



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Un estudio de la eficacia entre tres
modalidades de tratamiento para
población adolescente con fobia social.

Tesis doctoral de:
Luis Joaquín García López

Dirigida por el Profesor: José Olivares Rodríguez

Murcia, Octubre 2000

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DELIMITACIÓN ACTUAL DEL CONSTRUCTO ANSIEDAD SOCIAL	5
II.1. DESARROLLO HISTÓRICO	6
II.2. SUBTIPOS	14
II.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	19
II.3.1. Con trastornos del Eje I	19
II.3.1.1. <i>Agorafobia con o sin trastorno de pánico</i>	19
II.3.1.2. <i>Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)</i>	20
II.3.1.3. <i>Episodio depresivo mayor (EDM)</i>	21
II.3.2. Con trastornos del Eje II	22
II.3.2.1. <i>Trastorno de personalidad por evitación (TPE)</i>	22
II.3.2.2. <i>Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP)</i>	27
II.3.2.3. <i>Trastorno esquizoide de la personalidad</i>	27
II.4. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS	29
II.4.1. Prevalencia	29
II.4.2. Variables sociodemográficas	39
II.4.2.1. <i>Edad de inicio</i>	39
II.4.2.2. <i>Género</i>	41
II.4.2.3. <i>Estado Civil, Nivel Socioeconómico y Educativo</i>	43
II.4.3. Comorbilidad	44
II.4.3.1. <i>Comorbilidad entre la fobia social y otros trastornos de ansiedad</i>	45
II.4.3.2. <i>Comorbilidad entre la fobia social y trastornos del estado del ánimo</i>	48
II.4.3.3. <i>Comorbilidad entre fobia social y abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas</i>	50
II.4.3.4. <i>Comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria</i>	55
III. MODELOS Y TEORÍAS EXPLICATIVAS	58
III.1. MODELOS PSICOLÓGICOS	59
III.1.1. Modelo de condicionamiento clásico, aprendizaje observacional y transmisión de información	59
III.1.2. Modelo cognitivo	62
III.1.2.1. <i>Introducción</i>	62
III.1.2.2. <i>Modelo de Clark y Wells (1997)</i>	66
III.1.2.3. <i>Modelo de Rapee y Heimberg (1997)</i>	77

III.2. TEORÍAS NEUROLÓGICAS	81
III.2.1. Estudios del Sistema de Neurotransmisión	81
<i>III.2.1.1. Sistema Noradrenérgico</i>	81
<i>III.2.1.2. Sistema Dopaminérgico</i>	83
<i>III.2.1.3. Sistema Serotonérgico</i>	83
III.2.2. Estudios del Sistema Neuroendócrino	84
III.2.3. Estudios de Neuroimagen	85
III.2.4. Estudios del Sistema Inmunológico	88
III.3. FACTORES HEREDITARIOS	90
III.3.1. Estudios de gemelos	91
III.3.2. Antecedentes familiares	91
IV. FACTORES DE VULNERABILIDAD	96
IV.1. ACTITUDES Y PATRONES DE CONDUCTA EN LOS PADRES	97
IV.2. INFLUENCIA DE LOS PARES	102
IV.3. VARIABLES DE PERSONALIDAD	105
IV.4. INHIBICIÓN CONDUCTUAL	106
IV.5. TIMIDEZ Y FOBIA SOCIAL	110
IV.6. HABILIDADES SOCIALES	112
V. EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL	116
V.1. MEDIDAS INDIRECTAS: LOS AUTOINFORMES	117
V.1.1. La Entrevista	117
V.1.1.1. Entrevistas estructuradas	118
V.1.1.2. Entrevistas semiestructuradas	118
V.1.1.3. Entrevistas con formato de escala	119
V.1.1.3.1. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (1987) (LSAS)	119
V.1.1.3.2. Escala Breve de Fobia Social (BSPS)	120
V.1.1.4. Entrevistas alternativas al formato clínico convencional	121
V.1.2. Los Cuestionarios	122
V.1.2.1. <i>Cuestionarios específicos</i>	122
V.1.2.1.1. Escala de miedo a la evaluación negativa (FNES) y Escala de ansiedad y evitación social	122
(SADS)	
V.1.2.1.2. Escala de fobia social (SPS) y la escala de ansiedad ante las interacciones sociales (SIAS)	124
V.1.2.1.3. Inventario de ansiedad y fobia social (SPAI)	127
V.1.2.1.4. Escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A)	131
V.1.2.1.5. Escala de ansiedad ante la interacción (IAS) y Escala de ansiedad ante hablar en público (AAS) ..	132

V.1.2.1.6. Escala de auto-afirmaciones en situaciones sociales (SISST)	132
V.1.2.1.7. Inventario de situaciones interpersonales (IIS)	132
V.1.2.1.9. Cuestionario de confianza para hablar en público (PRCS)	133
V.1.2.1.10. Cuestionario de dificultad para hablar en público (CDHP)	134
V.1.2.1.11. Auto-afirmaciones ante una situación de hablar en público (SSPS)	134
V.1.2.2. <i>Otros cuestionarios que contienen subescalas de fobia social</i>	134
V.1.2.2.1. Fear questionnaire (FQ)	134
V.1.2.2.2. Inventario de temores (IT)	135
V.1.2.2.3. The Wolpe fear survey schedule (FSS)	136
V.1.3. Autorregistros	137
V.2. MEDIDAS DE OBSERVACIÓN	138
V.2.1. Test situacionales	138
V.3. REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS	141
VI. REVISIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS	143
VI.1. INTRODUCCIÓN	144
VI.2. REVISIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	145
VI.2.1. Entrenamiento en Habilidades Sociales	145
VI.2.2. Entrenamiento en Relajación	147
VI.2.3. Exposición	148
VI.2.4. Otras Intervenciones Conductuales	150
VI.3. REVISIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS	156
VI.3.1. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs)	156
VI.3.2. Betabloqueantes	159
VI.3.3. Benzodiazepinas	160
VI.3.4. Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina (ISRS)	162
VI.3.5. Otros	164
VI.4. COMPARACIÓN ENTRE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS	167

PARTE EXPERIMENTAL

I. INTRODUCCIÓN	173
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	176
III. MÉTODO	180
III.1. SUJETOS	181
III.1.1. Reclutamiento	181
III.1.2. Descripción de la muestra	188
III.2. DISEÑO	188
III.3. PROCEDIMIENTO	190
III.3.1. Evaluación	190
<i>III.3.1.1. Instrumentos de evaluación</i>	190
III.3.1.1.1. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)	190
III.3.1.1.2. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)	192
III.3.1.1.3. Escala de Habilidades Sociales para la Adolescencia (EHSPA)	192
III.3.1.1.4. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES)	193
III.3.1.1.5. Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADS)	193
III.3.1.1.6. Escala de Autoestima	193
III.3.1.1.7. Escala de Asertividad	194
III.3.1.1.8. Escala de Inadaptación	194
III.3.1.1.9. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)	195
III.3.1.1.10. Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV). Sección de Fobia Social	195
III.3.1.1.11. Prueba observacional	195
<i>III.3.1.2. Evaluación de los efectos del tratamiento</i>	197
III.3.1.2.1. Evaluación antes del tratamiento (Pretest)	197
III.3.1.2.2. Evaluación durante el tratamiento	198
III.3.1.2.3. Evaluación al finalizar el tratamiento (Postest)	198
III.3.1.2.4. Evaluación después de la intervención (Seguimiento)	198
III.3.2. Descripción de los programas de tratamiento	199
<i>III.3.2.1. SET-A (Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998)</i>	199
<i>III.3.2.2. CBGT-A (Albano, Marten y Hot, 1991)</i>	202
<i>III.3.2.3. IAFS (Olivares y García-López, 1998)</i>	203
III.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	206
III.4.1. Equivalencia inicial de los grupos	206
III.4.2. Procedimientos estadísticos utilizados	208

IV. RESULTADOS	210
IV.1. RESULTADOS DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	211
IV.1.1. Resultados cuantitativos	211
<i>IV.1.1.1. Comparaciones intergrupo</i>	211
<i>IV.1.1.2. Comparaciones intragrupo</i>	229
<i>IV.1.1.3. Prueba observacional</i>	247
IV.1.2. Resultados cualitativos	257
<i>IV.1.2.1. SET-A</i>	257
<i>IV.1.2.2. CBGT-A</i>	259
<i>IV.1.2.3. IAFS</i>	260
IV.2. RESULTADOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA	263
IV.2.1. Eficacia al 100%	264
<i>IV.2.1.1. En el postest</i>	264
<i>IV.2.1.2. En el seguimiento</i>	265
IV.2.1. Eficacia al 75%	267
<i>IV.2.2.1. En el postest</i>	267
<i>IV.2.2.2. En el seguimiento</i>	269
V. DISCUSIÓN	271
VI. CONCLUSIONES y LIMITACIONES	285
VII. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	289
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	292
IX. ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

Al director de esta tesis, Dr. José Olivares Rodríguez, por ser el “Number One”, por su capacidad para “tejer con las palabras” un lenguaje claro y científico y modelar mi conducta; por su apoyo incondicional, por abrirme los ojos a nuevos caminos. En fin, por ser un modificador de conducta tan hábil que, mirando al pasado, puedo observar en mi mismo resultados, que si se midieran, serían tanto cuantitativos como cualitativos. Gracias por esta tesis y por hacerme madurar como persona y como profesional. Espero que este largo viaje que es la vida pueda seguir contando contigo.

A la Dra. María Dolores Hidalgo Montesinos, pieza angular en esta tesis, y que más allá de su inestimable ayuda con los análisis estadísticos, me ha hecho recordar la importancia de las pequeñas cosas en la vida y entender que un acontecimiento negativo puede alumbrar otros caminos. Una de las cosas que siempre agradeceré a esta tesis es haber ganado una amiga. Gracias.

A los Dres. Ana Marie Albano, Samuel Turner y Deborah Beidel, por habernos proporcionado de forma desinteresada toda la información necesaria para poder diseñar esta tesis; y gracias por haber confiado en las inquietudes de un joven estudiante de doctorado y por su ánimo en los comienzos de este proyecto.

Al Dr. Francisco Javier Méndez Carrillo, sobre todo por su condición humana. Siempre me hizo sentir como parte integrante de un equipo y por eso no sabes cuánto te lo agradezco. Gracias también por comprobar en mi mismo los efectos de la “inundación”, en el trayecto en coche, de vuelta a Murcia, tras un Congreso.

Al Dr. Julio Sánchez Meca, porque me facilitó las cosas de tal manera que pude cumplir con los plazos que me había previsto.

A la Dra. Ana Isabel Rosa Alcázar, por un buen “consejo” que me dio antes de decidir cuál sería el objeto de mi tesis.

A la Dra. Rosa María Bermejo Alegría, por transmitirme su cariño a lo largo de todos estos años y por implicarse más allá del trabajo, por proporcionarme esa sensación de compañerismo que a la postre es lo más importante.

A M^a Carmen, futura doctora, gracias por ayudarme cuando estaba “quemado” y en la “Unidad de Cuidados Intensivos”; por tu ayuda siempre desinteresada, por estar siempre ahí cuando te necesitaba. *A ambas*: No olvidéis nuestra promesa.

- A Jani, “mi compañera”, por su inquietud y sus preguntas, que me impedían caer en el conformismo y que me recordaba que no todo estaba hecho. Me dio ánimos cuando lo necesitaba, siempre estaba allí. Ella es la segunda línea de este frente. ¡Ánimo, esta tesis es la prueba de que se puede!
- A Cándido, no sólo por facilitarme datos sobre el EHSPA sino por su ayuda que me mostró en reiteradas ocasiones.
- A M^a José Quiles, por tener siempre una sonrisa en su boca y por transmitirme serenidad cuando yo sentía que la perdía.
- A José Pedro, por el “escaneo” que no “escaqueo”, por su ayuda en la reconstrucción digital de figuras, así como por los chistes que me envías por correo electrónico, y que me ayudaron a sonreír cuando el cansancio y el tedio se apoderaban de mí.
- A Úrsula, Paquita(s), Samuel y Santi, por su ayuda en todo lo que me hizo falta, y por facilitarme las cosas que estaban en sus manos.
- A los orientadores, jefes de estudio y directores de los colegios e institutos con los que hemos colaborado, por las facilidades prestadas y su implicación en este proyecto.
- A mis compañeros universitarios que me ayudaron en la tarea de la evaluación: M^a José, Isabel, Juanjo, David, Ana, Corty, Maria José (Albacete), Magdalena, Toñi, Raquel, Julia, Kelly, Yolanda, Patricia, Rafa, Javi, Miki y alguien más que seguro que me olvido. Gracias por vuestra ayuda.
- A los “sujetos” de esta tesis, a esos adolescentes que no aparecen con su nombre pero que yo siempre recordaré. A veces uno no sabe quién aprende de quién. Ojalá no olviden creer en su capacidad para afrontar todo lo que se propongan, espero que haya podido extraer de ellos todo el potencial que contenían.
- A todos los seres que me han ayudado en esta vida y que me han ayudado en esta obra
- A alguien que al principio, cuando todo parecía destinado al fracaso, me dijo: “¡Olvídate de lo que te digan, inténtalo, confía en ti!”. Y se hizo la luz, y hoy puedo contemplar frente a mí la obra de cuatro años de trabajo. Gracias a ti, hoy estoy aquí, en todos los sentidos.
- A Juana, Josefa, Luis y Raquel, mi familia, os he dejado para el final de los agradecimientos, porque siempre he sentido que pese a que las cosas fueran mal, *al final*, siempre estarías ahí. Vosotros sois como nadie los que habéis vivido esta tesis, lo bueno y lo malo. Estoy seguro que mi satisfacción y orgullo es el vuestro. Os quiero.

*A mi familia,
Esta también es su Tesis*

I. INTRODUCCIÓN

“Casi medio siglo después de su inicio y primeras aplicaciones, la modificación de conducta se ha consolidado como la alternativa de referencia para la intervención psicológica (...) Pero también es posible encontrar en la breve historia de la modificación de conducta limitaciones y lagunas. Una de éstas es la relativamente escasa atención dedicada a las aplicaciones en niños y adolescentes. La mayor parte de la modificación de conducta, tanto por lo que hace referencia a los desarrollos teóricos como a las técnicas de intervención, se ha centrado en adultos. 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” (Labrador, 1997; p. 11). Ello supone que, como recuerdan Ollendick y Greene (1990), resulte totalmente inadecuada la aplicación sistemática de procedimientos de tratamiento que han sido diseñados para población adulta a la adolescente. Súmese a esto que además estamos hablando de una población, la adolescente, que no es quien generalmente solicita tratamiento psicológico. Como recuerdan Godoy y Cobos (1991), Labrador (1997) y Pelechano (1979), dado que son los adultos que rodean al adolescente los que suelen detectar el problema y solicitan ayuda psicológica, ésta última viene generalmente influida por variables que afectan al adulto. Así, los familiares o los profesores suelen solicitar intervención psicológica más por excesos conductuales (hiperactividad, conductas agresivas) que por déficits conductuales (falta de habilidades sociales, fobia social). Del mismo modo, los padres de hijos con fobia social frecuentemente minimizan la importancia del problema, bien porque lo atribuyen a un caso de timidez, o bien porque simplemente lo consideran como una fase normal del desarrollo del niño y adolescente, por lo que creen innecesario solicitar ayuda especializada (Beidel y Turner, 1998).

Sin embargo, el diagnóstico y la detección precoz tienen una suma importancia de acuerdo con los datos facilitados por Giaconia *et al.* (1994), quienes han encontrado que los sujetos con fobia social que informan que la edad de inicio de su trastorno fue anterior a los 14 años, tienen un riesgo significativamente más alto de presentar un trastorno comórbido. Así mismo, los resultados del trabajo de Lecrubier (1998), que han puesto de manifiesto que los sujetos que recuerdan que la edad de inicio de su trastorno fue previa a los 11 años, se benefician menos del tratamiento psicológico. Otros estudios revelan que la proporción

de sujetos con un diagnóstico de fobia social se incrementa con la edad (Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996; Essau, Conradt y Petermann, 1999; Poulton *et al.*, 1997), siendo el punto de inflexión la edad de los 14-15 años, fecha además que suele marcar 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.

En este proceso de cambio que es la adolescencia, el desarrollo de la fobia social, conlleva una influencia negativa en importantes procesos del desarrollo del adolescente, interfiere en el rendimiento académico (Beidel y Turner, 1998; Davidson, Hughes, George y Blazer, 1994; Last, Pervin, Hersen y Kazdin, 1992; Seipp, 1991; Wittchen y Beloch, 1996), en las relaciones sociales (Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow, 1995; Bech y Angst, 1996; Schneier *et al.*, 1994), lo que puede llevar al desarrollo de un episodio depresivo mayor (Francis, Last y Strauss, 1992; Pervin y Last, 1993; Stein, Tancer, Gelernter, Vittone y Uhde, 1990) o al abuso del consumo de alcohol u otras drogas como un medio de afrontar las situaciones sociales (Clark y Kirisci, 1996; Kushner, Sher y Beitman, 1990; Lépine y Pélissolo, 1998). A todo esto hay que añadir que la fobia social precede a la aparición de otros trastornos (véase II.4.3.) y que con el paso del tiempo muestra una mayor resistencia al tratamiento. Todo ello parece señalar que la detección e intervención temprana en el período de la adolescencia tiene una especial relevancia. Si en 1985 la fobia social fue considerada como el “trastorno de ansiedad olvidado”, a día de hoy existe un mayor número de investigaciones sobre este problema en población adulta pero no en población adolescente, por lo que se puede afirmar que la fobia social sigue siendo el “trastorno de ansiedad olvidado *en la adolescencia*”. De cualquier forma, este no es un hecho aislado. Al igual que con otros trastornos, se han realizado múltiples investigaciones, empleando muestras infantiles y muestras adultas, como dos extremos de una misma cuerda, dejando en “terreno de nadie” el momento de la adolescencia, cuando desde luego no es posible utilizar las mismas estrategias psicológicas para un niño que para un adulto ni tampoco para un adolescente con respecto a las dos anteriores. Sin embargo, casi podemos contar con los dedos de las manos el número de trabajos que han evaluado la prevalencia de la fobia social en población adolescente. Y así podríamos seguir para cada uno de los capítulos que componen este trabajo. Como resultado del limitado número de estudios

específicos sobre la fobia social en la población adolescente, en este trabajo revisaremos tanto los estudios que han utilizado muestras adolescentes como los que han empleado muestras adultas. Debido a la escasez de investigaciones sobre la fobia social en la adolescencia y teniendo en cuenta lo mencionado con anterioridad, no es de extrañar la casi inexistencia de programas de tratamiento multicomponentes para la fobia social dirigidos a la población adolescente.

