. y Ernsberger, P. (1992). Keeping an eye on the I site: imidazoline-preferring receptors. *Trends of Pharmacology Science*, 13, 369-370
- Mick, M. y Telch, M. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 1-20
- Miner, C.M. y Davidson, J.R.T. (1995). Biological characterization of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 304-308
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el SNS durante 2001. *Información Terapéutica del Servicio Nacional de Salud*, 25(3). Extraído de: http://www.msc.es/profesional/biblioteca/recursos_propios/infmedic/documentos/200203-02.pdf
- Mogg, K. y Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked treat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1403-1414
- Mogg, K., Mathews, A., y Weinman, J. (1987) . Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98.
- Monfries, M.M. y Kafer, N.F. (1993). Private self-consciousness and fear of negative evaluation. *Journal of Psychology*, 128, 447-454
- Monjas, I. y Caballo, V.E. (2002). Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En V.E. Caballo y M.A. Simón (Dir. y coord.). *Manual de Psicología*

Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos específicos (pp. 271-297). Madrid: Pirámide

- Montgomery, S.A. (1996). Need for treatment and measurement of outcome: workshop report 2. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 103-108
- Montorio, I., Guerrero, e Izal, M. (1991). *Estudio sobre las dificultades para hablar en público de estudiantes universitarios*. Trabajo no publicado. Universidad Autónoma de Madrid
- Montorio, I., Izal, M., Lázaro, S. y López, A. (1996). Dificultad para hablar en público en el ámbito universitario. Eficacia de un programa para su control. *Ansiedad y Estrés*, 2, 227-244
- Moreno, P.J., Méndez, F.X. y Sánchez-Meca, J.(2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*,3, 346-352
- Morris, T.L., Hirshfeld-Becker, D.R., Henin, A., Storch, E.A. (2004). Developmentally sensitive assessment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 13-28.
- Morris, T.L., Messer, S.C. y Gross, A.M. (1995). Enhancement of the social interaction and status of neglected children: A peer-pairing approach. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 11-20
- Moutier, C.Y. y Stein, M. B. (1999). The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-8
- Mulkens, S. y Bögels, S.M. (1999). Learning history in fear of blushing. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1159-1167
- Mulkens, S., Bögels, S.M. y de Jong, P.J. (1999). Attentional focus and fear of blushing: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 153-164
- Munjack, D.J., Baltazar, P.L., Bohn, P.B., Cabe, D.D. y Appleton, A.A. (1990). Clonazepam in the treatment of social phobia: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (Suppl. 5), 35-40
- Munjack, D.J., Burns, J., Baltazar, P.L., Brown, R., Leonard, M., Nagy, R., Koek, R., Crocker, B. y Schafer, S. (1991). A pilot study of buspirone in the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 87-98
- Munjack, D.J. y Flowers, C. (1994, Junio). *Zoloft (sertraline) in the treatment of social phobia*. Póster presentado en el 19th Collegium Internationale NeuroPsychopharmacology Congress. Washington, DC

- Muris, P., Merckelbach, H. y Damsma, E. (2000). Threat perception bias in nonreferred, socially anxious children. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 348-359
- Musa, C.Z. y Lépine, J.P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: a review of theories and experimental research. *European Psychiatry*, 15, 1-8
- Myers, M.G., Stein, M.B. y Aarons, G.A. (2002). Cross validation of the Social Anxiety Scale for Adolescents in a high school sample. *Anxiety Disorders*, 16, 221-232
- Nardi, A.E. (2001). Antidepressants in social anxiety disorder. *Arquivos de Neuro Psiquiatria*, 59, 637-642
- 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
- Newcomb, A.F., Bukowski, W.M. y Pattee, L. (1993). Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial and average sociometric status. *Psychological Bulletin*, 113, 99-128
- Newman, M.G., Hofmann, S.G., Trabert, W., Roth, W.T., y Taylor, C.B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes?. *Behavior Therapy*, 25, 503-517
- Nicholas, L.M. y Tancer, M.E. (1995). Neurobiological studies of social phobia. *Psychiatric Annals*, 25, 564-569
- Nichols, K.A. (1974). Severe social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 301-306
- Nickell, 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. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, (pp. 113-133). Nueva York: Guilford Press
- Nisenson, LG, Pepper, CM, Schwenk, TL, Coyne, JC (1998). The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20(1),21-28
- Nolsen-Hoeksema, S. y Larson, J. (1992). *The worries of adolescent males and females*. Unpublished manuscript, Stanford University, Stanford, CA
- Norton, G.R., Cox, B.J., Asmundson, G.J.G. y Maser, J.D. (1995). The growth of research on anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 75-85

- 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
- Noyes, R., Moroz, G., Davidson, J.R.T., Liebowitz, M.R., Davidson, A., Siegel, J., Bell, J., Cain, J.W., Curlik, S.M., Kent, T.A., Lydiard, R.B., Mallinger, A.G., Pollack, M.H., Rapaport, M., Rasmussen, S.A., Hedges, S., Schweizer, E. y Uhlenhuth, E.H. (1997). Moclobemide in social phobia: A controlled dose-response trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 247-254
- Nutt, D.J., Bell, C.J. y Malizia, A.L. (1998). Brain mechanisms of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (supl. 17), 4-9
- Nutt, D.J. y Montgomery, S.A. (1996). Moclobemide in the treatment of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (Suppl. 3), 77-82
- Oberlander, E.L., Schneier, F.R. y Liebowitz, M.R. (1994). Physical disability and social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14, 136-143
- O'Connor, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modelling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 15-22
- O'Connor, R.D. (1972). Relative efficacy of modelling, shaping, and the combined procedures for modification of social withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 327-334
- Oden, S. y Asher, S.R. (1977) Coaching children in social skills for friendship making. *Child Development*, 48, 495-506
- Oei, T.P.S., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorder patients. *Personality Individual Differences*, 12, 111-116
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Campbell, D.C., Goering, P., Lin, E., Wong, M. y Racine, Y.A., (1996). One-year prevalence of psychiatric disorders in Ontarians 15- 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 559-563
- Olivares, J. (1998). *Una propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia: Murcia.
- Olivares, J. (1999). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide. (4ª Edición; existe traducción al portugués: *A criança com medo de falar*, Editorial McGraw-Hill, 2001)
- Olivares, J. (2001), Los problemas del adolescente normal. En C. Saldaña (Dir. y Coord.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp.19-40). Madrid: Pirámide

- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. 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. I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada: Un programa de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes con un trastorno de ansiedad social*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia: Murcia
- Olivares, J. y García-López, L.J. (1999). *Cuestionario de Evaluación Molecular de la Ansiedad Social (CEMAS)*. Manuscrito no publicado
- Olivares, J., García-López, L.J. (2000). *Fiabilidad en población española de la Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Resultados de un estudio piloto*. Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia: Murcia
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. [A new multicomponent treatment for adolescents with generalized social phobia: Results of a pilot study]. *Psicología Conductual*, 9, 247-254
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología conductual* 10(2), 409-419
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents. Spanish Versión (SET-A_{sv})*. Manuscrito no publicado
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., Albano, A.M. e Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164
- Olivares, J., García-López, L.J. 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.J., Hidalgo, M.D. & Caballo, V.E. (2004). Relationships among social anxiety measures and its invariance. A confirmatory factor analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 172-179.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, L. y Ruiz, J. (1999, Noviembre). *Validez discriminante de cuatro autoinformes específicos de fobia social en población adolescente española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78
- Olivares, J., 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. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.
- Olivares, J., García-López, L.J. y Piqueras, J.A. (en prensa). Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS). En P. Vera-Villaroel y L. Oblitas (coord.), *Manual de Escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud*. Thomson Learning Iberoamérica.
- Olivares, J., García-López, L.J., Piqueras, J.A., Hidalgo, M.D. y García, V. (2004). Desarrollo y validación de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS). En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 79-81). Málaga: Universidad de Málaga.
- Olivares, J., García-López, L.J., Rosa, A.I., Ramos, V., Piqueras, J.A., Amorós, M. y Ruiz, J. (2005). Protocolo IAFS. En J. Olivares (Dir. y Coord.). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., García-López, L.J., Ruiz, J., Ramos, V. y Piqueras, J.A. (2001). Mi resumen de hoy. Texto mimeografiado. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia
- Olivares, J., Hidalgo, M.D., García-López, L.J., Sánchez-García, R. y Piqueras, J.A. (2004). Versión Abreviada de la Escala de Ansiedad y Fobia Social (SPAI-B). En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 79-81). Málaga: Universidad de Málaga.

- Olivares, J., Hidalgo, M.D., Rivero, R. y Piqueras, J.A. (2004). Estructura factorial de la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS) y la Escala de Fobia Social (SPS) en una muestra comunitaria de adolescentes. En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 267-268). Málaga: Universidad de Málaga.
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Macià, D. (2002). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y García-López, L.J. (2004). Tratamiento de un joven con fobia social generalizada (pp. 67-91). En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coord.). *Terapia Psicológica. Casos Prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, Piqueras y López-Pina. (2005). Clinical subtypes of social phobia in Spanish adolescents revealed by cluster analysis. Manuscrito en preparación.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (2005a). Intervención en Jóvenes Adultos con Fobia Social. Manuscrito sin publicar.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (2005b). *Fobia Social Versus Trastorno de Personalidad por Evitación en la Adolescencia: Diferencias en Psicopatología, Rasgos de Personalidad, Desempeño Social y Académico*. Manuscrito en preparación.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (en prensa). Características clínicas y sociodemográficas de la fobia social en la adolescencia. *Psicothema*
- Olivares, J., Piqueras, J.A., Rosa, A.I. y Sánchez-García, R. (2004a). *Algunas características psicopatológicas y sociodemográficas de los adolescentes españoles con fobia social*. Póster presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, México.
- Olivares, J., Piqueras, J.A., Rosa, A.I. y Sánchez-García, R. (2004b). *Resultados de un estudio piloto, en población adolescente, de los subtipos de la fobia social derivados empíricamente*. Póster presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, México.
- Olivares, J., Piqueras, J.A., Rosa, A.I. y Sánchez-García, R. (2005). Differences in clinical variables among subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. Comunicación a congreso en preparación.
- 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., Ramos, V., Rosa, A. y Piqueras, J.A. (2002). Efectos del tratamiento de la fobia social generalizada en el trastorno de personalidad por evitación. En L. Antolin, E. García, I. Castillo, M. Pérez, M.L. Marinho y V. Caballo (Eds.). *Avances 2002 en trastornos de la personalidad. Actas del I Symposium sobre Trastornos de la Personalidad: Evaluación y Tratamiento*. Granada: FUNVECA
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M. y López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- 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*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Méndez, F.X. y Ramos, V. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social y la timidez en niños y adolescentes. En M. Pérez-Álvarez y J. R. Fernández (Dir.), *Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia*. Pp. 87-110. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Ramos, V. y Orgilés, M. (2003). Una revisión cuantitativa del tratamiento psicológico de la fobia social en niños y adolescentes medida a través del SPAI y el SPAI-C, *Análisis y Modificación de conducta*, 29, 589-616.
- Olivares, J., Rosa, A.I., Piqueras, J.A. y Sánchez-García, R. (2004, Noviembre). *Efectos del tratamiento psicológico vs. la transmisión de información en la remisión de la fobia social generalizada en adolescentes españoles: primeros resultados*. Cartel presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, México.
- Olivares, J., Rosa, A.I., Piqueras, J.A., Sánchez-Meca, J., 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-Meca, J. (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España. *Anuario de Psicología*, 31, 43-61
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Vera-Villaroel, P. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.

- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (1999, Noviembre). *Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española*. Comunicación presentada en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Granada.
- Olivares, J., Ruiz, J. Hidalgo, M.D., García-López, L.J., Rosa, A. I. and Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- Olivares, J., Sánchez-García, R., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2004). Primeros resultados sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social para Niños y Adolescentes: LSAS-CA. En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 267-268). Málaga: Universidad de Málaga.
- Olivares, J., Sánchez-García, R., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Previous data of the validation of the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA) in a Spanish Adolescent Sample. Comunicación a congreso en preparación.
- Olivares, J., Sánchez-Meca, J. y Rosa, A.I. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España. *Psicología Conductual*, 7, 283-300.
- Ollendick, T.H. y Greene, R. (1990). Behavioral assessment of children. En G. Golstein y H. Hersen (Dirs), *Handbook of Psychological Assessment*. Nueva York: Pergamon
- 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 y Bacon
- Ono, Y., Yoshimura, K., Yamauchi, K., Asai, M., Young, J., Fujuhara, S. y Kitamura, T. (2001). Taijin kyofusho in a Japanese community population. *Transcultural Psychiatry*, 38, 506-514
- Ontiveros, A. y Fontaine, R. (1990). Social phobia and clonazepam. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 439-441
- Oosterbaan, D.B., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., Meij, T.G.J. y van Dyck, R. (2002). The influence on treatment gain of comorbid avoidant personality disorder in patients with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 41-43
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (décima edición). Geneva: OMS

- Osman, A., Barrios, F.X., Aukes, D. y Osman, J.R. (1995). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory in college students. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 235-243
- Osman, A., Barrios, F.X., Haupt, D., King, K., Osman, J.R. y Slavens, S. (1996). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Further validation in two nonclinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 18*, 35-47
- Öst, L.G. y Hughdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 439-447
- Öst, L-G., Jerremalm, A. y Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effect of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 1-16
- Otto, M.W. (1999). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: model, methods, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 14-19
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Gould, R.A., Worthington, J.J., McArdle, E.T. y Rosenbaum, J.F. y Heimberg, R.G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 345-358
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E. y Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry, 13*, 246-253
- Page, A.C. y Andrews, G. (1996). Do specific anxiety disorders show specific drug problems?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30*, 410-414
- 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
- Paniccia, G.S. y Rapaport, M.H. (1995). Serotonin receptors, social phobia and panic disorder. *International Review of Psychiatry, 7*, 131-140
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (1997). *Social self-perception: effects of false heart-rate feedback in socially anxious subjects*. Comunicación presentada en la 25ª Conferencia Anual de la Asociación Británica para la Psicoterapia Cognitiva y Conductual. Reino Unido, Canterbury
- 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, 148*(6), 733-736