Nuestro trabajo pretende contribuir a cubrir esta laguna, diseñando y validando tratamientos multicomponentes para aquellos adolescentes que cumplan los criterios de fobia social generalizada y además pertenezcan a un mismo rango de edad y nivel educativo (15-17 años), con el fin de controlar su grado de desarrollo o el nivel cognitivo y de esta forma intentar arrojar luz acerca de la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales y un tratamiento puramente conductual en comparación con un grupo control y además, podremos evaluar qué programa de intervención ha mostrado el tamaño del efecto más alto en cada una de las variables dependientes analizadas. A raíz de lo cual propondremos lo que entendemos que podrían ser líneas futuras sobre las que seguir profundizando

II. DELIMITACIÓN ACTUAL DEL CONSTRUCTO ANSIEDAD SOCIAL

II.1. DESARROLLO HISTÓRICO

Aunque la fobia social fue incluida dentro de la nomenclatura diagnóstica a finales de este siglo, 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, p.253), en su obra “La Anatomía de la Melancolía”, recoge la descripción de un paciente de Hipócrates, que este último describe como “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”. 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).

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. Pero todavía hubieron de transcurrir seis lustros para que Marks y Gelder (1966), también en Europa, presentaran la primera delimitación del término acuñado por Janet, estableciéndolo como una categoría diagnóstica propia. 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 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 a todas las fobias en una sola categoría, de acuerdo con los postulados psicoanalistas.

Posteriormente, Nichols (1974) concretó todavía más la delimitación de la fobia social, indicando que se caracterizaba por una 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 (FS, a continuación) 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 de fobia social no podían además presentar un diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación (TPE, a continuación), 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 de que se tengan garantías de ser aceptado y baja autoestima (véase tabla II.2).

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. Además, en el DSM-III se indicaba que no se debía establecer el diagnóstico de fobia social 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 fobia social podía ser diagnosticada como una complicación del TPE si los miedos a situaciones sociales específicos estaban presentes en el contexto de una ansiedad interpersonal más general o extendida.

Tabla II.2. Criterios del DSM-III para el diagnóstico de 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 incapacitación 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.

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 en las posteriores ediciones del DSM al subtipo específico y generalizado, respectivamente (c.f. Herbert, 1995).

En este sentido, a pesar de lo establecido por el DSM-III, Falloon, Lloyd y Harpin (1981) propusieron distinguir entre fobia social específica (ante una situación específica- por ejemplo, comer en público-) y generalizada, cuando los miedos se generalizan a muchas más situaciones sociales. También yendo más allá del concepto de fobia social como circunscrito a situaciones específicas de actuación social (hablar, comer, escribir en público), Amies, Gelder y Shaw (1983) definieron la fobia social 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 *et al.* (1985) hace llegar a estos autores a la conclusión de que la fobia social 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 cual se ha desarrollado 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 fobia social temían más de una situación social (Hazen y Stein, 1995), en el DSM-III-R se introdujo el subtipo generalizado, el cual hacía referencia a los sujetos que mostraban ansiedad ante la mayoría de situaciones sociales. 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, véase tabla II.3 y II.4. Los sujetos que no presentaban el subtipo generalizado eran incluidos dentro de la categoría fobia social “no generalizada”, “específica” o “discreta”. Para más detalle, véase el apartado de Subtipos de la Fobia Social (pág. 14).

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 I, 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.

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 fobia social 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 fobia social, 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.

Puesto que el grupo de consenso no logró unificar criterios respecto a tales cuestiones, se optó por mantener los criterios del DSM-III-R.

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.

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 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, 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 fobia social, 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 fobia social. 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 fobia social en este período de edad.

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.
- 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).

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).

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

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

- (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 fobia social 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 fobia social fue incluida dentro de la nomenclatura diagnóstica del DSM en 1980, no es hasta 1992 cuando el CIE-10 recoge la fobia social como categoría diagnóstica independiente. Hasta entonces, en el 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 fobia social según el 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

En conclusión, el constructo fobia social 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 ha conllevado un nuevo análisis de los resultados de las investigaciones sobre la fobia social, 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.

Pese a lo dicho anteriormente, el constructo fobia social, 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

La introducción de la figura del subtipo generalizado de fobia social 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” constituye 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 y por defecto, al subtipo específico, también denominado no-generalizado o circunscrito. Sin embargo, como ya hemos indicado, finalmente se optó por mantener la estructura propuesta por el DSM-III-R ya que en ese momento el DSM-IV se encontraba en su fase de finalización y la evidencia empírica que en ese momento 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 fobia social que presente el sujeto. Como resultado, las definiciones de lo que se entiende por fobia social generalizada pueden variar a través de los estudios llevados a cabo. Junto a esto, de cara a la delimitación de este subtipo, algunos

investigadores han usado criterios que no se corresponden con la definición del DSM-IV (véase a continuación).

Como consecuencia de todo ello hoy existen dos corrientes o dos formas de delimitar el subtipo generalizado que se utilizan en la mayoría de los estudios. Por una parte, la propuesta de Turner, Beidel y Townsley (1992), quienes delimitan la fobia social generalizada como “ansiedad ante situaciones de interacción social” frente a la fobia social específica que se caracterizaba como “miedo a situaciones de actuación social”. De esta forma, un sujeto que experimentaba ansiedad en una sola situación de interacción social recibía un diagnóstico de fobia social generalizada ya que la clasificación se basa en criterios cualitativos y no cuantitativos.

Por el contrario, Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz (1993) asumieron un criterio cuantitativo para entender el subtipo generalizado (lo relevante sería el número de situaciones temidas) y adoptaron dos categorías adicionales al subtipo generalizado: (a) un subtipo no-generalizado que se otorgaría a los sujetos que mostraban ansiedad en un número determinado de situaciones sociales (de actuación o interacción) pero no informaban ansiedad en otras situaciones sociales y (b) un subtipo específico que se asignaría a los sujetos que temían una o dos situaciones sociales de actuación.

Una tercera, pero aún con escaso impacto, es la realizada por Stein (1997), quien considera que en la práctica, los sujetos con fobia social se pueden dividir en tres categorías: los que presentan únicamente miedo a hablar en público, los que muestran miedo a hablar en público acompañado de algún otro miedo social y los que informan de miedo a una gran variedad de situaciones sociales. Los dos primeros grupos conformarían lo que otros autores llaman fobia social específica mientras que el último constituiría el subtipo generalizado de fobia social.

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 asimismo 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 de cara al establecimiento de un diagnóstico de fobia social. En este

sentido, las diferencias entre los estudios debido al número de situaciones sociales evaluadas también puede estar afectando a la fiabilidad de la distinción entre el subtipo generalizado (a continuación, FSG) y el específico (a continuación, FSE).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, pasamos a presentar los datos resultantes de los trabajos de investigación que muestran en qué medida existen diferencias entre los subtipos de fobia social.

Respecto a las variables sociodemográficas, distintos autores han encontrado que los sujetos que presentaban FSG, respecto a los eran identificados con FSE, mostraban una edad de inicio más temprana, un menor nivel educativo, una proporción mayor de desempleados, un mayor porcentaje de solteros, un número superior de familiares de primer grado que también reciben un diagnóstico de fobia social y una mayor tasa de sujetos que hacen uso de psicofármacos (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 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).

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). Sin embargo, en población adolescente se ha encontrado que los sujetos que presentan fobia social no generalizada (también denominada específica por otros autores) muestran una tasa de comorbilidad superior a la hallada en sujetos con FSG (Hofmann *et al.*, 1999). De nuevo el distinto procedimiento para determinar lo que se entiende por un subtipo generalizado puede haber afectado a los resultados. De hecho, pese a que en población adulta acerca del 70% de los sujetos con fobia social son categorizados con el subtipo generalizado (e.g., Turner, Beidel y Jacob, 1994; Scholing y Emmelkamp, 1993b), en este último trabajo el 54.5% de la muestra de sujetos con fobia social fue designada como no-generalizada y el 45.5% como FSG.

Dado que nuestro trabajo se centra en la población adolescente, y teniendo en cuenta la escasez de trabajos sobre este período de edad nos detendremos un poco en el análisis del trabajo de Hofmann *et al.* (1999). Para la designación de los subtipos, se solicitó a una muestra de 33 adolescentes con fobia social que nombraran sus 10 situaciones sociales más temidas y que las puntuasen según una escala Likert 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 cumplir el subtipo generalizado era informar de una moderada ansiedad (una puntuación de 4, donde el 8 es la puntuación máxima) en todas las categorías. En caso contrario se adjudicaba el subtipo no generalizado. Como puede observarse, este criterio es ortodoxo con respecto a lo sugerido por el DSM-IV y puede afectar la comparación de los resultados de este estudio con los de otros trabajos. Además, hay que indicar que mientras que en población adulta las situaciones más temidas son las situaciones que implican dar una charla formal o hablar en público (Mannuzza *et al.*, 1995; Pollard y Henderson, 1988; Stein, Walker y Forde, 1994), casi el 52% de los adolescentes han informado que la peor situación social estaba relacionada con la categoría de interacciones o charla informal, existiendo además diferencias estadísticamente significativas con respecto a las demás categorías. Este hallazgo podría ser de extrema utilidad para la elaboración de los contenidos a incorporar en un programa de tratamiento específico para la fobia social en población adolescente.

También se han encontrado diferencias respecto a los subtipos en función de las variables de personalidad. Así, en comparación con los FSE, los sujetos con FSG muestran un mayor grado de neuroticismo, 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 en las respuestas de ansiedad social (mayores puntuaciones en las escalas empleadas) y una mayor interferencia en la vida del sujeto en comparación con los sujetos 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). Asimismo, en los sujetos con FSG se observa un miedo elevado a la evaluación negativa y una 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).

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, unas 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 así 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, Ries, Taylor *et al.*, 1995; Turner *et al.*, 1992). Debido a este hecho, algunos autores (e.g., McNeil, Ries y Turk, 1995) han establecido una similitud entre las diferencias de los subtipos y los términos 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 la fobia social, 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.

Después de la exposición de los resultados de las investigaciones realizadas, a día de hoy no existe consenso a la hora de determinar si existen diferencias cuantitativas o cualitativas entre los subtipos de la fobia social. 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 presenten diferencias en el pronóstico y requieren distintos tratamientos, pudiendo conformar cuadros clínicos que precisan situarse en diferentes ejes diagnósticos (haciendo referencia al código DSM): en el eje I la FSE y en el eje II la FSG. 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 “Trastornos de relaciones interpersonales”.

II.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con la inclusión de la fobia social dentro de la nomenclatura diagnóstica en 1980 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 fobia social 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. 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, ¿le pondría nervioso

entrar?”, un sujeto con agorafobia respondería que sí y otro con fobia social afirmaría que no.

De este modo, 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. Otra diferencia estriba en que 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)

Distintas investigaciones han examinado en qué medida ambos trastornos difieren en sus respuestas psicofisiológicas o en las variables sociodemográficas. Amies, Gelder y Shaw (1983), Gorman y Gorman (1987) así como Reich, Noyes y Yates (1988) informaron que respuestas psicofisiológicas tales como el rubor, sudor o temblor eran más frecuentes en sujetos con FS mientras que en la agorafobia con o sin trastorno de pánico las más frecuentes eran: dificultades en la respiración, taquicardia, mareos, dolor de cabeza o visión borrosa. 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) han encontrado 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 ni en el porcentaje de intentos o ideaciones suicidas ni 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 fobia social 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, informaron 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) han considerado 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.

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)

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; Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer y Liebowitz, 1991; Turner, Beidel y Townsley, 1992). En concreto, respecto a los subtipos de FS, aproximadamente el 60% de los sujetos con FSG también reciben un diagnóstico de TPE (rango: 25-89%) en comparación con el 20% de los sujetos con fobia social no generalizada (FSNG; rango: 0-44%).

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 criterios del DSM-IV para el TPE (criterios 1, 4 y 7) revelan un grado alto de solapamiento con la FSG (Johnson, Turner, Beidel y Lydiard, 1995). 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.

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 fobia social 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 continua 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*.

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 fobia social 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) han hallado 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, Ries, Taylor, Boone, Carter, Turk y Lewin (1995).

5. Los sujetos con FSG y TPE muestran respuestas psicofisiológicas distintas a los sujetos con FSG y que no presentan TPE. Hofmann, Newman, Ehlers y Roth (1995) han hallado diferencias significativas en la tasa cardíaca, 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 disminuído 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; Hope, Herbert y White, 1995; McNeil *et al.*, 1995). 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 fobia social además parecen reducir el número de criterios del TPE que cumple el sujeto después de la terapia. Además, en base a su experiencia durante los últimos años, 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 fobia social (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. El tratamiento psicofarmacológico parece reducir el número de criterios de TPE que los sujetos cumplen después del tratamiento. 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, 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 indicaban Widiger (1992) o Stein (1995); 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 fobia social. Por lo tanto, para este autor la FGS 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 (Herbert *et al.*, 1992; Hofmann *et al.*, 1995; Holt *et al.*, 1992; Levin *et al.*,

1993; Tran y Chambless, 1995). 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 diferían 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 ése u otros de los criterios de la FS (Alnaes y Torgersen, 1988; Gasperini, 1990).

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 de el EDM puede estar actuando como una variable mediadora que incrementa el grado de interferencia de la fobia social 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)

Aproximadamente el 13% de los sujetos con FS presenta también un TOCP (Turner *et al.*, 1992). 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 si 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 si 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.

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. En este sentido, durante la fase de evaluación de la parte experimental de esta tesis nos hemos encontrado con el caso de un adolescente de 16 años que nos comentó que él no necesitaba relacionarse con los demás ni en ese momento ni en el futuro. Había decidido qué carrera iba a estudiar en función de elementos tales como no ser necesario hablar en público o asistir a clase para presentarse a los exámenes, puesto que todo el material de las asignaturas se proporcionaba a través de libro. Además, pensaba ejercer su profesión como “*free-lance*”, creando una página web a través de la cual ofertaría sus servicios que también realizaría en casa y que remitiría a los clientes por correo electrónico. La compra de alimentos, vestimenta, etc, también preveía realizarla mediante Internet.

SÍNTESIS

En conclusión, como hemos constatado, al igual que lo que sucede en otros trastornos de ansiedad, conjuntamente con la fobia social 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, estudios en el futuro deberían probar esta hipótesis a fin de examinar la relación entre ambos trastornos y examinar la posibilidad de que el trastorno esquizoide sea realmente un subtipo o una variante de la fobia social.

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 fobia social. 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 fobia social 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. Finalmente, presentaremos aquellas investigaciones que han estudiado la prevalencia de la fobia social en población adolescente.

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 fobia social, no está clara la posibilidad de generalizar estos resultados a la población general.

Una vez reconocida la fobia social 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 fobia social.

En primer lugar, citar el *Epidemiological Catchment Area Survey* (ECA; Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992), el estudio de mayor tamaño muestral de cuantos se han realizado (N= 10.314), el cual abarcó cuatro regiones de los Estados Unidos de Norteamérica. 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%. 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) y del 2.5% en Alemania (Wittchen, Essau, Zerssen, Krieg y Zaudig, 1991). 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; Takahashi, 1989). Así, mientras en los países occidentales las personas con fobia social 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social, 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, fobia social y sujetos con ambos trastornos. Las tasas de prevalencia fueron del 3.8% en el grupo de fobia social 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 fobia social 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) han aplicado el cuestionario Q-DIS-III-R, basado en criterios del DSM-III-R, a una muestra femenina de un barrio de Pamplona. Los resultados de este trabajo han puesto de manifiesto una prevalencia del 8.9%.

En población norteamericana, Kendler *et al.* (1992) encontraron una prevalencia de la fobia social 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 fobia social es hablar por teléfono. Por ello, este

autor considera que “buscar la prevalencia de la fobia social 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 fobia social 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, MacDonald y Offord (1999) hallan una prevalencia del 12.7%.

Un estudio reciente realizado por Vega *et al.* (1998) en una muestra de adultos de origen mexicano y residentes en EEUU ha proporcionado 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 prevalencia de toda la muestra del 7.4%.

Por otra parte, Heimberg, Makris, Juster, Öst y Rapee (1997) han encontrado diferencias culturales en muestras de EE.UU., Suecia y Australia usando los criterios del DSM-III-R. En este sentido, en comparación con los otros países, los suecos informan respuestas de ansiedad superiores ante situaciones de comer, beber o escribir en público, reuniones sociales o ante hablar en público pero menores puntuaciones en las escalas de ansiedad social en los ítems referidos a la interacción con figuras de autoridad. Por otra parte, en comparación con los suecos o estadounidenses, los australianos muestran puntuaciones más elevadas de cara a interactuar con personas del sexo opuesto. Una limitación de este estudio

son las diferencias en los procedimientos de reclutamiento de las muestras, lo cual puede haber sesgado los resultados, como reconocen los propios autores.

Por último, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, Stein, Walker y Forde (1996) empleando una metodología similar a la de un estudio previo (Stein *et al.*, 1994), han informado 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 si el miedo a hablar en público ha de considerarse como una fobia social, estos autores apoyan el mantenimiento del miedo severo a hablar en público dentro del constructo fobia social. Pese a que este trabajo no muestra directamente tasas de prevalencia relativas a la fobia social, de sus datos parece poder deducirse una prevalencia del 5.2% de fobia social de tipo generalizado.

Como puede observarse en la Tabla II.8, 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 ésto puede ser debido a que mientras que en el DSM-III no se permitiría el diagnóstico conjunto de fobia social y trastorno de personalidad por evitación, se permite e incluso lo sugiere en el DSM-III-R y DSM-IV.

Dado el elevado solapamiento existente entre estos trastornos (Antony, 1997; Widiger, 1992), es probable que el diagnóstico de fobia social 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social.

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. Este resultado es consistente con el trabajo de Poulton *et al.* (1997), quienes encuentran que la proporción de adolescentes con ansiedad social a los 15 años es 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 descubren que la proporción de sujetos con fobia social a los 14-15 años (2.0%) se cuadruplica 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 fobia social). 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.

Tabla II.8. Tasas de prevalencia de la fobia social en estudios epidemiológicos llevados a cabo en población adulta

PAÍS	AUTORES	AÑO	N	EVALUACIÓN	PREVALENCIA	MANUAL DSM
Reino Unido	Bryan y Trower	1974	223	-----	10%	-----
Estados Unidos	Zimbardo	1977	-----	-----	42%	-----
Estados Unidos	Schneier <i>et al.</i>	1992	10314	DIS	2.4%	DSM-III
Estados Unidos	Davidson <i>et al.</i>	1993	3801	DIS	3.8%	DSM-III
Puerto Rico	Canino <i>et al.</i>	1987	1513	DIS	1.6%	DSM-III
Canadá	Bland <i>et al.</i>	1988	3258	DIS	1.7%	DSM-III
Italia	Faravelli <i>et al.</i>	1989	1110	DIS	0.99%	DSM-III
Alemania	Wittchen <i>et al.</i>	1992	483	DIS	2.5%	DSM-III
Nueva Zelanda	Wells <i>et al.</i>	1989	1498	DIS	3.0%	DSM-III
Taiwan	Hwu <i>et al.</i>	1989	5005	DIS	0.6%	DSM-III
Corea del Sur	Lee <i>et al.</i>	1990	3134	DIS	0.53%	DSM-III
Estados Unidos	Pollard y Henderson	1988	500	Telefónica	2%	DSM-III
Islandia	Steffánson <i>et al.</i>	1991	-----	DIS	3.5%	DSM-III
Suiza	Degonda y Angst	1993	2201	SPIKE	3.8%	DSM-III
Suiza	Wacker <i>et al.</i>	1992	470	CIDI	16%	DSM-III-R
Estados Unidos	Kendler <i>et al.</i>	1992	2163	DIS-III-R	11.5%	DSM-III-R
Francia	Lépine <i>et al.</i>	1993	1787	CIDI	4.1%	DSM-III-R
Canadá	Stein <i>et al.</i>	1994	526	Telefónica	7.1%	DSM-III-R
Estados Unidos	Kessler <i>et al.</i>	1994	8098	CIDI	13.3%	DSM-III-R
Canadá	DeWitt <i>et al.</i>	1999	7871	CIDI	12.7%	DSM-III-R
Francia	Weiller <i>et al.</i>	1996	2096	CIDI	14.4%	DSM-III-R
Estados Unidos	Vega <i>et al.</i>	1998	3012	CIDI	7.4%	DSM-III-R
España	Crespo <i>et al.</i>	1998	237	Q-DIS-III-R	8.9%	DSM-III-R
Canadá	Stein <i>et al.</i>	1996	500	Telefónica	10% (5.2%)	DSM-IV

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) han encontrado 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 reciente llevado a cabo en Alemania, Wittchen, Stein y Kessler (1999) han examinado la tasa de prevalencia de la fobia social 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 fobia social y un 2.2% cumplía los criterios de fobia social 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 fobia social y fobia social generalizada, respectivamente. En ese mismo país y año, Essau *et al.* (1999) han hallado una prevalencia del 1.6% (rango de edad: 12-17 años), la cual se incrementa hasta el 2.0% tras acotar el rango de edad a los 14-17 años.

En España, Bragado *et al.* (1996) han encontrado 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 fobia social 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.

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 fobia social. Asimismo, Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow (1995) han informado que de los sujetos con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años que solicitan tratamiento, un 14.1% presenta fobia social. Un resumen de los estudios sobre población adolescente puede encontrarse en la Tabla II.9.

Tabla II.9. Tasas de prevalencia de la fobia social en población adolescente

PAÍS	AUTORES	AÑO	POBLA- CIÓN	N	EDAD	EVALUA- CIÓN	PREVA- LENCIA	DSM
Nueva Zelanda	McGee <i>et al.</i>	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 <i>et al.</i>	1993	Comunitaria	386	M=17.9	DIS-III-R	11.6%	DSM-III-R
Estados Unidos	Shaffer <i>et al.</i>	1996	Comunitaria	---	---	DIS-C	3.7%	DSM-III-R
España	Bragado <i>et al.</i>	1996	Comunitaria	243 80	6-17 14-17	DICA-R	4.1% 6.3%	DSM-III-R
Alemania	Wittchen <i>et al.</i>	1999	Comunitaria	3201	14-17 14-24	M-CIDI	4.0% 7.3%	DSM-IV
Alemania	Essau <i>et al.</i>	1999	Comunitaria	1035 655	12-17 14-17	CAPI	1.6% 2.0%	DSM-IV
Estados Unidos	Strauss y Francis	1989	Clínica	---	---	---	9.0%	DSM-III-R
Estados Unidos	Albano <i>et al.</i>	1995	Clínica	22	13-17	ADIS-C	14.1%	DSM-III-R

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

SÍNTESIS

Hasta el momento presente el mayor número de investigaciones sobre la prevalencia de la fobia social se han centrado en la adultez. 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 fobia social en la adolescencia, en torno a los 14-16 años, siendo poco frecuente su comienzo a partir de los 25 años.

A continuación vamos a revisar los estudios epidemiológicos realizados en población adulta para posteriormente centrarnos en los conducidos en población adolescente.

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, mientras Davidson *et al.* (1993) hallaron una edad media de comienzo de la fobia social de 14.6 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, Lepine *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 fobia social 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 fobia social tenía una edad de inicio anterior a los 14 años.

En Alemania, Wittchen *et al.* (1999) han proporcionado datos relativos a la edad de inicio tanto de la fobia social generalizada como de la no generalizada (rango de edad de los sujetos: 14-24 años). Estos autores han encontrado una edad de inicio de 11.5 y 14.0 años para los varones con fobia social generalizada 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 fobia social generalizada y no generalizada, respectivamente. De esta forma, los sujetos con fobia social generalizada han presentado una edad de inicio más temprana¹ que los sujetos sin este subtipo. Además, los resultados de este trabajo han puesto de manifiesto que el 50% de los sujetos con fobia social generalizada, en comparación con el 19% de los sujetos con fobia social no generalizada, tenían una edad de inicio anterior a los 12 años.

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 fobia social que informaron una edad de inicio anterior a los 14 años, presentaban un riesgo significativamente más alto de mostrar un trastorno comórbido.

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

La Tabla II.10. presenta de forma cronológica los resultados de los estudios epidemiológicos referidos a la edad de inicio de la fobia social.

¹ Existen diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de los sujetos con fobia social generalizada vs. no generalizada

Tabla II.10. Edad de inicio de la fobia social

AUTOR/ES	AÑO	PAÍS	POBLACIÓN	EDAD DE INICIO
Canino <i>et al.</i>	1987	Puerto Rico	Adulta	19.8
Bland <i>et al.</i>	1988	Canadá	Adulta	14.6
Lee <i>et al.</i>	1990	Corea del Sur	Adulta	24.3
Schneier <i>et al.</i>	1992	Estados Unidos	Adulta	15.5
Davidson <i>et al.</i>	1993	Estados Unidos	Adulta	14.6
Lépine <i>et al.</i>	1993	Francia	Adulta	10.5
Giaconia <i>et al.</i>	1994	Estados Unidos	Adolescente	10.8
Wittchen <i>et al.</i>	1999	Alemania	Adolescente	H: 11.5 ¹ , 14.0 ² M: 12.5 ¹ , 15.0 ²

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

A la luz de estos resultados, cabe observar cómo la edad media de inicio de la fobia social 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 fobia social, de cara a interpretar los resultados proporcionados por los estudios epidemiológicos acerca de la edad de inicio.

II.4.2.2. Género

Como puede observarse en la Tabla II.11., no existe un consenso con respecto a la existencia de una prevalencia superior de la fobia social en hombres o en mujeres. Ahora bien, a excepción de los trabajos llevados a cabo en Nueva Zelanda, Italia y uno de los realizados en Francia, la mayoría de investigaciones han puesto de manifiesto una prevalencia más alta de mujeres con fobia social, encontrándose ratios de 3:2 o 2:1, a favor de estas últimas.

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; La Greca *et al.*, 1988; Wells, Tien, Garrison y Eaton, 1994; Wittchen *et al.*, 1999).

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

Tabla II.11. Prevalencia de la fobia social en función de la variable género

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

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

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 fobia social (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.

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 fobia social 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 fobia social en poblaciones clínicas.

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 fobia social vs. control (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 fobia social 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 con fobia social.

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 fobia social (Davidson *et al.*, 1993; Lépine *et al.*, 1993; Reinherz *et al.*, 1993; Schneier *et al.*, 1992; Weiller *et al.*, 1993; 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) han dividido 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 ha encontrado que los sujetos con miedo a hablar en público no han mostrado diferencias ni en el nivel educativo ni en el socioeconómico respecto al grupo control, frente a los sujetos que han informado ansiedad ante otras situaciones sociales, los cuales sí indican un nivel socioeconómico más bajo que los sujetos del grupo control.

La 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 fobia social, 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 fobia social 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 fobia social, 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.4.3. COMORBILIDAD

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 fobia social. 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 fobia social, 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 fobia social 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 (e.g., 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 fobia social a solicitar tratamiento psicológico (Schneier *et al.*, 1992).

II.4.3.1. Comorbilidad entre la fobia social y otros trastornos de ansiedad

Como puede observarse en la Tabla 3.1., según los criterios del DSM-III-R, el trastorno comórbido más frecuentemente asociado con la fobia social es la agorafobia, seguido por el trastorno de pánico y la fobia específica. El único estudio epidemiológico realizado hasta la fecha con criterios del DSM-IV señala, sin embargo, una mayor comorbilidad entre fobia social 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 fobia social generalizada y no generalizada (Wittchen *et al.*, 1999). Así, mientras los sujetos con fobia social 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 fobia social no generalizada son el trastorno de pánico con o sin agorafobia y la fobia específica (véase Tabla II.12).

De igual modo, mientras los cocientes de razón (*odds ratio*) del grupo de sujetos con el subtipo generalizado de fobia social son estadísticamente significativos con respecto a la población sin este trastorno ($p < .05$), únicamente los sujetos con fobia social no generalizada muestran diferencias estadísticamente significativas en la tasa de comorbilidad con el trastorno de pánico con o sin agorafobia (véase tabla a continuación).

Tabla II.12. Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad

AUTORES		AG	TP	TP±AG	AG-TP	TAG	FE	TEPT	TOC
Schneier <i>et al.</i> (1992)		11.8	3.2				9.2		4.4
Davidson <i>et al.</i> (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
Lepine <i>et al.</i> (1993)	H	1.4	29.0			6.2	9.4		
	M	5.1	3.8			3.2	3.5		
Kendler <i>et al.</i> (1992)			7.0			2.2			
Weiller <i>et al.</i> (1996)		2.8	1.5						
Magee <i>et al.</i> (1996)		7.1	4.8			3.8	7.7	2.7	
Wittchen <i>et al.</i> (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

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 postraumático; TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo; H: Hombre, M: Mujer, FS: Fobia social; FSNG: Fobia social no generalizada; FSG: Fobia social generalizada

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

Los datos anteriormente expuestos pueden arrojar luz de cara a discriminar entre los subtipos de fobia social 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 fobia social generalizada 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 *et al.* (1989) observaron que el 46% de la muestra también presentaba fobia social como

trastorno secundario. En esta línea, Starcevic *et al.* (1993) constataron que un 20% de los sujetos asimismo cumplía los criterios de fobia social.

En relación con la alta comorbilidad entre trastorno de pánico y fobia social, Horwath *et al.* (1995) han planteado tres hipótesis: (a) la existencia de una tendencia general entre los trastornos de ansiedad (incluida la fobia social) 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 fobia social sin que se evidenciara un componente familiar y (c) la asociación entre fobia social 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 fobia social o bien son los otros trastornos de ansiedad los que tienen un comienzo anterior. Los resultados han mostrado que la fobia social 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 fobia social (véase tabla II.13).

Tabla II.13. Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad en muestras clínicas

AUTORES	N	TAG (%)	TP (%)	AG (%)	FE (%)
Barlow <i>et al.</i> (1986)	19	21	32	37	
Perugi y Savino (1990)	25	36			
Turner <i>et al.</i> (1991)	71	33	3		
Van Amerigen <i>et al.</i> (1991)	57	32	49	7	19
Sanderson <i>et al.</i> (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 fobia social 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 fobia social 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.

En comparación con los resultados de los trabajos llevados a cabo en población clínica, Beidel *et al.* (1991) hallaron tasas de trastorno de ansiedad generalizada bastante más bajas (alrededor del 10%) en población comunitaria. En Alemania, Essau *et al.* (1999) ponen de manifiesto que los trastornos de ansiedad que más frecuentemente se encuentran asociados a la fobia social 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 encuentran comorbilidad con otros trastornos, como el de ansiedad generalizada o el trastorno por estrés postraumático.

II.4.3.2. Comorbilidad entre la fobia social y trastornos del estado del ánimo

La Tabla II.14 muestra resultados discrepantes acerca de qué trastorno del estado del ánimo presenta una mayor comorbilidad con la fobia social 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 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 fobia social 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

fobia social 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.

Asimismo, Stein y Chavira (1998) han indicado que los sujetos con fobia social generalizada refieren un número superior de trastornos del estado del ánimo comórbidos, en comparación con los sujetos con miedo a hablar en público.

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 fobia social que presenten los sujetos.

Tabla II.14. Comorbilidad entre la fobia social y trastornos del estado del ánimo

AUTORES		Depresión	Distimia
Canino <i>et al.</i> (1987)		18.1	4.9
Wittchen <i>et al.</i> (1989)		6.9	4.9
Schneier <i>et al.</i> (1992)		4.4	4.3
Davidson <i>et al.</i> (1993)		6.8	
Angst (1993)		2.8	3.4
Lepine <i>et al.</i> (1993)	H	12.5	
	M	2.7	
Kendler <i>et al.</i> (1992)		2.1	
Wacker <i>et al.</i> (1992)		2.2	1.1
Weiller <i>et al.</i> (1996)		4.4	
Magee <i>et al.</i> (1996)		3.7	3.1
Wittchen <i>et al.</i> (1999)	FS	2.7	5.0
	FSNG	2.2	1.5
	FSG	3.9	16.3
Kessler <i>et al.</i> (1999)	FS	2.9	2.7
	MHP	2.7	1.5
	No MHP	3.0	3.4

Respecto a la controversia acerca de en qué medida la distimia o el episodio depresivo mayor comienzan después del inicio de la fobia social, los resultados de los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento muestran que la fobia social 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, Lecrubier (1998) ha encontrado que las tasas de comorbilidad entre la fobia social y la depresión son mucho más elevadas en los sujetos con una edad de inicio de la fobia social inferior a los 15 años.

En estudios con muestras de sujetos adultos con fobia social 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.15).

Tabla II.15. Comorbilidad con los trastornos del estado del ánimo en muestras clínicas

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

En población infanto-juvenil, Strauss y Last (1993) hallaron que el 10% de los sujetos con fobia social 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) encuentran 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 fobia social (Alpert *et al.*, 1997; Lepine *et al.*, 1993).

II.4.3.3. Comorbilidad entre fobia social y abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas

Distintos estudios han puesto de manifiesto que las tasas de abuso de alcohol son más elevadas en sujetos con fobia social que en sujetos con otro trastorno de ansiedad (Amies *et al.*, 1983; Kushner, Sher y Beitman, 1990; Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986). 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 fobia social presentan con más frecuencia abuso de alcohol o de otras sustancias (véase tabla II.16). Comparando una muestra clínica de sujetos con fobia social vs. población comunitaria, Lépine *et al.* (2000) han aportado datos respecto a que un 2.5% de los sujetos con fobia social han informado que han manifestado problemas relativos al abuso del alcohol, en comparación con el 1% de los sujetos sin fobia social. Tras clasificar a los sujetos con un diagnóstico de fobia social como “moderados” o “severos”, encuentran que el 4.3% de los sujetos con fobia social severa presentan abuso y/o dependencia al alcohol, frente al 1.4% de los designados como moderados.

Tabla II.16. Comorbilidad con el abuso y dependencia de sustancias tóxicas (*odds ratio*)

AUTORES		Alcohol	Otras sustancias
Schneier <i>et al.</i> (1992)		2.2	2.9
Davidson <i>et al.</i> (1993)		2.2	
Angst (1993)		3.5	2.1
Kendler <i>et al.</i> (1992)		2.7	
Weiller <i>et al.</i> (1996)		3.3	
Magee <i>et al.</i> (1996)		2.2	2.6
Wittchen <i>et al.</i> (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

Con población adolescente, Essau *et al.* (1999) encuentran que el 23.5% de los sujetos con fobia social también presentan abuso y/o dependencia de alcohol y de otras sustancias.

En relación con el orden cronológico de inicio de la fobia social, Angst (1993) sugirió que el patrón de comorbilidad podía presentar el siguiente esquema: primero se iniciaría la fobia social 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.