- Parke, R.D. y Bhavnagri, N.P. (1989). Parents as managers of children's peer relationships. En D. Belle (Ed.), *Children's social networks and social supports* (pp. 241-259). Nueva York: Wiley
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry*, 135, 555-560
- Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M.P., Roussos, J. y Gladstone, G. (1999). The influence of anxiety as a risk to early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 52, 11-17
- Parker, J.G. y Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk?. *Psychological Bulletin*, 102, 357-389
- Patel, A.; Kanpp, M., Henderson, J. y Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 69, 221-233
- Patterson, C.J., Kupersmidt, J.B. y Griesler, P.C. (1990). Children's perceptions of self and of relationships with others as a function of sociometric status. *Child Development*, 61, 1335-1349
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B. Y Beckmann, D. (2004). Predicting the development of infant emotionality from maternal characteristics. *Development and Psychopathology*, 16, 19-42.
- Pecknold, J.C. y Libman, E. (2003). Selective attentional bias related to the noticeability aspect of anxiety symptoms in generalized social phobia. *Journal Anxiety Disorder*, 17, 517-531
- Pecknold, J.C., McClure, D.J., Appeltauer, L., Allan, T. y Wrzesinski, L. (1982). Does tryptophan potentiate clomipramine in the treatment of agoraphobia and social phobic patients?. *British Journal of Psychiatry*, 140, 484-490
- Pelechano, V. (1979). *Psicología educativa comunitaria*. Valencia: Alfaplús
- Pélissolo, A., André, C., Moutard-Martin, F., Wittchen, H.-U. y Lépine, J.P. (2000). Social phobia in the community: relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European Psychiatry*, 15, 25-28
- Pélissolo, A. y Lépine, J.P. (1995). Social phobia: historical and conceptual perspectives. *Encephale*, 21(1), 15-24
- Pérez-López, J.R. y Woody, S.R. (2001). Memory for facial expressions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 967-975

- Perugi, G.S., Akiskal, H.S., Ramacciotti, S., Nassini, S., Toni, C., Milanfranchi, A. y Musetti, L. (1999). Depressive comorbidity of panic, social phobia and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar connection?. *Journal of Psychiatry Research*, 33, 53-61
- Perugi, G.S., Frare, F., Toni, C., Mata, B. y Akiskal, H.S. (2001). Bipolar II and unipolar comorbidity in 153 outpatients with social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 375-381
- Perugi, G., Nassini, S., Maremmani, I., Madaro, D., Toni, C., Simonini, E., & Akiska, H. S. (2001). Putative clinical subtypes of social phobia: a factor-analytical study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 280-288.
- Perugi, G.S. y Savino, M. (1990). Primary and secondary social phobia: Psychopathologic and familial differentiations. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 245-252
- Pervin, S. y Last, C.G. (1993, Marzo). *Comorbidity of social phobia and other anxiety disorders in children*. Comunicación presentada en Association for Advancement of Behavior Therapy Annual Convention, Charleston, SC
- 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. (1977). Shyness, public and private in its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality*, 45, 585-595
- Pine, D.S. y Grun, J.B.S. (1998). Anxiety disorders. En T.B. Walsh (Ed.), *Child Psychopharmacology* (pp 115-144). Washington, DC: American Psychiatric Press
- 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, 145-153
- Piqueras, J.A., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Ruiz, J. y Sánchez-García, R. (2004). Propiedades Psicométricas de la adaptación española de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A). En European Association of Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 79-81). Málaga: Universidad de Málaga.
- Piqueras, J. A., Olivares, J. y Rosa, A. I. (2004). Efectos a corto y medio plazo del tratamiento de una adolescente con fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 131-.
- Piqueras, J.A., Olivares, Rosa, Sánchez-García y Amorós, M. (2004). Pruebas de observación, cambio terapéutico de la fobia social. En European Association of

- Psychological Assessment, EAPA, (Ed.), *Proceedings of the VII European Conference on Psychological Assessment* (pp. 267-268). Málaga: Universidad de Málaga.
- Piqueras, J., Olivares, J., Rosa, A.I. y Sánchez, R. (2005, Julio). *Differential effectiveness of the Program of Intervention for Adolescents with Social Phobia depending on the severity of the Generalized Social Phobia in a sample of Spanish adolescents*. Comunicación a congreso en preparación.
- Pitres, A. y Regis, E. (1897). L'obsession de la rougeur (érotophobie). *Archives de Neurologie*, 3, 1
- Pollack, M.H. (1999). Social anxiety disorder: Designing a pharmacology treatment strategy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl. 9), 20-26
- Pollack, M.H. y Gould, R.A. (1996). The pharmacology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (Suppl. 3), 71-75
- 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., Book, S. y Davidson, J.R.T. (1996). The neurobiology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 43-48
- Potts, N.L.S. y Davidson, J.R.T. (1995). Pharmacological treatments: Literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 334-365). Nueva York: Guilford Press
- Potts, N.L.S., Davidson, J.R.T., Krishnan, R.R. y Doraiswamy, P.M. (1994). Magnetic resonance imaging in social phobia. *Psychiatry Research*, 52, 35-42
- 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
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W, McGee, R., Davies, S. y Silva, P. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 159-163
- 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

- Prinstein, M.J. y La Greca, A.M. (1999). Links between mothers' and children's social competence and associations with maternal adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 197-210
- 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
- Pujol, J., de Azpiazu, P. y Pons, A. (1994). El diagnóstico de fobia social: posibilidades de tratamiento con alprazolam y otros psicofármacos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21, 11-15
- Putallaz, M. y Heflin, A.H. (1990). Parent-child interaction. En S.R. Asher y J.C. Coie (Eds.), *Children's status in the peer group* (pp. 189-216). Nueva York: Cambridge University Press
- Quero, S. Baños, R. M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de los subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 429-458
- Rachman, S., Grüter-Andrew y Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617
- Rabe, J., Dietrich, 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.
- Radke-Yarrow, M. y Zahn-Waxler, C. (1986). The role of familiar factors in the development of prosocial behavior: Research findings and questions. En D. Olweus, J. Block y M. Radke-Yarrow (Eds.), *Development of antisocial and prosocial behavior: Research, theories, and issues* (pp. 207-233). Orlando, FL: Academic Press
- Radomsky, A.S. y Otto, M.W. (2001). Cognitive-Behavioral therapy for social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 805-815
- Ramírez, E., Ramos, M.M., Ortega, A.R., Martos, R., Colmenero, J.M. y Callejas, J.E. (2003). Correlación ilusoria y sesgos atencionales en trastornos de ansiedad. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6, (Resúmenes del III Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción" de la Asociación de Motivación y Emoción celebrado en Valencia).
- Ramos, V. (2004). *Efecto de la retroalimentación audiovisual en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Murcia.
- Ramos, V., Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (2002, Noviembre). Comorbilidad entre el trastorno de personalidad por evitación (TPE) y el trastorno

- obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP) con el trastorno de ansiedad social generalizada en población adolescente. *I Symposium sobre trastornos de la personalidad: Evaluación y tratamiento*. Granada
- Randall, C.L., Johnson, M.R., Thevos, A.K., Sonne, S.C., Thomas, S.E., Willard, S.L., Brady, K.T. y Davidson, J.R.T. (2001). Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. *Depression and Anxiety*, 14, 255-262
- Rapaport, M.H. (1998). Circulating lymphocyte phenotype surface markers in anxiety disorder patients and normal volunteers. *Biological Psychiatry*, 43, 458-463
- Rapaport, M.H., Paniccia, G. y Judd, L.L. (1995). A review of social phobia. *Psychopharmacological Bulletin*, 31, 125-129
- Rapaport, M.H. y Stein, M.B. (1994). Serum interleukin-2 and soluble interleukin-2 receptor levels in generalized social phobia. *Anxiety*, 1, 50-53
- Rapee, R.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 41-66). Nueva York: Guilford Press
- Rapee, R.M. (1996). *Improved efficiency in the treatment of childhood anxiety disorders*. Paper presented at the 30th annual AABT convention. Nueva York
- Rapee, R.M. (1997). Potencial 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. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 25, 125-129
- 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 Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *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. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 89-99.

- Rapee, R.M. y Meville, L.F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5, 7-11
- Rathus, S.A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518
- Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaelber, C.T. y Schatzberg, A.F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24-28
- Regueiro, A.M., Ruiz, M.P., Cano, J. y Rando, M.A. (1998, noviembre). *Tratamiento cognitivo-conductual de un grupo con miedo a hablar en público*. Poster presentado en el I Symposium sobre fobias y otros trastornos de ansiedad. Granada
- Reich, J. (2000). La relación de la fobia social con el trastorno de la personalidad por evitación: una propuesta basada en hallazgos clínicos empíricos para clasificar de nuevo el trastorno de la personalidad por evitación. *European Psychiatry (Ed. Esp.)*, 7, 419-428
- Reich, J., Noyes, R. y Yates, W. (1988). Anxiety symptoms distinguishing social phobia from panic and generalized anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 510-513
- Reich, J.H. 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
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychological Review*, 11, 141-153
- Reiter, S.R., Pollack, M.H., Rosenbaum, J.F. y Cohen, L.S. (1990). Clonazepam for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 470-472
- Renneberg, B., Goldstein, A.J., Phillips, D. y Chambless, D.L. (1990). Intensive behavioral treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21, 363-377

- Rheingold, A.A., Herbert, J. y Franklin, M.E. (2003). Cognitive Bias in Adolescents With Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 639-655
- 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 instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 983-994
- Robins, L., Helzer, J., Cottler, L. y Goldring, E. (1989). *NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-Revised*. St. Louis, MO: Washington University, Department of Psychiatry
- Robins, L., Helzer, J., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D.S., Sartorius, N. y Towle, L.H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077
- 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., Bernardo, M. y Gili i Planas, M. (1998). Epidemiología. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds), *Fobia social* (pp. 27-50). Barcelona: Masson
- Rosa, A.I. (1997). *La modificación de conducta en el campo clínico y de la salud en España: Un estudio metaanalítico*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia
- Rosa, A. I., Olivares, J., Méndez, F. X. (2004). *Introducción a las Técnicas de Intervención y Tratamiento Psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Olivares, J. e Inglés, C. (2002). El tratamiento de la fobia social y su repercusión en variables clínicas y de personalidad: una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 749-780.
- Rosa, A. I.; Sánchez-Meca, J., Olivares J. y López-Pina, J. A. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: Un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55, 625-639.
- Rosen, B.C. y Aneshensel, C.S. (1976). The chameleon syndrome: A social psychosocial dimension of the female sex role. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 605-617
- Rosenbaum, J.F. y Pollock, R.A. (1994). The psychopharmacology of social phobia and comorbid disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, A67-A83

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press
- Roth, D.A., Antony, M.M. y Swinson, R.P. (2001). Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 129-138
- Roth, D.A. y Heimberg, R.G. (2001). Cognitive-behavioral models of social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 753-771
- Rubin, K.H., LeMare, L.J. y Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. En S.R. Asher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217-249). Cambridge, England: Cambridge University Press
- Ruipérez, M. A., García-Palacios, A. y Botella, C. (2002). Características clínicas y respuesta al tratamiento en fobia social: comorbilidad en el eje II y subtipos de fobia social, *Psicothema*, 14, 426-433.
- Ruiz, J. (2003). *Estudio de las relaciones entre eficacia y eficiencia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS), en función del tamaño del grupo*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia
- Ruiz, J., Martínez, M., Soler, C. (1994). Sobre el consumo de benzodiazepinas. *Folia Neuropsiquiatrica*, 29, 9-18
- Ruiz, J., Olivares, J., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (2000, septiembre). *Propiedades psicométricas y otras cuestiones relativas al SAS-A*. Comunicación presentada en el XXX Congress of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Granada, España
- RUPP Anxiety Study Group (2001). Fluvoxamine treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 344, 1279-1285
- Saboonchi, F. y Lundh, L.G. (1997). Perfectionism, self-consciousness, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 22, 921-928
- Saboonchi, F., Lundh, L.G. y Öst, L.G. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 37, 799-808
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., Horner, K., 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., Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (1997b). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral

- group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 694-698
- Safren, S.A., Turk, C.L. y Heimberg, R.G. (1998). Factor structure of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 443-453
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995a). La exposición como tratamiento psicológico en un caso de fobia social de tipo generalizado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 305-326
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995b). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284
- Sánchez-Bernardos, M.L. y Sanz, J. (1992). Effects of the discrepancy between self-concepts on emotional adjustment. *Journal of Research in Personality*, 26, 303-318
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20, 55-68
- Sandín, B. (1997). *Fobia Social*. En B.Sandín. Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Estructura factorial de la escala de ansiedad social para niños-revisada (SASC-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 105-113
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R): fiabilidad, validez y datos normativos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 827-847
- 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
- Sanz, J. (1996). Memory biases in social anxiety and depression. *Cognition and Emotion*, 10, 87-105
- Sanz, J. (1997). Sesgos atencionales en análogos subclínicos con depresión y ansiedad social. *Anuario de Psicología*, 74, 33-51

- Sarason, I.G. (1975). Anxiety and self-preoccupation. En I.G. Sarason y C.D. Spielberger (Eds.). *Stress and Anxiety, Vol. 2*. Nueva York: Hemisphere
- 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. y Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin, 92*, 641-649
- Schmidt, L.A., Fox, N.A., Rubin, K.H., Sternberg, E.M., Gold, P.W., Smith, C.C. y Schulkin, J. (1997). Behavioral and neuroendocrine responses in shy children. *Developmental Psychobiology, 30*, 127-140
- Schneider, B. H. (1989). Between developmental wisdom and children's social skills training. In B. H. Schneider y G. Antilli (eds.), *Social competence in developmental perspective* (pp. 339-353). Norwell, MA: Kluwer Academic
- Schneider, F., Weiss, U., Kessler, C., Müller-Gärtner, H.-W., Posse, E., Salloum, J.B., Grodd, W., Himmelmann, F., Gaebel, W. y Birbaumer, N. (1999). Subcortical correlates of differential classical conditioning of aversive emotional reactions in social phobia. *Biological Psychiatry, 45*, 863-871
- Schneier, F.R. (2001). Treatment of social phobia with antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry 62(1)*, 43-49
- Schneier, F.R., Barnes, L.F., Albert, S.M. y Louis, E.D. (2001). Characteristics of social phobia among persons with essential tremor. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 367-372
- Schneier, F.R., Chin, S.J., Hollander, E. y Liebowitz, M.R. (1992). Fluoxetine in social phobia [Carta al editor]. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 12*, 62-63
- Schneier, F.R., Goetz, D., Campeas, R., Fallon, B. y Liebowitz, M.R. (1998). Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *British Journal of Psychiatry, 172*, 70-77
- Schneier, F.R., Heckelman, L., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B.A., Gitow, A., Street, L., Bene, D.B. y Liebowitz, M.R. (1994). Functional impairment in social phobia. *The Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322-331
- Schneier, F.R., Jihad, B.S., Campeas, R., Fallon, B.A. et al. (1993). Buspirone in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 13*, 251-256
- Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. y Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288

- Schneier, F.R., Juster, H.R., Heimberg, R.G y Liebowitz, M.R. (1996). Diagnosis and treatment of social phobia. *Journal of Practical Psychiatry and Behavior Health*, 2, 94-104
- Schneier, F.R., Liebowitz, M.R., Abi-Dargham, A., Zea-Ponce, Y., Lin, S-H. y Laurelle, M.D. (1999). Low dopamine D₂ receptor binding potential in social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 457-459
- Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Fyer, A.J. 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. (1993a). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681
- 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. (1996a). Treatment of generalized social phobia: Results at long-term follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 447-452
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1996b). Treatment of fear of blushing, sweating or trembling. Results at long-term follow-up. *Behaviour Modification*, 20, 338-356
- Scholing, A. y Emmelkamp, P.M.G. (1999). Prediction of treatment outcome in social phobia: a cross-validation. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 659-670
- Schwartz, C.E., Snidman, N. y Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015
- Segal, D.L., Hersen, M. y Van Hassalt, V.B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 316-327
- Segrin, C. (1999). Social skills, stressful live events, and the development of psychosocial problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 14-34
- Seipp, B. (1991). Anxiety and academic performance. A meta-analysis of findings. *Anxiety Research*, 4, 27-41
- Sheehan, D.V., Raj, B.A., Thehan, R.R. y Knapp, E. (1993). Serotonin in panic disorders and social phobia. *International Clinical of Psychopharmacology*, 8, 63-77

- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., Davies, M., Piacentini, J., Swab-Stone, M.E., Lahye, B.B., Bourdon, K., Jensen, P.S., Bird, H.R., Canino, G. y Regier, D.A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-872
- Shaw, P.M. (1979). A comparison of three behaviour therapies in the treatment of social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 620-623
- Shear, M.K., Feske, U., Brown, C., Clark, D.B., Mammen, O. y Scotti, J. (2000). Anxiety disorders measures. En Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 549-589). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Silverman, M.K. y Albano, A.M. (1997). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Silverman, W.K. y Kurtines, W.M. (1996). *Anxiety and phobic disorders: A pragmatic approach*. Nueva York: Plenum Press
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W. y Carmichael, D.H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive behavior therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995-1003
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Rabian,, B. y Serafini, L.T. (1999). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 675-687
- Silverman, W.K. y Nelles, W.B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 772-778
- Simeon, J.G. y Ferguson, H.B. (1987). Alprazolam effects in children with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 570-574
- Simeon, J.G., Ferguson, H.B., Knott, V., Roberts, N., Gauthier, B., Dubois, C. y Wiggins, D. (1992). Clinical, cognitive, and neurophysiological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious and avoidant disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 29-33
- Simon, N.M., Otto, M.W., Korbly, N.B., Peters, P.M., Nicolaou, D.C. y Pollack, M.H. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*, 53, 714-718

- Simon, N.M., Worthington, J.J., Doyle, A.C., Hoge, E.A., Kinrys, G., Fischmann, D., Link, N. y Pollack, M.H. (2004). TI: An Open-Label Study of Levetiracetam for the Treatment of Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 1219-1222
- Simpson, H.B., Schneier, F.R., Marshall, R.D., Campeas, R.B., Vermes, D., Silvestre, J., Davies, S. y Liebowitz, M.R. (1998). Low-dose selegiline (L-Deprenyl) in social phobia. *Depression and Anxiety*, *7*, 126-129
- Skre, I., Onstand, S., Torgersen, S. y Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *84*, 167-173
- Slarkin, S.L., Holt, C.S., Heimberg, R.G., Jaccard, J.J. y Liebowitz, M.R. (1990, Noviembre). *The Liebowitz Social Phobia Scale: An exploratory analysis of construct validity*. Comunicación presentada en la conferencia anual de la Asociación para el Avance de la Terapia Conductual. Washington, DC
- 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
- Smari, J., Clausen, A.O., Hardarson, B. y Arnarson, E.O. (1995). An assessment of social phobia and social anxiety and their relation to self-consciousness. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *24*, 135-144
- Smári, J., Pétursdóttir, G. y Þorsteinsdóttir, V. (2001). Social anxiety and depression in adolescents in relation to perceived competence and situational appraisal. *Journal of Adolescence*, *24*, 199-207
- Sonntag, H., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Kessler, R.C. y Stein, M.B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults?. *European Psychiatry*, *15*, 67-74
- Southam-Gerow, M.A. y Kendall, P. (2000). A Preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 319-327
- Spence, S.H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, UK: NFER-Nelson
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 545-566.