Sin embargo, como han señalado algunos autores, un elevado porcentaje de sujetos con fobia social ha informado que el inicio en el abuso del alcohol u otras drogas se produjo con posterioridad al desarrollo de la fobia social, 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 fobia social 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 (v. gr., una fiesta).

Lecrubier (1998) ha hallado que los sujetos con fobia social que informan que la edad de comienzo de su trastorno fue antes de los 15 años presentan tasas de comorbilidad de abuso de alcohol superiores a los que indican una edad de inicio superior.

La presencia de comorbilidad relativa al abuso de alcohol en sujetos diagnosticados con fobia social 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 Ameringen *et al.*, 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 fobia social. Con una muestra de alcohólicos que se encontraban en fase de rehabilitación, Stravynski, Lamontagne y Lavallée (1986) hallaron una tasa de comorbilidad de fobia social 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 fobia social. De la proporción de sujetos con

fobia social, el 67% informaron que empleaban el alcohol como un modo de controlar las respuestas de ansiedad. Además, Thomas, Thevos y Randall (1999) han hallado que el 23% de los sujetos que presentaban abuso y/o dependencia del alcohol, también presentaban fobia social. En este mismo estudio se ha comparado una muestra de sujetos con fobia social frente a sujetos sin este trastorno, observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, respecto de la finalidad de ingerir alcohol: los primeros lo utilizan para mejorar sus relaciones con los demás y para intentar controlar las respuestas de ansiedad.

Respecto a la variable género, Kessler *et al.* (1997) han reanalizado los resultados del NCS y han encontrado que un 30% de las mujeres con dependencia alcohólica también presentan fobia social, en comparación con un 19% de los varones. Similares resultados han sido hallados por Lépine y Cardot (en prensa), quienes han constatado que el 24% de las mujeres con dependencia alcohólica cumplían los criterios diagnósticos de fobia social, 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 encuentran diferencias estadísticamente significativas entre una muestra de sujetos con fobia social en función del género. Por otra parte, Kessler *et al.* (1997) han observado tanto los hombres como las mujeres con fobia social presentan el doble de riesgo a mostrar dependencia al alcohol en comparación con los sujetos sin fobia social.

Con una muestra de consumidores de heroína, Grenyer, Williams, Swift y Neill (1992) 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).

En un estudio con adolescentes hospitalizados por abuso y dependencia de alcohol, Clark *et al.* (1995) han encontrado que el 22% también reunía los criterios de fobia social. Junto a esto, Clark *et al.* (1993) aportaron datos que sugieren que la gran mayoría de adolescentes con fobia social que consumían alcohol mostraban absentismo escolar y problemas de conducta.

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

En este sentido, Prescott, Neale, Corey y Kendler (1997) han encontrado que la fobia social 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) han constatado que la fobia social es un factor de riesgo para un inicio temprano en el abuso y/o dependencia de sustancias. Estos autores también han hallado 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) señalan 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 fobia social también permitiría prevenir la probabilidad de un inicio en el consumo de drogas legales o ilegales.

Como conclusión, se constata la correlación entre fobia social 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 fobia social en la comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias, tal y como se recoge en el DSM-IV.

II.4.3.4. Comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria

Tan sólo un estudio epidemiológico ha investigado la comorbilidad entre la fobia social y los trastornos de alimentación. Wittchen *et al.* (1999) han hallado 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 fobia social, los resultados han revelado un cociente de razón de 6.18 en los sujetos con fobia social generalizada ($p < .05$) y de 0.60 en los sujetos con fobia social no generalizada ($p > .05$). Es decir, los sujetos con fobia social generalizada muestran un cociente de razón 10 veces superior a la de los sujetos con fobia social no generalizada. Este dato sugiere que los trastornos alimenticios presentan una mayor comorbilidad con los sujetos que cumplen el subtipo generalizado de fobia social.

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 fobia social. A todas ellas se les administró el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI). Los resultados mostraron que tanto las mujeres con anorexia como con bulimia refirieron puntuaciones similares a las obtenidas por la muestra de sujetos con fobia social, 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) han observado que el 17% de una muestra de bulímicas también ha mostrado un diagnóstico de fobia social, precediendo la fobia social a la bulimia en el 100% de los casos. Con una muestra de mujeres con bulimia y anorexia, Flament y Godard (1995) han hallado que el 58.8% y el 58.6% de éstas han informado un trastorno comórbido de fobia social. En el caso de las mujeres con bulimia, la fobia social había precedido a este trastorno en el 90% de los casos, reduciéndose al 64% en los sujetos con anorexia.

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

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

A la luz de estos datos, se constata la existencia de comorbilidad entre la fobia social 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 fobia social 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 fobia social en la génesis de la bulimia y de la anorexia nerviosa (quizás diferente en función del subtipo de fobia social que presente el individuo).

SÍNTESIS

A modo de conclusión, los resultados de los estudios epidemiológicos y clínicos señalan tasas de comorbilidad elevadas, especialmente en el caso de la fobia social generalizada. De hecho, a partir de los datos que han proporcionado las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha permiten apuntar a la existencia de un patrón distinto en función del subtipo de fobia social 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 fobia social específica o con fobia social (sin especificar el subtipo) muestran tasas de comorbilidad con trastornos que difieren respecto a los observados en los sujetos con fobia social 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 fobia social. De otra forma, considerando el criterio cualitativo, quizás podríamos estar hablando de sujetos con una fobia específica ante situaciones de actuación social y sujetos con fobia social, entendiendo el constructo ansiedad social como relativo a la interacción y/o actuación social. Futuros estudios deberían arrojar más luz a este punto.

Finalmente, como hemos señalado anteriormente, Lecrubier (1998) ha encontrado que una edad de inicio temprana de la fobia social (inferior a los 15 años) eleva 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 fobia social 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 fobia social.

III. MODELOS Y TEORÍAS EXPLICATIVAS

III.1. MODELOS PSICOLÓGICOS

III.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 (e.g., 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 fobia social.

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 fobia social 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 fobia social 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 ha analizado la presencia de experiencias estresantes en 30 personas con miedo a hablar en público (Hofmann, Ehlers y Roth, 1995). Los resultados han mostrado que pese a que el 89% de los sujetos han informado de experiencias estresantes en el pasado, tan sólo el 15% ha indicado que la experiencia traumática se produjo al mismo tiempo que el inicio de la fobia social.

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 fobia social *vs.* sin este trastorno en relación con el recuerdo de experiencias estresantes. En este sentido, Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun (1995) han comparado una muestra de 68 sujetos que mostraban fobia social 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 fobia social (específico *vs.* generalizado), estos autores dividieron el grupo integrado por sujetos con ansiedad social entre aquellos que presentaban fobia social específica (operacionalizado como “miedo a una o más situaciones sociales específicas”) y fobia social generalizada (sujetos con “ansiedad ante situaciones de interacción social”). Tras comparar la muestra de sujetos que presentaban fobia social con el grupo control se han encontrado diferencias significativas en la

proporción de sujetos con fobia social que recordaban experiencias estresantes (44%) frente a los sujetos que formaban el grupo control (20%). También se han hallado diferencias significativas entre los sujetos con fobia social específica (56%) vs. grupo control (20%). Por el contrario, la proporción de sujetos con fobia social generalizada que han informado recordar experiencias estresantes (40%) no difería significativamente de aquellos con fobia social específica o con el grupo control.

Recientemente Mulkens y Bögels (1999) han examinado la historia de aprendizaje de 31 sujetos que cumplen los criterios de FS (y cuyo principal temor es 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 han hallado diferencias estadísticamente significativas en la proporción de sujetos con fobia social que rememoraban experiencias estresantes (74%) frente a los sujetos que componen el grupo control (45%).

A la vista de los resultados de estos estudios, se podría concluir que la fobia social se puede adquirir como consecuencia de un acontecimiento estresante directo. A este respecto, David, Giron y Melmann (1995) han encontrado que el 50% de una muestra de sujetos con un diagnóstico principal o secundario de fobia social han recordado 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 fobia social (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 fobia social 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 fobia social (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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social, 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 encuentran diferencias significativas entre la proporción de sujetos con FS que recuerdan haber oído, leído o visto algún evento relacionado con el rubor (35%) en comparación con los sujetos que integran el grupo control (13%).

SÍNTESIS

En resumen, al igual que sucede con el papel del condicionamiento clásico en la fobia social, 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). Destacar que la proporción de sujetos que adquirieron la fobia social 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 fobia social específica (miedo a hablar en público) en comparación con la muestra de sujetos con fobia social que componía el trabajo de Öst y Hugdahl (1981) y Mulkens y Bögels (1999). Una tabla resumen puede observarse a continuación.

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

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

III.1.2. MODELOS COGNITIVOS

III.1.2.1. Introducción

Un buen número de estudios muestran que los sujetos con fobia social subestiman su capacidad para afrontar una situación social y magnifican la probabilidad de ocurrencia de una experiencia aversiva durante dicha situación, es decir, magnifican la probabilidad de

que los demás les juzguen desfavorablemente (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). De este modo, el sujeto con fobia social se encuentra motivado para dar una impresión favorable de sí mismo a los demás, pero por el contrario, no está seguro de su capacidad para hacerlo.

Puesto que se ha afirmado que el componente cognitivo de la fobia social consiste en el miedo a la evaluación negativa, algunos autores han postulado que el sujeto con fobia social centra fundamentalmente su atención (se preocupa básicamente) en controlar y evaluar las reacciones de las otras personas ante sus respuestas, de tal forma que, al igual que ocurre en otros trastornos de ansiedad, hay una atención selectiva a los estímulos considerados como amenazantes (e.g., Smith, Ingram y Brehm, 1983).

Dada la importancia que parece tener para los sujetos con fobia social el hecho de ser valorado negativamente por los demás y puesto que parece que creen que las personas adoptan permanentemente una actitud crítica y negativa, las situaciones sociales son percibidas como una fuente continua de estímulos amenazantes, por lo que se verían obligados a dedicar gran parte de sus recursos atencionales a la detección de tales señales.

Distintas investigaciones han intentado poner a prueba la hipótesis de que los sujetos con fobia social presentan un sesgo atencional que prioriza la percepción de estímulos sociales de carácter negativo. Así, empleando como muestra sujetos con un diagnóstico de fobia social, tanto Asmundson y Stein (1994) como Hope, Rapee, Heimberg y Dombeck (1990) o Mattia, Heimberg y Hope (1993) observaron en estos sujetos una mayor latencia de tiempo ante palabras con un contenido de amenaza social (p. ej., estúpido, inferior o estúpido). Además, Mattia *et al.* (1993) encontraron que los sujetos que recibieron tratamiento psicológico y disminuyeron significativamente sus respuestas de ansiedad también mostraron un decremento de la tasa de la latencia. En este mismo sentido, tanto Smith *et al.* (1983) como Hope, Rapee *et al.* (1990), señalaron que los sujetos con fobia social dedicaron una cantidad de tiempo excesiva y desproporcionada para procesar información de modo consistente con su propio esquema disfuncional, distorsionando así los eventos acaecidos para adaptarlos a la creencia de que ellos habían actuado de forma inadecuada. Otros estudios, como los llevados a cabo en España por Sanz (1997), en Portugal por

Esteves (1999), en el Reino Unido por Winton, Clark y Edelan (1995) o en Australia por Veljaca y Rapee (1998) o con muestras universitarias (a los que se clasificó con alta o baja ansiedad social en función de las puntuaciones obtenidas en un cuestionario¹) han revelado datos similares a los hallados en población clínica por Stopa y Clark (2000).

Sanz (1997) ha encontrado 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. Además, este autor ha hallado una respuesta atencional de evitación ante estímulos depresivos. Este hallazgo es consistente con el encontrado por Taylor y Rachman (1992), quienes demostraron que los sujetos con ansiedad social mostraban miedo a los indicios de tristeza y daban respuestas de escape y/o evitación ante ellos.

Por otra parte, Winton *et al.* (1995) han analizado la capacidad que tienen los sujetos con ansiedad social para detectar respuestas emocionales negativas en las personas. Para ello presentaron de forma breve (60 mseg) una serie de fotografías de caras que expresaban emociones negativas (enfado, tristeza, miedo) y fotografías de caras que no expresaban ningún tipo de emoción (neutras). Los resultados han puesto de manifiesto que los sujetos con ansiedad social alta cometieron menos errores en la identificación de las fotografías con expresiones faciales negativas que cuando tuvieron que discriminar fotografías con expresiones faciales neutras. Sin embargo, en este trabajo puede haber existido un sesgo en el reconocimiento de expresiones faciales negativas ante la inexistencia de discriminación de expresiones faciales positivas, dado que ante expresiones faciales o situaciones sociales ambiguas los sujetos con ansiedad social atribuyen siempre un significado emocional.

Con el fin de controlar el posible efecto de este sesgo, Veljaca y Rapee (1998) han evaluado 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 ello se entrenó a ésta para que proporcionara de forma equitativa conductas positivas (sonreír, asentir, inclinar hacia delante el cuerpo) y negativas (bostezar, mirar al reloj o toser). Los resultados

¹ Estos trabajos se han realizado con población universitaria, siendo los sujetos clasificados con baja o alta ansiedad social en función de las puntuaciones obtenidas en uno o varios cuestionarios, a falta de la administración de una entrevista personal y sin cumplir necesariamente los criterios diagnósticos de fobia social según el DSM-IV

han mostrado que los sujetos con ansiedad social baja han cometido menos errores en la detección de las conductas positivas de la audiencia, mientras que los sujetos con ansiedad social alta han cometido menos errores en la detección de las conductas negativas, lo cual es consistente con el trabajo de Winton *et al.* (1995) y Esteves (1999).

Para llegar a esta conclusión, Esteves (1999) ha utilizado como estímulos los dibujos de rostros que expresan 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 el tiempo de latencia en la respuesta del sujeto (tiempo de reacción) y el número de errores. Los resultados muestran 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 han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con ansiedad social alta *vs.* baja.

Con una muestra clínica de sujetos con FSG y un grupo control compuesto por sujetos con trastornos de ansiedad, a excepción de la fobia social, Stopa y Clark (2000) también encuentran que los sujetos con FSG tienden a interpretar que las situaciones sociales ambiguas presentan un significado negativo, en comparación con el grupo control.

Todos estos datos parecen avalar la existencia de un sesgo atencional en el sujeto con fobia social hacia estímulos que puedan conllevar la posible evaluación negativa de los demás, lo que maximizaría la probabilidad de detectar y procesar información social de carácter negativo. En este sentido, tanto Clark y Wells (1995, 1997) como Rapee y Heimberg (1997) han propuesto sendos modelos explicativos que, aún cuando ponen su atención ante estímulos diferentes, suponen que este sesgo atencional puede representar un

mecanismo cognitivo que puede ayudarnos a comprender y explicar el inicio y/o mantenimiento de las respuestas de ansiedad social.

Para Clark y Wells (1995, 1997) lo relevante es el procesamiento del propio sujeto como objeto social mientras que para Rapee y Heimberg (1997) lo que determina el inicio y/o mantenimiento de la fobia social es la comparación que establece el sujeto respecto a sus propias capacidades frente a las posibles amenazas externas provenientes de la audiencia². A continuación nos detenemos en cada uno de estos modelos.

III.1.2.2. Modelo de Clark y Wells (1997)

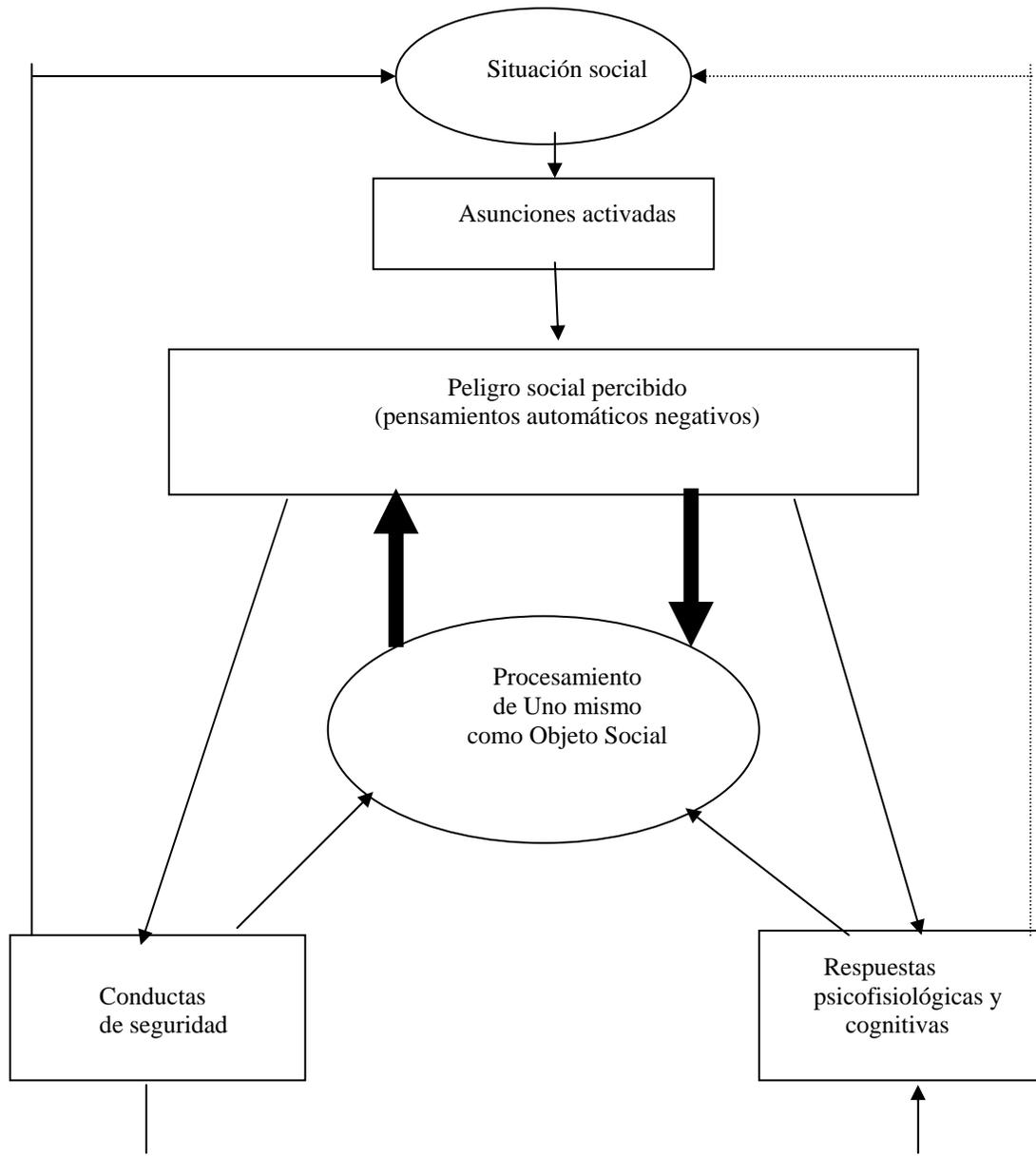
Su planteamiento está basado tanto en el modelo de procesamiento de la información autorregulatorio de los trastornos emocionales (Wells y Mathews, 1994) como en un trabajo previo de Clark y Wells (1995).