- Spence, S.H., Barrett, P.M. y Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorder*, 17, 605-25.
- Spence, S. H. y Donovan, C. (1998). Interpersonal problems. In P. Graham (Ed.), *Cognitive-behavior therapy for children and families*. New York: Cambridge University Press
- Spence, S.H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221
- Spence, S. H., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726
- Spitzberg, B.H. y Hurt, T. (1989). The relationship of interpersonal competence and skills to reported loneliness across time. En M. Hojat y R. Grandall (Eds.). *Loneliness: Theory, research, and applications* (pp. 157-172). Newbury Park, CA: Sage
- 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
- Sposari, J.A. y Rapee, R.M. (2003a). Social phobia: Attentional capture or Avoidance of social treat cues. Manuscrito en preparación.
- Sposari, J.A. y Rapee, R.M. (2003b). Do individuals with social phobia preferentially avoid facial stimuli in anxiety-provoking situations? A replication of Mansell et al. (1999). Manuscrito en preparación.
- Sposari, J.A. y Rapee, R.M. (2003c). Attentional and interpretive biases for facial expressions in social phobia. Manuscrito en preparación.
- St. Lorant, T., Henderson, L. y Zimbardo, P. (2000). Comorbidity in chronic shyness. *Depression Family Physician*, 60, 2244-2247
- Starcevic, V., Uhlenhuth, E.H., Kellner, R. y Pathak, D. (1993). Comparison of primary and secondary panic disorder: a preliminary report. *Journal of Affective Disorders*, 27, 81-86
- Steffánson, J.G., Lindal, E., Björnsson, J.K. y Gudmundsdottir, A. (1991). Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 142-149

- Stein, D.J., Cameron, A., Amrein, R., Montgomery, S.A. y Moclobemide Social Phobia Clinical Study Group (2002). International Clinical Psychopharmacology, 17, 161-170
- Stein, D.J., Stein, M.B., Pitts, C.D., Kumar, R. y Hunter, B. (2002). Predictors of response to pharmacotherapy in social anxiety disorder: an analysis of 3 placebo-controlled paroxetine trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 152-155
- Stein, M.B. (1996). How shy is too shy?. *The Lancet*, 347, 1131
- Stein, M.B. (1997). Phenomenology and epidemiology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 12 (suppl. 6), S23-S26
- Stein, M.B. (1998). Neurobiological perspectives on social phobia: From affiliation to zoology. *Biological Psychiatry*, 44, 1277-1285
- Stein, M.B. (1999). Coming face-to-face with social phobia [editorial; comment]. *American Family Physician*, 60, 2244-2247
- Stein, M.B.; Chartier, M.J.; Hazen, A.L.; Kozak, M.V.; Tancer, M.E.; Lander, S.; Furer, P.; Chubaty, D. y Walker, J.R. (1998). A direct-interview family study of generalized social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 155 (1), 90-97
- Stein, M.B., Chartier, M.J., Hazen, A.L., Kroft, C.D.L., Chale, R.A., Coté, D. y Walker, J.R. (1996). Paroxetine in the treatment of generalized social phobia: Open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16 (3), 218-222
- Stein, M.B., Delaney, S.M., Chartier, M.J., Kroft, C.D.L. y Hazen, A.L. (1995). [³H] Paroxetine binding to platelets of patients with social phobia: Comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biological Psychiatry*, 37, 224-228
- Stein, M.B., Fyer, A.J., Davidson, J.R.T., Pollack, M.H. y Wiita, B. (1999). Fluvoxamine in the treatment of social phobia: A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 756-760
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, 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., Huzel, L.L. y Delaney S.M. (1993). Lymphocyte β -adrenoceptors in social phobia. *Biological Psychiatry*, 34, 45-20
- 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., Lang, K.L. y Livesley, W.J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 219-224
- Stein, M.B. y Leslie, W.D. (1996). A brain single photon-emission computed tomography (SPECT) study of generalized social phobia. *Biological Psychiatry*, 39, 825-828
- Stein, M.B., Liebowitz, M.R., Lydiard, R.B., Pitts, C.D., Bushnell, W. y Gergel, I. (1998). Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): A controlled trial. *JAMA*, 280, 708-713
- Stein, M.B., Shea, C.A. y Uhde, T.W. (1989). Social phobic symptoms in patients with panic disorder: practical and theoretical implications. *American Journal of Psychiatry*, 146, 235-238
- Stein, M.B., Tancer, M.E., Gelernter, C.S., Vittone, B.J. y Uhde, T.W. (1990). Major depression in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 147, 637-639
- 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. Findings from community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052
- 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.T., 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
- Sternbach, H. (1990). Fluoxetine treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 230-231
- Stopa, L. y Clark, D.M. (1993). Cognitive process in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267
- Stopa, L. y Clark, D.M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273-283

- Stopa, L. y Clark, D.M. (2001). Social phobia: comments on the viability and validity of an analogue research strategy and British norms for the Fear of Negative Evaluation questionnaire. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 423-430
- Storch, E.A., Brassard, M.R. y Masia-Warner, C.L. (2003). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescence. *Child Study Journal*, 33, 1-18.
- Storch, E.A., Eisenberg, P.S., Roberti, J.W. y Barlas, M.E. (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.A. y Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27, 351-362
- Storch, E.A., Masia-Warner, C., Dent, H.C., Roberti, J.W. y Fisher, P.H. (en prensa). 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*.
- Storch, E.A., Phil, M., Nock, M.K., Masia-Warner, C., Barlas, M.E. (2003). Peer Victimization and Social-Psychological Adjustment in Hispanic and African-American Children. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 439-452
- Strauss, C.C., Frame, C.L. y Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235-239
- Strauss, C.C. y Francis, G. (1989). Phobic disorders. En C.G. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (pp. 170-190). Nueva York: Wiley
- Stravynski, A., Basoglu, M., Marks, M., Sengun, S. y Marks, I.M. (1995). The distinctiveness of phobias: A discriminant analysis of fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 89-101
- Stravynski, A. y Greenberg, D. (1998). The treatment of social phobia: a critical assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 171-181
- Stravynski, A., Lamontagne, Y. y Lavallée, Y.J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 714-719

- Straynski, A., Marks, I. y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385
- Sutherland, S.M. y Davidson, J.R.T. (1995). β -Blockers and benzodiazepines in pharmacotherapy. En M.B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 323-346). Washington, DC: American Psychiatric Press
- Sutherland, S.M., Tupler, L.A., Colket, B.S. y Davidson, J.R.T. (1996). A 2-year follow-up of social phobia status after a brief medication trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (12), 731-738
- Sweeney, L. y Rapee, R.M. (2001). Social phobia in children and adolescents: Psychological Treatments. 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. 505-523). New York, NY, US: John Wiley
- 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. (1990). Effects of thyrotropin-releasing hormone on blood pressure and heart rate in phobic and panic patients: A pilot study. *Biological Psychiatry*, 27, 781-783
- Tancer, M.E., Stein, M.B. y Uhde, T.W. (1993). Growth hormone response to intravenous clonidine in social phobia: comparisons to patients with panic disorders and healthy volunteers.. *Biological Psychiatry*, 34, 591-595
- 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
- Task Force on DSM-IV, American Psychiatric Association (1991). *DSM-IV options book: Work in progress 9/1/91*. Washington, DC: Author
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9
- Taylor, S. y Rachman, S.J. (1992). Fear and avoidance of aversive affective states: Dimensions and causal relations. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 15-25
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P.D. y Koch, W.J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, 1, 181-191