Aunque sólo se ha demostrado el papel del sesgo atencional a la hora de detectar información negativa en los demás, según el modelo que nos ocupa, el proceso crucial en el mantenimiento de la fobia social es el procesamiento autofocalizado negativo de uno mismo. Es decir, cuando el sujeto con fobia social se enfrenta a una situación social se produce un cambio en su foco atencional (véase la Figura III.1). Por tanto, se afirma que los sujetos con fobia social muestran un cambio atencional en las situaciones sociales caracterizado por un aumento de la atención autofocalizada, por lo que el sujeto generalmente informa que se percibe como el centro de atención. Ante esto, se activan los supuestos disfuncionales como consecuencia de las reglas rígidas que presentan los sujetos con fobia social y en función de las creencias negativas que tienen acerca de sí mismo. Los autores contemplan tres tipos de factores cognitivos: (1) reglas rígidas que gobiernan el

² El término audiencia es utilizado por estos autores tanto en su sentido más habitual (un grupo de personas que tienen la intención de observar) como para referirse a cualquier persona o grupo que potencialmente pueda percibir la respuestas psicofisiológicas de ansiedad o evaluar negativamente la conducta del sujeto. Por tanto, una situación social con carácter evaluativo sería cualquier situación en la que tal audiencia existe. De este modo, para que se produzca ansiedad no es necesario que exista una interacción entre la audiencia y la persona. Por ejemplo, un considerable número de sujetos con fobia social informa de un incremento de las respuestas de ansiedad sólo por tener que andar por la calle y describen su preocupación por el hecho de que la gente les pueda estar viendo y evaluando.

comportamiento en situaciones sociales, (2) supuestos disfuncionales y (3) creencias básicas acerca de sí mismo.

Figura III.1. Un modelo cognitivo de la fobia social (Clark y Wells, 1995)



1. Reglas rígidas

En primer lugar, una proporción elevada de sujetos con fobia social presenta reglas rígidas que gobiernan su conducta en situaciones sociales, tales como: “Siempre debo

mostrarme muy ingenioso y mostrar una gran fluidez verbal”, “nunca se deberían mostrar signos de ansiedad”, “siempre debo tener algo interesante que decir”. De esta forma pueden relacionarse con otras personas sin grandes dificultades, hasta que se encuentran ante una situación en la que se produce un incumplimiento en los estándares que ellos mismos se habían autoimpuesto. Clark y Wells (1997) postulan que después de este primer fracaso, las situaciones sociales se percibirían como peligrosas ya que podrían dar lugar a otros nuevos fracasos de índole social, lo cual contribuiría a un procesamiento negativo de la información (no se habría producido un sentido positivo del sí mismo) y a corto o medio plazo, conducir a una respuesta de escape y/o evitación ante situaciones sociales.

2. Supuestos disfuncionales

Éstos predispondrían a un procesamiento disfuncional autofocalizado, que sería central en la fobia social. Hacen referencia a representaciones explícitas de las consecuencias de comportarse según reglas rígidas. Por ejemplo: “si estoy callado pensarán que soy aburrido”, “si ven que tiemblo pensarán que soy estúpido”, “si me ven nervioso pensarán que soy un incompetente”

3. Creencias negativas acerca de sí mismo

En la fobia social estas creencias se centrarían sobre el sí mismo como un objeto social y se activarían en situaciones sociales (por tanto, no estarían permanentemente activadas). Ejemplos en este sentido serían: “Soy estúpido”, “Soy aburrido”, “Soy raro”. De acuerdo con la teoría de Beck, hablaríamos de la distorsión denominada “razonamiento emocional”. El modelo predice que en la fobia social la creencia está asociada a situaciones sociales específicas. Cuando el sujeto no se encuentra en situaciones sociales que le eliciten ansiedad, estas creencias básicas resultarían “menos creíbles”, pero se podrían activar tan pronto como se presentara un estresor social. También esquemas de este tipo serían los responsables de que el individuo sea vulnerable a interpretar las situaciones sociales como potencialmente peligrosas.

Todo este procesamiento distorsionado de la información se produciría en tres fases: (a) procesamiento anticipatorio, (b) procesamiento durante la situación social y (c)

procesamiento después de la situación social (“post-mortem” en palabras de los autores del modelo).

A. Procesamiento anticipatorio (antes de la situación social)

Antes de afrontar una situación social, los sujetos con fobia social revisarán con detalle lo que piensan que podría ocurrir así como las formas de hacerle frente. En la medida en que el sujeto comenzase a pensar en la situación, empezaría a percibir respuestas psicofisiológicas de ansiedad y establecería una predicción negativa acerca de su conducta en esa situación social. Según los autores, si el sujeto no logra detener o modificar sus pensamientos negativos, probablemente se enfrentará a la situación con una respuesta de ansiedad elevada, dado que se encuentra activado un modo de procesamiento autofocalizado. Dicho de otro modo, debido a la valoración de peligro asociada a las respuestas psicofisiológicas, el sujeto estaría hipervigilante ante el hecho de que los demás las puedan percibir y esto además incrementaría la intensidad subjetiva de dichas respuestas. De esta manera, la severidad de las respuestas cognitivas dependería de su interacción con el auto-procesamiento social.

Dos estudios recientes revelan que los sujetos con ansiedad social alta usan la percepción de sus propias respuestas psicofisiológicas para magnificar la visibilidad de sus respuestas de ansiedad y subestiman la calidad de su interacción social (Mansell y Clark, 1999; Papageorgiou y Wells, 1997). Así pues, sería la interpretación que el individuo hace acerca del significado social de las respuestas psicofisiológicas lo que mantendría e incrementaría las valoraciones de peligro. De acuerdo con el modelo que nos ocupa, a medida que se incrementase la intensidad de las respuestas psicofisiológicas, en parte como consecuencia del efecto paradójico de las conductas de seguridad, se incrementaría la percepción de peligro y la hipervigilancia. Los datos de un estudio experimental realizados por Mansell y Clark (1999) confirman que en la misma medida en que conforme el sujeto con fobia social focaliza más su atención en las respuestas psicofisiológicas, se produce un incremento en la autovaloración negativa acerca de cómo su interacción es percibida por los demás.

Las respuestas de ansiedad se interpretarían como un signo de fracaso inminente, en el sentido de que no se irían a alcanzar los estándares aceptables de comportamiento social, lo

cual tendrá una pérdida de estatus, pérdida de valía personal, rechazo y/o humillación. Como consecuencia, el sujeto daría respuestas de evitación para así prevenir el posible riesgo a una evaluación negativa por parte de los demás, lo que por otra parte le llevaría a disminuir las oportunidades de cuestionar y eliminar los juicios y creencias negativas, manteniéndose el trastorno.

Cuando la evitación activa de la situación no es posible, el sujeto puede optar por poner en práctica respuestas de evitación pasiva (*safety behavior*) dirigidas a reducir el riesgo de fracaso social. Estas consistirían en estrategias que la persona utilizaría para reducir en lo posible la probabilidad de que se produjese la evaluación negativa de los demás. Así, si la persona que teme que los demás le vean sudar, puede que opte por llevar ropa ligera, no quitarse la chaqueta o beber bebidas frías. Por tanto, constituyen respuestas de evitación, dado que pese a que el sujeto se encuentra en la situación, no se expone realmente a ésta y así logra que los estímulos elicitors de las respuestas de ansiedad no se presenten y por tanto, no se enfrenta a la posibilidad de que ocurra la posible consecuencia negativa.

De este modo, las respuestas de evitación pasiva mantendrían los pensamientos negativos, al interferir con la atención a la información externa y al impedir la exposición a las situaciones temidas. Este modo de actuar estaría ya previsto por el sujeto durante la fase de procesamiento anticipatorio y se llevarían a cabo durante la siguiente fase, con el objeto de reducirla frecuencia, duración e intensidad de las respuestas de ansiedad.

B. Procesamiento durante la situación social

Cuando el sujeto con fobia social se encuentra en una situación social, según este modelo, éste se ve a sí mismo como desde fuera de su cuerpo (despersonalización), contemplándose como un espectador externo, por lo que a este hecho se le ha denominado la “perspectiva del observador”. Desde esta perspectiva, los sujetos con fobia social usarían información interoceptiva para construir una imagen acerca de cómo aparecen ante los otros, llegando a asumir que dado que ellos se sienten mal o incómodos, este hecho es percibido claramente por los demás.

La imagen distorsionada de uno mismo desde la perspectiva del observador se mantiene por un procesamiento autofocalizado, así como por las respuestas de evitación pasiva. De

este modo, incluso aunque está disponible la información positiva acerca de sí mismo en una situación social, éste no la procesa ya que centra su atención en el procesamiento interno más que en el externo. Por el contrario, los sujetos que centran su atención en el procesamiento externo, pueden percibir el *feedback* de los demás. Esto es lo que Clark y Wells (1995) han definido como “perspectiva de campo”.

Con el fin de examinar el papel que podían jugar la perspectiva del observador y de campo en el inicio y/o mantenimiento de la fobia social, el equipo de Wells y Clark han llevado a cabo cinco estudios.

En primer lugar, con una muestra de sujetos con un diagnóstico de fobia social y otra compuesta por sujetos sin este trastorno, Wells, Clark y Ahmad (1998) han solicitado 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 tenían la situación en mente, 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 fobia social 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.

En la línea del trabajo anterior, Wells y Papageorgiou (1999) han solicitado a un grupo de sujetos con fobia social, 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 fobia social 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 fobia social. 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).

Posteriormente, Hackmann, Clark y McManus (2000) han requerido a una muestra de sujetos con fobia social que recordasen una situación social ansiógena vivida durante los últimos seis meses. Los resultados muestran que durante la situación social rememorada, 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, Surawy y Clark (1998) han observado que es un porcentaje superior de sujetos con fobia social, los que en comparación con los sujetos del grupo control, informan que durante la situación social experimentan imágenes negativas de si mismos desde la perspectiva del observador.

Con el fin de analizar la implicación práctica de las perspectivas del observador y de campo en el tratamiento de la fobia social, Wells y Papageorgiou (1998) han trabajado con una muestra de sujetos con fobia social generalizada. Estos autores han proporcionado a la mitad de ellos instrucciones para exponerse a situaciones sociales y a la otra mitad las mismas instrucciones de exposición más instrucciones concretas para que prestaran atención a los estímulos externos (con el objeto de pasar de una perspectiva de observador a otra de campo). Las situaciones sociales a las que se expusieron los sujetos eran diferentes para cada caso, ya que los autores atendieron a las situaciones que para cada sujeto elicita respuestas de ansiedad. Los resultados han mostrado que la exposición más atención a estímulos externos es superior a la exposición por si sola, aunque el tamaño muestral de este estudio (ocho sujetos) limita la generalización de los resultados. Este hallazgo sugiere la relevancia de incorporar la atención ante los estímulos externos (a fin de dejar de prestar atención a la información interoceptiva) como un componente a incorporar en futuros programas de tratamiento de la fobia social. Asimismo, estos resultados parecen apoyar el modelo cognitivo de Clark y Wells, al menos en lo referente a la importancia de que los sujetos desplacen su perspectiva de observador hacia la de campo, con el fin de disponer de información que les permita cuestionar y eliminar sus creencias erróneas respecto a su conducta en situaciones sociales.

Finalmente, Wells (1998) señala la importancia de que este componente (atención a los estímulos externos) no llegue a utilizarse como una respuesta de protección en sí misma,

dada la importancia de estas respuestas en el mantenimiento de la fobia social. De hecho, estos mismos autores apuntan al abandono de las respuestas de evitación pasiva como otro de los elementos a incorporar en cualquier tratamiento de la fobia social, puesto que éstas: (a) incrementan las respuestas de ansiedad (p. ej., concentrarse en intentar pronunciar adecuadamente las palabras puede interferir en la fluidez verbal), (b) impiden la desconfirmación, puesto que la no ocurrencia de los resultados temidos –el rechazo de los otros- se atribuye a la utilización de respuestas de evitación pasiva y no al hecho de que el resultado temido es improbable, (c) mantienen la auto-atención, ya que el sujeto sigue prestándose atención a sí mismo en vez de dirigirla al *feedback* que le proporcionan los demás y (d) “contaminan” la situación social, puesto que a menudo las respuestas de evitación pasiva son más perniciosas que “la catástrofe” que se quiere evitar (por ejemplo, al no mantener el contacto ocular, el sujeto puede parecer distraído y los demás le pueden juzgar como desinteresado o distante, lo cual lleva a que los demás no mantengan la conversación con él, verificándose la profecía autoanunciada: “no me hacen caso porque no soy interesante”).

Wells *et al.* (1995) han encontrado evidencia respecto a la importancia de las respuestas de evitación pasiva en el mantenimiento de la fobia social, pues los sujetos que recibieron una sesión de exposición más abandono de las respuestas de evitación pasiva han mostrado una mayor reducción de las respuestas de ansiedad social, en comparación con los sujetos tratados sólo con exposición. García-Palacios, Botella, Gallardo, Perpiñá y Ballester (1998) también han aportado datos acerca de la eficacia superior de la exposición más el abandono de las respuestas de evitación pasiva.

Con el fin de seguir aportando datos respecto a la importancia de estas respuestas en el mantenimiento de la fobia social, Alden y Bieling (1998) han realizado un estudio con una muestra de sujetos con ansiedad social baja y alta, en la que todos participaban en una situación social que consistía en iniciar y mantener una conversación con una persona desconocida. Aleatoriamente los sujetos con ansiedad social baja o alta fueron asignados a dos condiciones. En la primera se le indicaba a los sujetos que su tarea residía en conversar con una persona desconocida con la que le iba a costar trabajo ya que sus rasgos de personalidad sugerían que ambos tenían diferentes formas de pensar. En la segunda

condición se les señalaba al sujeto que le iba a resultar fácil conversar con la otra persona puesto que ambos tenían formas de pensar similares. Los resultados muestran 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 ha 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*)

Consiste en que, tras haber abandonado la situación, el sujeto vuelve mentalmente sobre ésta, analiza lo que piensa que ha acontecido, lo que cree que debería haber ocurrido y qué consecuencias podrían haber acaecido. Rachman, Grünter-Andrew y Shafran (2000) lo han renombrado como “procesamiento post-situación”. Además, estos autores han aportado datos empíricos que apoyan o avalan la entidad de esta definición. Así, los sujetos con ansiedad social alta informan que posteriormente a la situación social, piensan acerca de lo que ha sucedido, les cuesta trabajo controlar estos pensamientos, lo que interfiere en su capacidad para concentrarse en otras tareas, les cuesta trabajo olvidar lo vivido y desearían poder retroceder en el tiempo para cambiar cómo actuaron en esa situación, y como consecuencia, se plantean evitar situaciones sociales similares en el futuro.

Por otra parte, como hemos señalado en el punto anterior, dado el modo en que el sujeto con fobia social se comporta en situaciones sociales, éste presta escasa atención a la información proveniente de los demás, resultando poco probable que pueda haber percibido signos de aprobación social (*feedback* positivo). De esta forma, al revisar el sujeto cómo se ha relacionado con los demás, no tiene información que desconfirme sus expectativas y sin embargo, basándose en su información interoceptiva (en la percepción de sus respuestas de ansiedad), sí puede redefinir su conducta en esa situación como incompetente (“no lo he hecho bien, me he puesto nervioso, etc”). Por tanto, el comportamiento del sujeto con fobia social tras haber finalizado la situación social está dominado por la percepción negativa de sí mismo, por lo que tiende a valorar su conducta más negativamente de como realmente

fue. Así, aunque en un principio puede sentirse satisfecho de su conducta, tras el procesamiento *post-situación* puede maximizar la importancia de los eventos negativos y minimizar la de los positivos, por lo que finalmente la exposición a la situación social temida puede ser ineficaz si no se controla esta fase del procesamiento de la información.

Yendo más allá, Wallace y Alden (1995, 1997) han informado que incluso cuando los sujetos con fobia social generalizada habían resuelto de forma exitosa una interacción social, en vez de valorarlo como un hecho positivo, lo interpretaban como una sobrecarga de rol: “Ahora van a esperar más de mí la próxima vez que nos veamos”, “Hoy he tenido suerte, a lo mejor la próxima vez no lo hago tan bien y les defraudo”. Como consecuencia, al tratar de evitar que los demás se den cuenta de que ellos no van a ser capaces, y con el fin de no perder lo anteriormente conseguido (la resolución positiva de la interacción social), limitan sus nuevas interacciones sociales con ese grupo de personas (o con esa persona), argumentándolo como sigue: “Ya que he hecho algo bien, no quiero arriesgarme a hacerlo/exponerme otra vez y que me salga mal”.

Por otra parte, en el procesamiento *post-situación* puede estar influyendo un sesgo en el recuerdo de la información. En este sentido, Hope, Heimberg y Klein (1990) encontraron en una muestra de mujeres universitarias con ansiedad social alta que éstas recordaban menos 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), que previamente llevaron a cabo. Junto a esto, se puso de manifiesto que los sujetos con ansiedad social alta presentaban un procesamiento autofocalizado de la atención, el cual además correlacionaba de forma significativa con una mayor frecuencia de errores de omisión en la información.

En un estudio posterior, Hope, Sigler, Penn y Meier (1998) han replicado este trabajo incluyendo en este caso una muestra de universitarios con ansiedad social alta. Los resultados constatan que las mujeres presentan una tasa pobre de recuerdo de la conversación sostenida minutos antes. Sin embargo, no se corroboró la existencia de una correlación entre ansiedad social y tasa de recuerdo en los varones.

Por otra parte, Mansell y Clark (1999) han analizado la tasa de recuerdo de palabras con un contenido social positivo o negativo tras una charla improvisada. Para ello los autores presentaron un listado de adjetivos con un contenido social positivo o negativo a una muestra de sujetos con ansiedad social alta y baja y se les pidió que las clasificaran 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. Después de finalizar esa tarea a la mitad de la muestra se le informó que posteriormente tenían que dar una charla acerca de un tema que 30 segundos antes de empezar se les diría. Los resultados muestran que los sujetos con ansiedad social alta recuerdan 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.

Lundh y Öst (1996) presentaron 20 fotografías que mostraban caras de personas a las que previamente los sujetos de muestra clínica y de un grupo control habían identificado como críticas o amistosas, junto con otras 60 que los sujetos veían por primera vez. De las 20 fotografías originales, los sujetos con fobia social recordaban un número mayor de fotografías de caras que habían categorizado como críticas mientras que los sujetos del grupo control recordaban más las fotografías de caras interpretadas como amistosas.

En un trabajo llevado a cabo en España, se ha examinado en qué medida los sujetos con ansiedad social pueden presentar un sesgo atencional para recordar estímulos (adjetivos) con una valencia positiva o negativa. En contra de los estudios anteriores, Sanz (1996) ha hallado que los sujetos con ansiedad social alta recuerdan un mayor número de adjetivos de carácter social con una valencia positiva (ej, hablador, gracioso, animado).

III.1.2.3. Modelo de Rapee y Heimberg (1997)

Como supuesto previo, respecto a la discusión acerca de diferencias cuantitativas vs. cualitativas entre los subtipos de la fobia social, estos autores consideran que las semejanzas son mayores que las diferencias (es decir, diferencias cuantitativas más que cualitativas), por lo que señalan que el modelo que presentan puede aplicarse a cualquier subtipo de fobia social.

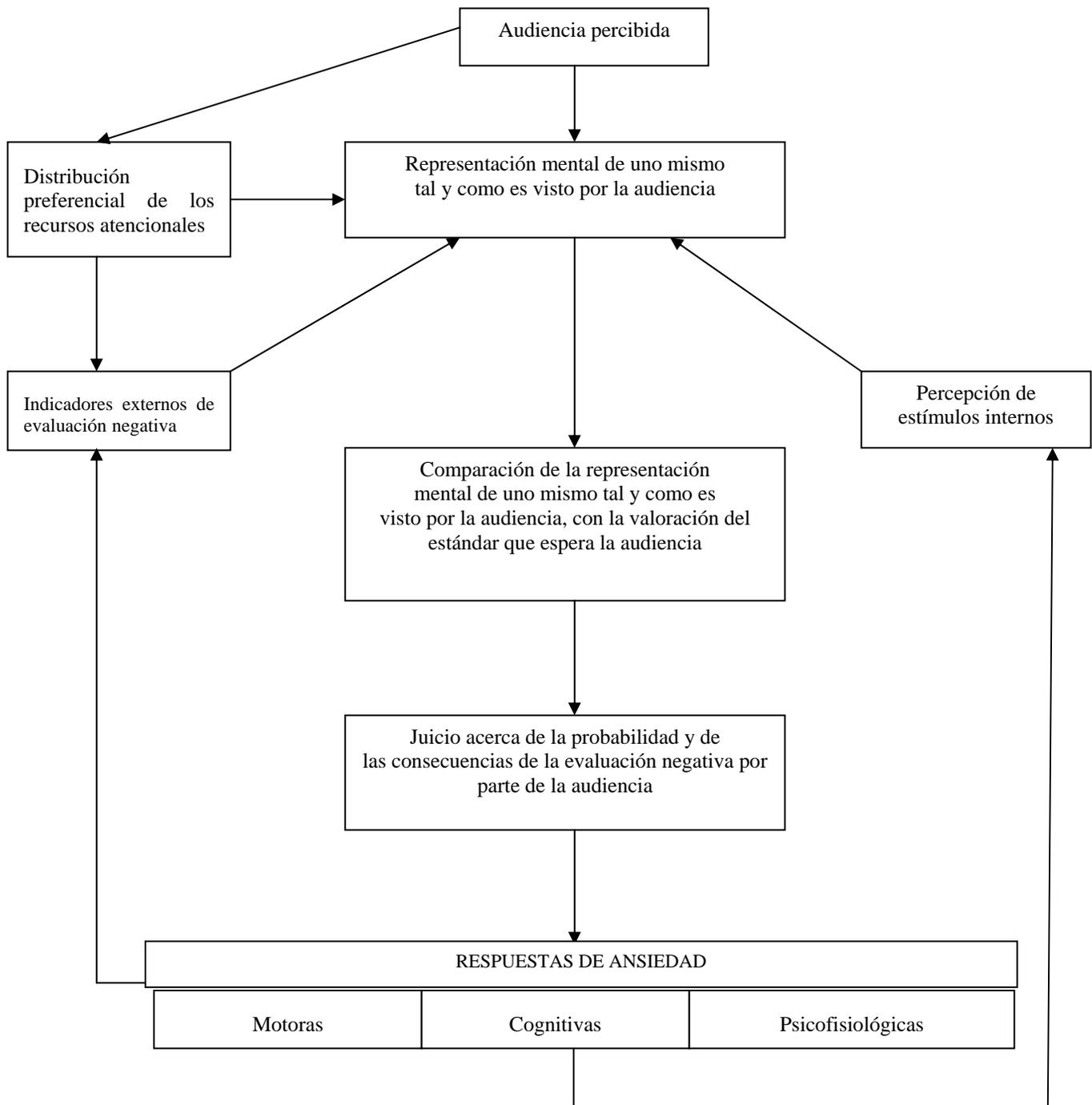
A diferencia del modelo de Clark y Wells, Rapee y Heimberg establecen que los procesos que generan y mantienen las respuestas de ansiedad social son esencialmente similares, independientemente de que el sujeto se encuentre en la situación social, la anticipe o la rememore (véase Figura III.2). Así, ante 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 su audiencia y, a la vez, centra sus recursos atencionales tanto sobre esta representación interna como sobre cualquier amenaza percibida en el entorno social.

La representación mental de la apariencia y de la conducta deriva de varios *inputs*:

- información de la memoria a corto plazo (basándose en la experiencia anterior en esa misma situación o en situaciones anteriores – historia de aprendizaje-)
- señales internas (respuestas psicofisiológicas)
- señales externas (*feedback* de la audiencia)

Respecto a los recursos atencionales, éstos se focalizan sobre los aspectos sobresalientes de la auto-imagen (de su propia representación mental acerca de la apariencia que causan a los demás) y sobre las amenazas externas potenciales, que en el caso de la fobia social se refiere a los indicadores de posibles evaluaciones negativas por parte de la audiencia (por ejemplo, signos de aburrimiento y rechazo).

Figura III.2. Modelo cognitivo de la fobia social de Rapee y Heimberg (1997)



Utilizando muestras clínicas de sujetos con fobia social generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y un grupo control, Amir, Foa y Coles (1998) han examinado en qué medida los sujetos con fobia social presentan un sesgo en la focalización de sus recursos atencionales hacia estímulos de carácter negativo. Para ello presentaron a 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 mi” (interpretación negativa). Los resultados han revelado que únicamente los sujetos con fobia social generalizada tienden a dar una interpretación negativa para los escenarios sociales ambiguos, incluso cuando es posible una interpretación positiva. Este sesgo no se produjo en los escenarios no sociales.

Empleando también situaciones sociales y no sociales de carácter ambiguo, es decir, para las que existen distintas posibles interpretaciones (pero sin que se les proporcionaran opciones específicas como en el anterior estudio), Constans, Penn, Ihen y Hope (1999) han analizado en sujetos universitarios con alta o baja ansiedad social (nuevamente determinado por la puntuación obtenida en un cuestionario) si los individuos con ansiedad social alta difieren en la focalización de su atención sobre los estímulos amenazantes de carácter social. Los resultados muestran que los sujetos con ansiedad social alta proporcionan más interpretaciones negativas de las situaciones de interacción social, pero no así de las situaciones no sociales, por lo que de nuevo el sesgo negativo se presenta específicamente ante situaciones sociales. Los autores de este trabajo sugieren que no es que los sujetos con ansiedad social alta tengan una propensión para interpretar de forma negativa eventos ambiguos sino que más bien se abstienen de realizar juicios positivos, es decir, más que un exceso de interpretaciones negativas sería un defecto de interpretaciones positivas.

Igualmente ante fotografías de caras de personas desconocidas, se ha encontrado que los sujetos con fobia social muestran un sesgo relativo a interpretar las caras presentadas como críticas (es decir, que era altamente probable que esas personas evaluaran negativamente a otras), mientras que los sujetos del grupo control han considerado esas caras como pertenecientes a personas que parecían amistosas (Lundh y Öst, 1996).

Por otra parte, según el modelo que nos ocupa, además de dirigir los recursos a estas amenazas externas y a la representación mental de la propia apariencia y conducta, el individuo establece comparaciones: (a) acerca de cómo cree que espera la audiencia verle, (b) con la valoración acerca de los estándares o normas situacionales que se presume tiene la audiencia y (c) para obtener una estimación acerca de cómo la audiencia percibe su comportamiento. Es decir, el sujeto con fobia social realiza una estimación acerca de si se está comportando de forma que se ajusta a los estándares que tiene la audiencia en esa situación dada. Esto es especialmente importante, ya que como Mahone, Bruch y Heimberg (1993) han observado, depende de cómo el sujeto atribuya a la audiencia una mayor o menor competencia social, se producirá o no un incremento de las respuestas de ansiedad. En este mismo sentido, en un estudio español también se ha encontrado un apoyo empírico acerca de la discrepancia que siente el sujeto con fobia social en relación a cómo le gustaría verse a sí mismo y cómo él cree que los demás le ven (Sánchez-Bernardos y Sanz, 1992).

La discrepancia entre la percepción del sujeto acerca de la valoración de la audiencia en relación con su comportamiento y su percepción de los estándares de la audiencia, para la evaluación de su conducta, determina la probabilidad percibida de que se produzca una evaluación negativa por parte de la audiencia y de la valoración acerca de las consecuencias sociales negativas que podría tener la evaluación negativa por parte de ésta. Además, la activación del componente cognitivo de la fobia social, el miedo a la evaluación negativa, elicitaría respuestas psicofisiológicas de ansiedad, las cuales influirían en la representación mental del individuo sobre cómo ve la audiencia su propia conducta, estableciéndose de nuevo el círculo vicioso.

SÍNTESIS

Tras lo expuesto en este punto, se constata la existencia de sesgos cognitivos en los sujetos con fobia social y cómo éstos están influyendo en la génesis y el mantenimiento de este trastorno. Pese a ello, después de un metaanálisis sobre la eficacia de la incorporación de la terapia cognitiva a las técnicas conductuales, Feske y Chambless (1995, p. 712) han llegado a la conclusión de que “la exposición con o sin reestructuración cognitiva es igualmente efectiva en el tratamiento de la fobia social. En ninguna de las comparaciones, los efectos de la exposición más reestructuración cognitiva eran superiores a los de la

exposición por sí sola”. Sin embargo, desde entonces ha crecido exponencialmente el número de trabajos que han investigado la influencia de las variables cognitivas en la fobia social, por lo que autores como Eysenck (1999) consideran que es posible que las aportaciones de los modelos de Clark y Wells (1997) y Rapee y Heimberg (1997) hayan contribuido a incrementar la eficacia del componente cognitivo y la importancia de su incorporación a la exposición. Dicho esto, se precisaría de nuevos metaanálisis que permitan arrojar luz a este respecto.

III. 2. TEORÍAS NEUROBIOLÓGICAS

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

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 fobia social se hipotetizó en base a la evidencia disponible que indicaba que las respuestas psicofisiológicas que experimentan los sujetos con fobia social (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 fobia social se halla en el hecho de que en algunos casos los sujetos a los que se ha administrado un antagonista β -adrenérgico (p. ej., propranolol) 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 (e.g., 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 fobia social, sólo uno de ellos experimentó respuestas de ansiedad. De igual modo, Stein *et al.* (1993) tampoco hallaron diferencias en sujetos con fobia social 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 cardíaca ni en el nivel de adrenalina, noradrenalina o cortisol en plasma entre un grupo compuesto por sujetos con fobia social 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 fobia social. 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 fobia social, 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 fobia social. 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 fobia social 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 fobia social.

III.2.1.2. Sistema Dopaminérgico

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

Sin embargo, esta hipótesis no ha encontrado su 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 fobia social 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 fobia social generalizada presentan diferencias en la captación estriatal de [123]- β -CIT] respecto al grupo control.

Por tanto, la información disponible no permite apoyar la hipótesis que postulaba que los sujetos con fobia social presentan una disfunción del sistema dopaminérgico. Los trabajos futuros podrían ir encaminados a estudiar la existencia de diferencias en el funcionamiento del sistema dopaminérgico en sujetos con fobia social generalizada respecto al subtipo específico.

III.2.1.3. Sistema Serotonérgico

Al igual que en el apartado anterior, el papel del sistema serotonérgico en la fobia social 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 fobia social

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 serotoninérgica 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 serotoninérgica. Los resultados no han mostrado diferencias entre el grupo de sujetos con fobia social *vs.* control en la respuesta de la prolactina a la administración de la fenfluramina, pero en cambio, los sujetos con fobia social 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 fobia social, 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 fobia social.

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 fobia social *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 fobia social.

En relación al segundo eje, Tancer, Stein, Gelernter y Uhde (1990) informaron que los sujetos con fobia social 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 fobia social, sujetos con trastorno de pánico y un grupo control, hallaron que los sujetos con fobia social 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 fobia social (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 fobia social, 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social, respecto a los del grupo control, presentaban diferencias en: (a) la relación N-acetil-aspartato/colina, siendo esta relación menor en los sujetos con fobia social, (b) la relación colina/creatinina/mioinositol y la relación mioinositol/N-acetil-aspartato, las cuales han sido superiores en los pacientes con fobia social. 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social generalizada, midiendo para ello la densidad de los lugares de la recaptación de dopamina. Los resultados ponen de manifiesto que los sujetos con fobia social 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 ¹⁵O 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 fobia social 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 fobia social. 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social.

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 fobia social 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 fobia social. En un intento de arrojar luz, Davidson (1998) ha hipotetizado que el subtipo generalizado de fobia social sería resultado de una disfunción de los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico, mientras que la fobia social 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 fobia social. 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 fobia social.

Respecto al papel del sistema inmunológico en la génesis de la fobia social, hasta el momento ninguno de los trabajos realizados ha encontrado diferencias significativas entre sujetos con fobia social 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 en el sentido de señalar que la investigación del posible papel de la psiconeurología en la fobia social es “un campo todavía en pañales” (Ballenger, Davidson, Lecrubier y Nutt, 1998), por lo que aún es preciso seguir profundizando en esta línea de trabajo para clarificar la posible función que las variables biológicas pueden desempeñar en el origen de la fobia social.

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

		AUTORES	DISEÑO	CONCLUSIONES
Sistemas de neurotransmisión	Sistema noradrenérgico	Papp <i>et al.</i> (1988) Stein <i>et al.</i> (1992) Stein <i>et al.</i> (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
		Levin <i>et al.</i> (1993)	FS vs. Control	No diferencias ni en la tasa cardíaca ni en los niveles de adrenalina, noradrenalina o cortisol
		Tancer <i>et al.</i> (1993) Tancer <i>et al.</i> (1995)	FS vs. Control FS vs. Control	Diferencias en el nivel de la hormona del crecimiento Diferencias en el nivel de la hormona del crecimiento
	Sistema dopaminérgico	Tancer <i>et al.</i> (1995)	FS vs. Control FSG vs. Control	No diferencias en la respuesta de la prolactina y la tasa de parpadeo de los ojos
		Tihonen <i>et al.</i> (1997)		Diferencias en la densidad de la recaptación de dopamina
	Sistema serotoninérgico	Stein <i>et al.</i> (1995) Tancer <i>et al.</i> (1995)	FS vs. Control FS vs. Control	No diferencias en la densidad de recaptación de paroxetina No diferencias de la respuesta de prolactina a fenfluramina
	Hollander <i>et al.</i> (1998)	FS vs. Control	Diferencias de la respuesta del cortisol a la fenfluramina Respuestas más elevadas de cortisol	
Sistema neuroendocrino		Potts <i>et al.</i> (1991) Uhde <i>et al.</i> (1994) Flinn y England (1997) Schmidt <i>et al.</i> (1997) Tenner y Kreye (1985) Kagan y Snidman (1991)	FS vs. Control FS vs. Control Niños tímidos vs. no tímidos Muestra comunitaria Muestra comunitaria	No diferencias en el nivel de cortisol No 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
	Tancer <i>et al.</i> (1990) Tancer <i>et al.</i> (1990)	FS vs. Control FS vs. Control	No diferencias en el T3, T4, T4 libre y TSH Diferencias en la presión sanguínea y tasa cardíaca	
Estudios de neuroimagen		Davidson <i>et al.</i> (1993) Tupler <i>et al.</i> (1997) Potts <i>et al.</i> (1994) Schneider <i>et al.</i> (1999) Stein y Leslie (1996) Tihonen <i>et al.</i> (1997) Nutt <i>et al.</i> (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 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 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 diferencias en las variables examinadas No diferencias en las variables examinadas

FS: Fobia social; FSG: Fobia social generalizada

III. 3. FACTORES HEREDITARIOS

Hasta el momento se han seguido dos caminos para determinar el papel de la herencia en la fobia social. El primero de ellos ha sido el de los estudios de gemelos y el segundo examinando los antecedentes familiares de los sujetos con fobia social. Respecto al primero, algunos estudios parecen indicar que la herencia puede participar en la transmisión de algún tipo de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de ansiedad (e.g., Nickell y Uhde, 1995). Con el fin de corroborar esta hipótesis vamos a examinar los trabajos en los que se estudian las tasas de concordancia entre gemelos monozigóticos y dizigóticos. En cuanto al segundo método, revisaremos los trabajos que se han centrado en el estudio de la prevalencia de familiares de sujetos con fobia social que también presentan este trastorno, evaluando en este punto en qué medida existen discrepancias en función de los subtipos de la fobia social 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 fobia social 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 fobia social.