- Tenner, K. y Kreye, M. (1985). Children's adrenocortical responses to classroom activities and tests in elementary school. *Psychosomatic Medicine*, 47, 451-460
- Thomas, S.E., Thevos, A.K. y Randall, C.L. (1999). Alcoholics with and without social phobia: A comparison of substance use and psychiatric variables. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 472-479
- 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 history of social anxiety: A general population study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 289-298
- Tobal, M.J. (1985). *Evaluación de las respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas de ansiedad*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089
- 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., Rivas, T. y Muñoz, A. (1991). Eficacia diferencial de una intervención psicoeducativa sobre las habilidades sociales en niños preescolares inhibidos e impulsivos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 895-916
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press
- Trull, T.J. y Hillerbrand, E. (1990). Psychometric properties and factor structure of the Fear Questionnaire Phobia subscale items in two normative samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 285-297
- Tupler, L.A., Davidson, J.R.T., Smith, R.D., Lazeyras, F., Charles, H.C. y Krishnan, K.R.R. (1997). A repeat proton magnetic resonance spectroscopy study in social phobia. *Biological Psychiatry*, 42, 419-424
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R. y Liebowitz, M.R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223

- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 411-413
- 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.R. y Jacob, R.G. (1991). Social phobia: axis I and axis II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Cooley, M.R. (1994). *Social Effectiveness Therapy: A program for overcoming social anxiety and social phobia*. Mt. Pleasant, SC: Turndel
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Cooley, M.R. (1995). Two year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 553-556
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Cooley, M.R. (1997). *Social Effectiveness Therapy: A program for overcoming social anxiety and social phobia*. Toronto, Ontario, Canadá: Multi-Health Systems
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R. y Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for 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.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1 (1), 35-40
- Turner, S.M., Beidel, D. y Jacob, R.G. (1994). Social phobia: A 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: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Larkin, K.T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Long, P.J., Turner, M.W. y Townsley, R.M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social

- phobics: The Social Phobia Endstate Functioning Index. *Behavior Therapy*, 24, 265-275
- 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*, 95, 168-172
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Wolff, P.L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: The Index of Social Phobia Improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 471-476
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Wolff, P.L., Spaulding, S. y Jacob, R.G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 795-804
- Turner, S.M., Cooley-Quille, M.R. y Beidel, D.C. (1996). Behavioral and pharmacological treatment for social phobia. En M.R. Mavissakalian y R.F. Priom, *Long-term treatment of anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Turner, S.M., McCanna, M. y Beidel, D.C. (1987). Validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation scales. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 113-115
- Turner, S.M., Stanley, M.A., Beidel, D.C. y Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 221-234
- Uhde, T.W., Tancer, M.E., Black, B. y Brown, T.M. (1991). Phenomenology and neurobiology of social phobia: Comparison whit panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 31-39
- Uhde, T.W., Tancer, M. E., Gelernter, C.S. y Vittone, B.J. (1994). Normal urinary free cortisol and postdexamethasone cortisol in social phobia: Comparison to normal volunteers. *Journal of Affective Disorders*, 30, 155-161
- Van Ameringen, M., Allgulander, C., Bandelow, B., Greist, J.H., Hollander, E., Montgomery, S.A., Nutt, D.J., Okasha, A., Pollack, M.H., Stein, D.J. y Swinson, R.P. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of social phobia. *CNS-Spectrums*, 8, 40-52.
- Van Ameringen, M., Lane, R.M., Walker, J.R., Bowen, R.C., Chokka, P.R., Goldner, E.M., Johnston, D.G., Lavalley, Y.-J., Nandy, S., Pecknold, J.C., Hadrava, V. y Swinson, R.P. (2001). Sertraline treatment of generalized social phobia: A 20-

- week, double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 275-281
- Van Ameringen, M. y Mancini, C. (2001). Pharmacotherapy of social anxiety disorder at the turn of the millennium. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 783-803
- Van Ameringen, M., Mancini, C. y Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571
- Van Ameringen, M., Mancini, C. y Oakman, J. (1999). Nefazodone in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 96-100
- Van-Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J.M. y Farvolden, P. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of social phobia: First line treatment at the turn of the century. En Palmer, Katharine J. (Ed.). *Pharmacotherapy of anxiety disorders (pp.17-30)*. Kwai Chung, Hong Kong: Adis International Publications
- Van Ameringen, M., Mancini, C. y Streiner, D. (1993). Fluoxetine efficacy in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 27-32
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Styyan, G. y Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99
- Van Ameringen, M., Mancini, C. y Wilson, C. (1996). Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 39, 115-121
- Van Ameringen, M., Oakman, J., Mancini, C., Pipe, B. y Chung, H. (2004). Predictors of Response in Generalized Social Phobia: Effect of Age of Onset. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 42-48.
- Van Dam-Baggen y Kraaimaat, F. (1999). Assessing social anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 25-38
- Van Dam-Baggen y Kraaimaat, F.W. (2000). Social skills training in two subtypes of psychiatric inpatients with generalized social phobia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 14-21.
- Van Dyck, R. (1996). Non-drug treatment for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (Suppl. 3), 65-70
- Van der Linden, G., Stein, D.J. y van Balkom, A. (2000). The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a meta-

- analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 15 (Suppl. 2), S15-S23
- Van der Linden, G.; van Heerden, B., Warwick, J. Wessels, C., Van-Kradenburg, J., Zungu-Dirwayi, N. y Stein, D.J. (2000). Functional brain imaging and pharmacotherapy in social phobia: Single photon emission computed tomography before and after treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 24, 719-438
- 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 Vliet, I.M., den Boer, J.A. y Westenberg, H.G. (1992). The pharmacotherapy of social phobia: Clinical and biochemical effects of brofaromine, a reversible MAO-A inhibitor. *European Neuropsychopharmacology*, 2, 21-29
- Van Vliet, I.M., den Boer, J.A. y Westenberg, H.G.M. (1994). Psychopharmacological treatment of social phobia: a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 115, 128-134
- Van Vliet, I.M., van Veen, J.F. y Westenberg, H.G.M. (2000). Mirtazapine in social phobia: An open pilot study. En *Programs and Abstracts of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)*. Bruselas
- Van Vliet, I.M., den Boer, J.A., Westenberg, H.G.M. y Ho Pian, K.L. (1997). Clinical effects of buspirone in social phobia: a double-blind placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 164-168
- Varia, I.M., Cloutier, C.A. y Doraiswamy, P.M. (2002). Treatment of social anxiety disorder with citalopram. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 26, 205-208
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. y Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778
- 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
- Velosa, J.F. y Riddle, M.A. (2000). Pharmacologic treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology*, 9, 119-133

- Veljaca, K. 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
- Ventura, J., Liberman, R.P., Green, M.F., Shaner, A. y Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79, 163-173
- 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*, 21, 189-196
- Versiani, M., Mundim, F.D., Nardi, A.E. y Liebowitz, M.R. (1988). Tranylcypromine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8, 279-282
- Versiani, M., Nardi, A.E., Figueira, I., Mendlowicz, M. y Marques, C. (1997). Double-blind placebo controlled trial with bromazepam in social phobia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46 (3), 167-171
- Versiani, M., Nardi, A.E. y Mundim, F.D. (1989). Fobia social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38, 251-263
- 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 Psychiatry*, 161, 353-360
- Versiani, M., Nardi, A.E., Petribú, K.L., Figueira, I., Marques, C. y Mendlowicz, M. (1997). Clonazepam in social phobia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46 (2), 103-108
- Villa, H., Botella, C., Quero, S., Ruipérez, M.A. y Gallardo, M. (1998, Noviembre). *Propiedades psicométricas de dos medidas de autoinforme en fobia social: Miedo a la evaluación negativa (FNE) y escala de evitación y ansiedad social (SADS)*. Poster presentado en el I Symposium sobre Fobias y otros Trastornos de Ansiedad. Granada
- Voelm, C. E. Cameron, W., Brown, R. y Gibson, S. (1984, Abril). *The Efficacy of Rational Emotive Education for Acting-Out and Socially Withdrawn Adolescents*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, 68th, New Orleans, LA