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 fobia social. 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 fobia social.

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 fobia social 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 fobia social, 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 fobia social. Los resultados indicaron que la proporción de familiares con fobia social 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 fobia social, 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 fobia social, 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 hipotetizaron que si los antecedentes familiares juegan un papel en la fobia social, entonces los familiares de los sujetos con fobia social 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) fobia social 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 fobia social 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 fobia social, 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 fobia social tenían más probabilidad de presentar fobia social (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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social que también tenía ese trastorno ha sido estadísticamente superior a la proporción de sujetos con fobia social 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 fobia social entre los sujetos con fobia social y trastorno de pánico respecto a los familiares del grupo control pues sólo el 4% de los familiares de los sujetos con fobia social y trastorno de pánico cumplían los criterios diagnósticos de fobia social.

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 fobia social 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 fobia social 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 fobia social, 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 fobia social 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 fobia social generalizada también presentaban este trastorno (García-López y Olivares, 2000). Los resultados revelan que el 43.8% de los padres de hijos con fobia social generalizada cumplen también los criterios para el diagnóstico de la fobia social 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 fobia social 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 fobia social también presenta este trastorno de ansiedad.

Por otra parte, en un estudio posterior se ha evaluado en qué medida los hijos de padres con fobia social 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 fobia social, 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

SÍNTESIS

En la actualidad aún continúa el debate acerca del papel que juegan los factores genéticos *vs.* ambientales en la génesis de la fobia social. 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 fobia social. Aún más, se han hallado porcentajes especialmente altos de fobia social tanto en padres de hijos con este trastorno como en hijos de padres con fobia social. 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%.

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

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 <i>et al.</i>	1993	Entrevista personal	Familiares con FS en { sujetos con FS: 16% sujetos control: 5%
Fyer <i>et al.</i>	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 <i>et al.</i>	1996	Entrevista personal	Familiares con FS en { sujetos con FS: 15% sujetos con FS y TP: 4% sujetos control: 6%
Mannuzza <i>et al.</i>	1995	Entrevista personal	Familiares con FS en sujetos con FSG: 16% sujetos con FSE: 6%
Stein <i>et al.</i>	1998	Entrevista personal	Familiares con FSG en { sujetos con FSG: 26.4% sujetos control: 2.7%
Stemberger <i>et al.</i>	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 <i>et al.</i>	1989	Historia familiar	Niños con FS: 43% familiares con FS
Mancini <i>et al.</i>	1996	Entrevista personal	Padres con FS: 41% hijos adolescentes con FS

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

IV. FACTORES DE VULNERABILIDAD

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 pueden 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 de fobia social. 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

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 (v.gr. Ladd y Golter, 1988; Parke y Bhavnagri, 1989; 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) ha

indicado que la sobreprotección de la madre hacia el hijo puede ser un factor de vulnerabilidad más importante que la falta de cariño de éstas 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 seis estudios, cinco de ellos de carácter retrospectivo; es decir, basándose en el recuerdo que los sujetos adultos con fobia social tenían acerca de cómo sus padres les educaron. Parker (1979) encontró que los padres de hijos con fobia social eran más controladores y expresaban menos afecto que los padres de hijos sin ningún trastorno de conducta. Con una metodología de carácter retrospectivo, Arrindel, Emmelkamp, Mosma y Brilman (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 fobia social generalizada, 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 fobia social generalizada 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 presentan los sujetos y (b) en qué medida las actitudes de los padres de hijos con fobia social diferían de las existentes en los padres que integraban el grupo control. Los resultados revelaron que los sujetos con fobia social generalizada *versus* fobia social 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 fobia social (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 reciente 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 fobia social como sus madres informan que durante su infancia recuerdan 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) han observado 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.

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 han informado que los padres de niños ansiosos (incluidos los niños con fobia social) a menudo refuerzan las conductas de evitación y desalientan las conductas de exposición de sus hijos. En esta línea, Silverman y Kurtimen (1996) también han observado 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). La Tabla IV.1. muestra un cuadro sinóptico de lo expresado en este apartado.

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.

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
- ⌘ Sobreprotección de los padres hacia sus hijos
- ⌘ Percepción de los sujetos con fobia social 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”

IV.2. INFLUENCIA DE LOS PARES

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 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, Abwender, Ewell y Beery (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 Lloolis, 1990; Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986), ocasionando mayor interferencia en el caso de las chicas adolescentes (e.g., 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.

Tabla IV.2. Consecuencias a nivel de relaciones interpersonales para los sujetos con ansiedad social.

- ⇨ 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 la hipótesis formulada acerca de si los niños sumisos, rechazados o ignorados por sus compañeros presentarán más frecuentemente respuestas de ansiedad social que sus compañeros de clase, los resultados obtenidos en un elevado número de investigaciones avala esta hipótesis (Asher, Parkhurst, Hymel y Williams, 1990; Hope, Sigler, Penn y Meier, 1997; Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997; La Greca, Dandes, Wick, Shaw y Stone, 1988; La Greca y López, 1998). En concreto, en un estudio reciente, los sujetos identificados como rechazados informan tener mayor miedo a la evaluación negativa (evaluado mediante la subescala FNE del 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 del SAS-A --Inderbitzen *et al.*, 1997--).

Respecto a los sujetos designados como rechazados, estos autores los han clasificado y estudiado en función de si eran rechazados como resultado de una conducta agresiva de ellos hacia sus compañeros de clase o como consecuencia de una actitud sumisa o pasiva. 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 del 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 el SAD-G, 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) han evaluado los niveles de ansiedad social (también medidos a través del 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 del 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. Influencia de los iguales de cara a la presencia de ansiedad social

Rechazados		Ignorados	Sumisos
↑ FNE		↑ SAD-G	↑ puntuaciones SAS-A respecto a los "cooperativos" y "dominantes"
Sumisos	Agresivos		
↑ FNE en los sujetos sumisos rechazados vs. sumisos agresivos			

↑: Incremento en las puntuaciones

Empleando una muestra clínica de adolescentes con fobia social y un grupo control, Walters y Hope (1998) han observado que los primeros muestran una mayor frecuencia de conductas dominantes pero también de cooperativas respecto al grupo control, mientras que ambas condiciones no difieren 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.

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 de la fobia social.

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 estaban asociadas con la fobia social (Amies *et al.*, 1983; Darwill, Johnson y Danko, 1992; 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 la fobia social, Stemberger *et al.* (1995) han evaluado a través del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI; Eysenck y Eysenck, 1968) las dimensiones de extraversión y neuroticismo en sujetos con fobia social generalizada (FSG), fobia social específica (FSE) y un grupo control. Los resultados han revelado que los sujetos con FSG *vs.* sujetos del grupo control han mostrado puntuaciones estadísticamente más bajas en extraversión y más altas en neuroticismo. Respecto a los sujetos con FSE, no se han hallado 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) han examinado las variables de personalidad que subyacen en una población no-clínica de estudiantes universitarios. Para ello se ha administrado 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 muestran que para la FSE, el ASI es la mejor variable predictora (47% de varianza explicada) mientras que para la FSG lo es la subescala de neuroticismo del NEO (34%) seguido 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 ha administrado ningún formato de entrevista, el diagnóstico del subtipo de fobia social (FSG y FSE) se ha realizado a través de las puntuaciones del SPS y 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 presentes en los sujetos con fobia social

Relación entre subtipos de FS y variables de personalidad			Variables predictoras
FSG vs. Control	FSE vs. Control	FSG vs. FSE	FSG: Neuroticismo FSE: Miedo a las respuestas de ansiedad
↑ Neuroticismo ↓ Extraversión	↑ Neuroticismo = Extraversión	↑ Neuroticismo ↓ Extraversión	

↑: Incremento, ↓: Decremento, =: 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; Hirschfeld *et al.*, 1992; Mick y Telch, 1998; Rosenbaum *et al.*, 1988, 1991, 1993) 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) han informado 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 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.

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 u 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.

Tabla IV.5. Descripción del constructo IC y su relación con 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”

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.

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, p. 305) el cual delimita la timidez como “la propensión a responder con una elevada ansiedad, una notable conciencia de si mismo y retraimiento en una serie de contextos sociales”. Por otra, Pastor y Sevillá (2000, p. 32) 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”.

Tras examinar la literatura sobre timidez y fobia social, uno de los aspectos más llamativos es la diferencia en las tasas de prevalencia para ambas condiciones. Estas oscilan entre un 20% y un 40% para estudiantes universitarios que se consideraban tímidos (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 fobia social alcanzaba un 23% cuando no se tenían en cuenta los criterios de malestar e interferencia.

Stemberger *et al.* (1995) han evaluado las diferencias en las tasas de timidez infantil entre sujetos adultos con FSE, FSG y sujetos sin ningún trastorno psicopatológico (grupo control). Los resultados indicaron 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. Las diferencias sólo fueron significativas entre sujetos con FSG frente a los sujetos del grupo control, lo que sugiere que la timidez infantil puede presentarse más frecuentemente en sujetos con el subtipo generalizado.

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.

¹ Estos autores adaptan los cuestionarios de Zimbardo (1977) y Pilkonis (1977) y los administran 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.

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

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.

IV.6. HABILIDADES SOCIALES

En palabras de Caballo (1993), “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 Tordella (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).

Por ello, 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 ésto 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. No obstante, 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 ha 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 de fobia social. 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 a la tercera fuente de variables estudiadas, las relativas a la personalidad, parece estar clara la correlación entre ansiedad social y baja extraversión y alto neuroticismo, si bien para el subtipo específico de la 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 la génesis de la fobia social. 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 era 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 podía 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 podrían 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. EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL

A pesar de que el propio Watson (1925) admitió que “lo que los psicólogos han llamado pensamiento no es más que el hablar consigo mismo” (p. 191), las primeras investigaciones en evaluación psicológica se centraron en el estudio de la conducta manifiesta a través de la observación. Sin embargo, durante los años 80 el empleo de los autoinformes se generalizó, dejando en segundo término las pruebas de observación (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 metaanalítico realizado recientemente en nuestro país, Rosa (1997) ha informado 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 Macià, 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. LA ENTREVISTA

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.

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 relativa 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) han informado que el coeficiente kappa es adecuado ($k=0.64$), éste es inferior al encontrado en el ADIS-R. Actualmente estos autores están llevando a cabo un estudio con un mayor tamaño muestral para corroborar este dato.

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 (1987) (LSAS)

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) y validez de criterio (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Holt, Heimberg, Hope y Liebowitz, 1992), mostrándose asimismo sensible al cambio terapéutico tanto en estudios psicofarmacológicos (Davidson *et al.*, 1993; 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) han encontrado que la estructura de dos factores no se ajusta bien a los datos (ejecución vs. interacción), sugiriendo como alternativa una estructura de cuatro factores. Además, Cox *et al.* (1998) han hallado que el LSAS no evalúa de forma independiente las respuestas cognitivas y motoras, ya que se han encontrado 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) han encontrado que el LSAS posee una adecuada consistencia interna y validez convergente y discriminante.

Por último, hay que señalar que la principal ventaja de este instrumento es su fácil administración, si bien no puede aplicarse como cuestionario ya que se requiere del juicio clínico para determinar el diagnóstico de la fobia social.

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

Davidson *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 fobia social, 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 alta fiabilidad interjueces y es sensible al cambio terapéutico. En otro estudio más reciente y con un mayor tamaño muestral ($N=275$), Davidson *et al.* (1997) han encontrado 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 han sido sistemáticamente más bajos en la subescala de respuestas psicofisiológicas, siendo ésta la única que no ha correlacionado significativamente con la LSAS. Estos autores apuntan que ello puede ser debido a que en la muestra ha existido una baja proporción de sujetos con fobia social 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 la fobia social (McNeil, Ries y Turk, 1995). Por último, estos autores

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

han encontrado en su estudio una estructura de seis factores, lo cual contrasta con el modelo de tres factores propuesto inicialmente por los autores de la entrevista.

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; Kobak, 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) han desarrollado 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). 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 y ADIS-IV) han sido las modalidades de entrevista personal más empleadas en los estudios que se han llevado a cabo sobre fobia social, 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 el LSAS dispone de datos más o menos consistentes acerca de sus propiedades psicométricas, aún no se ha probado la utilidad del BSPS en el campo de la fobia social.

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 Friend desarrollaron estos instrumentos para evaluar las respuestas de ansiedad social² 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 al 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 el FNES pretende evaluar el componente cognitivo, el 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 del FNES.

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 el FNES como en el SADS. La fiabilidad test-retest fue de 0.68 y 0.78 en el FNES y 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 el FNES ni el SADS diferenciaron correctamente entre sujetos con fobia social 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 situaciones sociales, por lo cual no resultaban instrumentos válidos para evaluar la fobia social. 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 fobia social 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 fobia social debían haber obtenido mayores puntuaciones que los sujetos con otros trastornos. Asimismo, Oei, Kenna y Evans (1991) encontraron que si bien el FNES y el SADS poseían una buena consistencia interna, no permitían discriminar entre sujetos con fobia social, un

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.

grupo de sujetos con ansiedad generalizada y otro que incluía sujetos diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia.

Por otra parte, el 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 el 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 (1999) han puesto de manifiesto que tanto el FNES como el SADS posee buenas propiedades psicométricas en población adolescente y adulta de lengua española.

Por último, Leary (1983a) dió a conocer los datos de un estudio relativo a una versión breve del 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 el FNES y 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, el SIAS tiene como fin medir las respuestas de ansiedad en las interacciones sociales, mientras el SPS fue diseñado 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 el SIAS y 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 el SIAS estaba más relacionado con medidas de interacción social, mientras el SPS correlacionaba sólo con una medida de ansiedad de actuación. En esta línea, Cox *et al.* (1998) señalan que el SIAS correlaciona altamente con las subescalas de situaciones sociales del LSAS mientras el SPS muestra correlaciones más altas con la subescala de ejecución del LSAS. Por otra parte, Ries *et al.* (1998) informan que mientras el SIAS muestra correlaciones significativas con los pensamientos positivos y negativos que se generan durante una prueba observacional consistente en iniciar y mantener conversaciones, el SPS correlaciona con el tiempo empleado en otra prueba observacional (hablar en público). De igual modo, Norton, Cox, Hewitt y McLeod (1997) han encontrado que el SPS y el SIAS aparecen relacionados con diferentes variables de personalidad.

Respecto a la validez discriminante, Heimberg *et al.* (1992) y Mattick y Clarke (1998) han informado que los sujetos con fobia social puntúan más alto en el SIAS y SPS que los del grupo control. En esta línea, Rapee, Brown, Antony y Barlow (1992) hallaron en su estudio que los sujetos con fobia social mostraban puntuaciones más elevadas en el SIAS que los sujetos con otros trastornos de ansiedad frente a un grupo control. En este sentido, estudios que han comparado sujetos con fobia social 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 el SIAS identificó correctamente al menos al 86% de los sujetos con fobia social y un 76% empleando el SPS. Asimismo, el

³ Si bien citamos el año en que han sido publicados los resultados, éstos se corresponden al estudio de 1989, los cuales habían sido referenciados hasta 1998 como “manuscrito no publicado”

número de sujetos sin fobia social correctamente diagnosticados ha sido del 70% a través del SIAS y el 72% mediante el SPS, siendo la eficacia media del SIAS del 75% y de un 73% para el 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 el SIAS ha permitido diferenciar entre sujetos con otros trastornos de ansiedad o un grupo control, el SPS no pudo distinguir a sujetos con fobia social respecto de aquellos diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia. Estos autores consideran que una posible explicación es el hecho de que una elevada proporción de sujetos con trastorno de pánico y agorafobia presentaba un diagnóstico adicional de fobia social (41%). Sin embargo, en un estudio reciente, Peters (2000) ha informado que tanto el SIAS como el SPS permiten discriminar entre sujetos con fobia social y sujetos con un diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Respecto a la diferenciación de las escalas establecida por los autores de las escalas en relación con su función (SIAS para evaluar el subtipo generalizado o situaciones de interacción social y el SPS para el subtipo específico o situaciones de actuación social), Heimberg *et al.* (1992) hallaron que mientras que el SIAS sí permitía discriminar entre ambos subtipos, no lo hacía así el SPS. Este resultado puede ser debido a que la mayoría de sujetos con FSG también presentaba ansiedad ante situaciones que implicaban actuación delante de otros. Por contra, en un estudio reciente, Ries *et al.* (1998) comparan 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 informan que si bien el SIAS permite discriminar entre los sujetos con FSG (con o sin TPE) y quienes informaban MHP, el SPS puede diferenciar entre los sujetos que han recibido un diagnóstico de FSG y TPE frente a los sujetos que presentan MHP, pero no parece discriminar entre sujetos con FSG con respecto a los otros grupos.