- Wacker, H.R., Mullejons, R., Klein, K.H. y Battegay, R.(1992). Identification of cases of anxiety disorder and affective disorders in the community according to the ICD-10 and DSM-III-R using the composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2, 91-100
- Walker, J.R., Van-Ameringen, M.A., Swinson, R., Bowen, R.C., Chokka, P.R., Goldner, E., Johnston, D.C., Lavallie, Y.J., Nandy, S., Pecknold, J.C., Hadrava, V. y Lane, R.M. (2000). Prevention of relapse in generalized social phobia: Results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 20(6), 636-644
- Wallace, S.T. y Alden, L.E. (1995). Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 613-631
- Wallace, S.T. y Alden, L.E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 416-424
- Walters, K.S. y Hope, D.A. (1997). *A test of differences in social behavior between individuals with social phobia and nonanxious participants using a psychobiological model*. Manuscript submitted for publication
- Walters, K.S. e Inderbitzen, H.M. (1998). Social anxiety and peer relations among adolescents: Testing a psychobiological model. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 183-198
- Waren, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS-36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medicine Care*, 30, 473-483
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-45
- Watson, J.B. (1925). *Behaviorism*. Nueva York: Norton
- Weiller, E., Bisserbe, J.C., Boyer, P., Lépine, P., Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174
- Weinrott, M. R., Corson, J. A. y Wilchesky, M. (1979). Teacher-mediated treatment of social withdrawal. *Behavior Therapy*, 10, 281-294
- Weinstock, L.S. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 9-13
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Lee, C.K., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M. y Wickramaratne, P.J. (1996). The cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 3-14

- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E. y Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA*, 281, 1707-1713
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley
- Wells, A. (1998). Cognitive theory of social phobia. En N. Tarrier, A. Wells y G. Haddock, *Treating complex cases: The cognitive behavioral therapy approach* (pp. 1-26). Chichester, Reino Unido: John Wiley
- Wells, A. (2000). Modifying social anxiety: A cognitive approach. En W.R. Crozier (Ed.). *Shyness: Development, consolidation and change*. Nueva York: Routledge Falmer (pp. 186-206)
- Wells, A. (2001). The maintenance and treatment of social phobia: A cognitive approach. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 717-724
- Wells, J.E., Bushnell, J.A., Hornblow, A.R., Joyce, P.R. y Oakley-Browne, M.A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315-326
- Wells, A. y Clark, D.M. (1995). *Cognitive therapy of social phobia: A treatment manual*. Unpublished manuscript
- Wells, A., Clark, D.M. y Ahmad, S. (1998). How do I look with my minds eye: Perspective taking in social phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 631-634
- Wells, A. y Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, Reino Unido: Lawrence Erlbaum Associates
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects on external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1999a). The observer perspective: biased imagery in social phobia, agoraphobia and blood/injury phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 653-658
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1999b). *Brief cognitive therapy for social phobia*. Paper presented at the annual Conference of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies. University of Bristol
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720

- Wells, J.C., Tien, A.Y., Garrison, R. y Eaton, W.W. (1994). Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 84-90
- Wenzel, A., Jackson, L.C. y Graig, S. (2002). Social phobia and the recall of autobiographical memories. *Depression and Anxiety*, 15, 186-189
- Westenberg, P.M., Drewes, M.J., Goedhart, A.W., Siebelink, B.M., Treffers, P.D. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mild-adolescence: Social-evaluative fears on the rise?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 481-495.
- Wetterberg, L. (2004). Social anxiety in 17 year-olds in Stockholm, Sweden. A questionnaire survey. *South-African Psychiatry Review*, 7, 30-32.
- 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
- Widiger, T.A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary of three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343
- Wilens, T.E., Spencer, T.J., Frazier, J. y Biederman, J. (1998). Child and adolescent psychopharmacology. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Child Psychopathology* (pp. 603-636). Nueva York: Plenum Press
- Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kanis, J., Pope, H.G., Rounsaville, B. y Wittchen, H.-U. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636
- Williams, J., Watts, F., McLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional Disorders*. Chichester: Wiley.
- Winton, E.C., Clark, D.M. y Edelman, R.J. (1995). Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 193-196
- Wittchen, H.U. y Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 15-23
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., Zerssen, D. Von, Krieg, J.-C. y Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258
- Wittchen, H.-U., Feusch, M., Sonntag, H., Muller, N. y Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58

- Wittchen, H.-U. y Pfister, H. (eds.) (1997). DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Erg@nzungsheft (DIA-X-12-Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (L@ngs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt: Swets & Zeitlinger
- 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 co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323
- Wlazlo, A., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., y Münchau, N. (1990). Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (3), 181-193
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A fear schedule for use in behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30
- Wooltorton, E. (2003). Paroxetine (Paxil, Seroxat): Increased risk of suicide in pediatric patients. *Canadian Medical Association Journal*, 169, 446
- Woody, S.R. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69
- Woody, S.R., Chambless, D.L. y Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 117-129
- Woody, S.R. y Rodriguez, B.F. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 473-488
- Worthington, J.J., Zucker, B.G., Fones, C.S., Otto, M.W. y Pollack, M.H. (1998). Nefazodone for social phobia: A clinical case series. *Depression and Anxiety*, 8, 131-133
- Yao, S.-N., Note, I., Fanget, F., Albuisson, E., Bouvard, M., Jalenques, I. y Cottraux, J. (1999). L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux: validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). *L'Encéphale*, XXV, 429-435
- Yeganeh, R., Beidel, D.C., Turner, S.M., Pina, A.A. y Silverman, W.K. (2003). Clinical Distinctions Between Selective Mutism and Social Phobia: An Investigation of Childhood Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1069-1075.
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley

- Zimbardo, P.G., Pilkonis, P.S. y Norwood, R.M. (1975). The social disease called shyness. *Psychology Today*, 8, 68-72
- Zimbardo, P.G. y Radl, S. (1981). *The shy child*. Nueva York: McGraw-Hill
- Zimmermann, P., Wittchen, H.U., Hofler, M., Pfister, H., Kessler, R.C. y Lieb, R.(2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222
- Zitrin, C.M., Klein, D.F., Woerner, M.G. y Ross, D. (1983). Treatment of phobias: A comparison of imipramine and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 40, 125-138
- Zonneville-Bender, M.J., van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., de Wildt, M., Stevelmans, E. y van Engeland, H. (2004). Emotional Functioning in Anorexia Nervosa Patients: Adolescents Compared to Adults. *Depression and Anxiety*, 19, 35-42