Por otra parte, varios estudios han indicado que tanto el SIAS como el 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 recientes han examinado la estructura factorial del SIAS y del 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, han encontrado 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 del SIAS, precisamente aquellos que requerían una puntuación inversa. Una limitación a estos resultados es el hecho de que el 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) han encontrado 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 mis respuestas de ansiedad (sudoración, enrojecimiento). De este modo, el SIAS evalúa la ansiedad ante las interacciones sociales y parece mostrarse unifactorial, mientras que el 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 (2000) se constata que tanto el SIAS como el 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.* (2000) muestran valores de fiabilidad excelentes para ambas escalas en población adulta española.

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 el 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).

Turner, Beidel, Dancu *et al.* (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, Beidel *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 (e.g., Cox, Ross, Swinson y Drenfeldt, 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) han hallado que la subescala de Fobia social correlaciona mejor con medidas de ansiedad social que la puntuación *Diferencia*, mientras que los datos de la validez discriminante sugieren que la puntuación *Diferencia* puede 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 fobia social 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) han demostrado 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 fobia social y otros trastornos de ansiedad (Peters, 2000; Turner, Beidel *et al.*, 1989; Turner, Stanley, Beidel y Bond, 1989) y entre los subtipos de fobia social (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) han encontrado 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 (e.g., 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) han estudiado las propiedades psicométricas del SPAI en población adolescente española, el primero que se realiza en España. Estos autores han empleado un elevado tamaño muestral (N=3160) y un rango de edad de 14-17 años (M=15.29, SD=0.91). Los resultados muestran, 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 son 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 ha corroborado 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 reciente en muestra universitaria española (García-López *et al.*, 2000) ha revelado que: (a) la subescala de Fobia Social ha correlacionado altamente con el apartado relativo a la fobia social dentro del ADIS-IV-L, (b) la puntuación *Diferencia* del SPAI ha correlacionado en menor medida con la subescala de Agorafobia y (c) la subescala de Fobia Social ha mostrado poseer mejor fiabilidad test-retest. Finalmente, Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (2000) han propuesto puntos de corte con el objeto de permitir discriminar a los sujetos con fobia social 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.

V.1.2.1.4. Escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A)

A diferencia del SPAI, el SIAS o el SPS, el SAS-A 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 López (1998) desarrollaron esta escala a partir de la Escala revisada de Ansiedad Social para Niños (SASC-R; La Greca y Stone, 1993), modificando únicamente el lenguaje empleado. Así, el término “niño” en el SASC-R ha sido modificado por “compañeros”, “otras personas” o “gente” en el SAS-A. Al igual que el SASC-R, el 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 Ansiedad y Evitación Social ante Extraños (SAD-N; 6 ítems) y la subescala de Ansiedad y Evitación Social ante gente en General (SAD-G; 4 ítems).

En un estudio reciente, La Greca y López (1998) han estudiado las propiedades psicométricas del 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 superiores han sido encontrados en un estudio con población clínica de esta misma nacionalidad: FNE (0.94), SAD-N (0.87) y SAD-G (0.80) (Ginsberg, La Greca y Silverman, 1998).

Por lo que respecta a la población española, los datos de dos estudios recientes con población comunitaria apoyan la fiabilidad de esta escala y la estructura tridimensional propuesta por los autores originales de la escala (Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999) así como de su buena fiabilidad test-retest (García-López *et al.*, 2000; Ruiz, Olivares, Hidalgo y García-López, 2000).

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. El 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) han puesto 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 del IAS en población adulta española.

V.1.2.1.6. *Escala de auto-afirmaciones en situaciones sociales (SISST)*

El SISST fue construido 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 el SISST frecuentemente ha sido aplicado en el contexto de los test situacionales que evalúan las habilidades sociales del sujeto adulto (véase V.2.1).

El 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)

V.1.2.1.7. *Inventario de situaciones interpersonales (IIS)*

Recientemente Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999) han desarrollado 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 han derivado 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 del BSPS (véase V.1.1.3.2.), Connor *et al.* (2000) han desarrollado recientemente 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 el BSPS. Asimismo los autores proponen un punto de corte de la escala (puntuación de 19) de cara a distinguir entre sujetos con y sin fobia social 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 la fobia social, como ocurre en el SPS y SIAS.

V.1.2.1.9. Cuestionario de confianza para hablar en público (PRCS)

Esta escala fue diseñada originalmente por Gilkinson (1942) y posteriormente modificada 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) han constatado 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 puntis (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) han hallado que este cuestionario se ha mostrado sensible para medir la eficacia de tratamientos psicológicos para el miedo a hablar en público.

V.1.2.1.11. Auto-afirmaciones ante una situación de hablar en público (SSPS)

Hofmann y DiBartolo (2000) han creado esta escala con el objeto de medir las respuestas cognitivas relativas a la situación de hablar en público. El SSPS contiene 10 ítems que se puntúan según una escala Likert de 6 puntos (rango: 0-5) y al igual que éste, consta de dos subescalas: la subescala de autoverbalizaciones positivas y la de autoverbalizaciones negativas. Respecto a los datos psicométricos, distintos estudios han informado que el SSPS posee una buena validez convergente y discriminante (Hofmann y DiBartolo, 2000).

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 esta escala 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 fobia social (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 *et al.* (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 ha ocurrido 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).

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 27% de la población manifestaba miedo al fracaso y a las interacciones personales y un 29% 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)*

Esta escala recoge 89 ítems que evalúan miedos generales, puntuándose según una escala Likert de cinco puntos (Wolpe, 1983). Utilizando un análisis discriminante, Stravynski, Basoglu, Marks, Sengun y Marks (1995) han examinado si el FSS puede discriminar correctamente entre tres tipos de fobia: fobia social, fobia específica y agorafobia (al igual que el FQ). Los resultados han señalado que esta escala permite distinguir entre estos tres trastornos de ansiedad y, en concreto, estos autores informan que el 100% de los sujetos con fobia social pudieron ser diagnosticados correctamente.

SÍNTESIS

En general, el SPAI se ha mostrado como el instrumento de evaluación más empleado en los estudios publicados, dada las excelentes propiedades psicométricas que posee tanto en población adolescente como adulta en distintas lenguas (española, inglesa o alemana), si bien durante los últimos años se ha incrementado notablemente el número de estudios que evalúan las propiedades psicométricas del SIAS y 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 el SIAS y 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- e.g., Beidel y Turner, 1998-). De igual modo, resulta conveniente seguir evaluando la relevancia del FNES y 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 del FSS e 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.

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 fobia social

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 fobia social 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 habían diferencias significativas en el nivel de las habilidades sociales que presentaba una muestra compuesta por sujetos con fobia social generalizada 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 fobia social mostraban una ansiedad elevada ante situaciones que implicaban interacción social, la gran mayoría de sujetos con fobia social 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. Asimismo, 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, Jacob y Cooley, 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 fobia social, Hofmann, Gerlach, Wender y Roth (1997) han evaluado aspectos moleculares tales como duración del contacto ocular, frecuencia de muletillas y de pausas

durante la conversación. Los resultados han puesto de manifiesto que los sujetos con fobia social, en comparación con los del grupo control, informan una duración y frecuencia superior de las pausas que se producen durante la charla, existiendo diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales, lo cual es consistente con el trabajo de Lewin, McNeil y Lipson (1996). Por el contrario, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la duración del contacto visual o en la frecuencia de muletillas, lo cual está 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) han encontrado 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) ha señalado que la observación puede 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 han sugerido que 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), puede 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

En este apartado examinaremos las medidas psicofisiológicas empleadas 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 la 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 fobia social 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 *et al.* (1995) y Beidel *et al.* (1985) han hallado que los sujetos con fobia social presentan tasas cardíacas significativamente superiores que los del grupo control. Por otra parte, Rapee *et al.* (1992) y Cardiola, Perna, Arancio, Bertani y Bellodi (1997) utilizando como registro psicofisiológico una mezcla de dióxido de carbono y oxígeno, han distinguido entre sujetos con fobia social frente a otros trastornos de ansiedad. Finalmente, Dimberg (1997) ha encontrado que los sujetos con miedo a hablar en público muestran una mayor actividad electromiográfica negativa en los músculos faciales ante la presentación de fotografías de personas que presentan caras de enfado.

Sin embargo, en España, Bados y Saldaña (1987) hallaron que ni la presión sanguínea ni la tasa cardíaca fueron 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) han encontrado que ni el nivel de conductancia de la piel ni la tasa cardíaca permitieron diferenciar entre una muestra compuesta por sujetos universitarios con miedo a hablar en público y otra en la cual los sujetos no lo presentaban.

En relación a si los registros psicofisiológicos permiten distinguir entre los subtipos de la 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 fobia social específica (p. ej., miedo a hablar en público) presentan una mayor tasa cardíaca, mientras que los sujetos con fobia social generalizada presentan respuestas más heterogéneas, más variables. McNeil, Ries y Turk (1995) han sugerido que los primeros siguen un patrón similar a otras fobias, mientras el subtipo generalizado presenta respuestas fisiológicas más similares a trastornos como el de ansiedad generalizada.

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 la 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, 1997).

VI, REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS

VI.1. INTRODUCCIÓN

Dentro de los trastornos de ansiedad la fobia social ha sido hasta fechas recientes el menos conocido e investigado (c.fr. 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). Desde entonces la investigación sobre este campo se ha incrementado exponencialmente, desarrollándose tanto tratamientos psicofarmacológicos como psicológicos, de tal forma que actualmente estamos en un punto en el cual es posible realizar un análisis de los resultados 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 relación a los tratamientos psicológicos, la mayoría de estudios han empleado distintas variantes de la técnica de exposición (exposición gradual o inundación), entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, técnicas cognitivas o una combinación de éstas (programas multicomponentes).

Respecto a los tratamientos psicofarmacológicos, si bien existe un menor número de trabajos, distintos estudios sugieren que la fobia social puede remitir ante modalidades de esta intervención (c.fr. Potts y Davidson, 1995). En este sentido, en las páginas que siguen vamos a examinar la evidencia disponible referente a la eficacia de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) tanto reversibles como irreversibles, los betabloqueantes, las benzodiazepinas, 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. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

VI.2.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS, en adelante)

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, Marzilleir, Lambert y Kellet (1976) compararon la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales (EHS) frente a la desensibilización sistemática (DS) y a 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 de que estos sujetos pudieron haber cumplido los criterios de fobia social 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 postest 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 o 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 solo y combinado con TRE. En ambos grupos los sujetos informaron una reducción de las respuestas de ansiedad social en el postest, 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

fobia social 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 terapia racional emotiva 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 diagnosticados de fobia social 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 otras 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.2.2. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN (ER, en adelante)

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 *et al.*, 1992; Alström, 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, 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. 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) han comparado un programa de tratamiento cognitivo-conductual integrado por exposición,

autoinstrucciones y relajación frente al mismo pero sin el componente de relajación. Los resultados han puesto de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en el posttest 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.2.3. 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.fr. García-López, Olivares y Méndez, 1999; Olivares, Méndez y Macià, 1997; van Dyck, 1996). Con el objetivo de examinar el efecto de la exposición en la fobia social se han llevado a cabo siete investigaciones.

En primer lugar, Alström *et al.* (1984) asignaron aleatoriamente una muestra de sujetos con fobia social 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 ambas 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 deviene de 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) han informado que un sujeto diagnosticado de fobia social generalizada y al que se ha proporcionado un tratamiento de exposición y se le ha facilitado un manual de autoayuda ha mostrado 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 han

considerado que “la mejoría obtenida al terminar la terapia no es espectacular” (p. 324), los datos generados por un seguimiento al año ponen de manifiesto que los beneficios se mantienen a largo plazo. Similares resultados se han encontrado en otros estudios (v.gr., Hope y Heimberg, 1993; Turner, Cooley-Quille y Beidel, 1996).

Recientemente, Mulkens, Bögels y de Jong (1999) han desarrollado 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 han comparado la eficacia del TCT frente a la exposición en un sujeto con fobia social y cuyo principal temor era el ponerse rojo delante de otras personas. Los resultados han mostrado que la exposición fue más eficaz que el TCT tanto en el posttest como en un seguimiento a corto y largo plazo, cuando los autores evalúan los resultados de uno u otro tratamiento; pero sin embargo, no se proporcionan 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.

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.2.4. OTRAS INTERVENCIONES 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) TRE, (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).

Como hemos señalado con anterioridad, Emmelkamp *et al.* (1985) compararon tres condiciones: exposición, EA y TRE. La exposición se mostró superior a los dos tratamientos cognitivos en la reducción de las respuestas psicofisiológicas y motoras, pero inferior en la disminución de las respuestas cognitivas. Por otra parte, Jerremalm *et al.* (1986) evaluaron la eficacia de un grupo que recibió relajación frente a otro al que se aplicó EA y a un grupo control de lista de espera. Los resultados pusieron de manifiesto la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos, siendo éstos superiores al grupo control. En 1989 Mersch *et al.* examinaron la eficacia de la TRE frente al EHS. Los datos también mostraron la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

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 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 de control, sin que aparezcan diferencias estadísticamente significativas entre los efectos generados por las técnicas cognitivas.

Finalmente, Heimberg *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 posttest 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 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 *et al.*, 1995), aunque a día de hoy se desconoce su eficacia frente a un grupo control.

Finalmente, 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 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 si 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.2.4.1. 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 posttest 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 fobia social 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 posttest 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 la 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. 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

¹ El estudio de 1989 fue el primero que se llevó a cabo, si bien sus resultados se publicaron con anterioridad al trabajo aparecido en 1988

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 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 fobia social 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) han observado que los valores obtenidos en los autoinformes y de acuerdo a la menor proporción de sujetos que necesitaron un tratamiento tras el postest, el tratamiento que incluía sólo exposición ha sido el más eficaz a largo plazo, y por el contrario, el tratamiento combinado ha 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 fobia social y cuyo principal temor era sudar, temblar o ponerse rojos 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 ha encontrado 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) ha proporcionado tratamiento individual a una muestra de sujetos con fobia social, 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 han sido superiores al grupo control pero no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos. Tampoco se han hallado 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) han comparado el paquete de tratamiento CBGT frente a un tratamiento que consistía en exposición y a un grupo control de lista de espera. Ambas intervenciones han sido superiores al grupo control. Sin embargo, los resultados han mostrado 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 han señalado que problemas metodológicos tales como el escaso tamaño muestral o la insuficiente potencia estadística (38%) pueden haber sesgado los resultados.

En España, Salaberría y Echeburúa (1995b) han evaluado el peso del componente cognitivo en un tratamiento cognitivo-conductual. Para ello, estos autores han establecido 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 han indicado que las condiciones experimentales han sido superiores al grupo control, pero no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos. En base a estos resultados, estos autores consideran que no parece justificada la aplicación sistemática del componente de reestructuración cognitiva en el tratamiento de exposición. Por último, estos autores han

considerado que 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 tres meta-análisis sobre la relevancia de la adición de las técnicas cognitivas al tratamiento de exposición. Mientras que Taylor (1996) ha encontrado el tamaño del efecto más alto en las intervenciones que han incorporado las técnicas cognitivas a la exposición, Gould *et al.* (1997) ha informado que el tamaño del efecto más alto pertenecía a los tratamientos de exposición y Feske y Chambless (1995) han señalado que el componente cognitivo no ha contribuido significativamente a una reducción de las respuestas de ansiedad social, dado que los datos han puesto de manifiesto 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.3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LOS 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

FENELZINA

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) han llevado a cabo un estudio en el que se ha comparado un programa de tratamiento cognitivo-conductual (CBGT), un tratamiento psicofarmacológico (fenelzina) y dos grupo 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 han mostrado 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 postest, aquellos a los que se había administrado fenelzina mostraron un retroceso en la mejoría obtenida tras el tratamiento (Heimberg *et al.*, en prensa).

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 (ISRSs) 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 tres estudios en los que se ha evaluado la eficacia de esta sustancia. En ellos se administró brofaromina a un grupo de sujetos con fobia social 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 fobia social 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 mg de esta sustancia pero no así con una dosis de 600 mg. 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. Asimismo al ser ambas sustancias reversibles y selectivas para la isoenzima A de la MAO (la brofaromina y la moclobemida) 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.

VI.3.2. BETABLOQUEANTES

La mayoría de estudios con betabloqueantes se han llevado a cabo con sujetos que han presentado una 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 *et al.* (1996) han observado que el atenolol parece ser más eficaz en los sujetos que presentan el subtipo específico de la fobia social. Por otra parte, pese a que actualmente el propranolol 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 ansiedad 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 fobia social, 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 fobia social 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 fobia social 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) han examinado la eficacia del clonazepam en 40 sujetos diagnosticados de fobia social. Los resultados indican 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 mg.). 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) han puesto 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) han llevado a cabo un estudio para comparar la eficacia del bromazepam frente a un placebo en 60 sujetos con fobia social. Los resultados han puesto 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 (ISRSs)

De acuerdo con lo expuesto previamente, los IMAOs y las benzodiazepinas (especialmente el clonazepam) 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 ISRSs (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y paroxetina)

pueden ser una alternativa para el tratamiento de la fobia social (Schneier, Juster, Heimberg y Liebowitz, 1996).

SERTRALINA

Cinco 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% (Czepowicz *et al.*, 1995; Martins, Pigott, Bernstein, Doyle y Smolka, 1994; Munjack y Flowers, 1994; Van Ameringen, Manciani y Streiner, 1994). Incluyendo un grupo control compuesto por sujetos a los que se ha administrado un placebo, Katzelnick *et al.* (1995) ha constatado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que había recibido sertralina vs. placebo.

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 postest que oscila entre un 67% y un 77% (Black, Uhde y Tancer, 1992; Schneier, Chin, Hollander y Liebowitz, 1992; Sternbach, 1990; Van Ameringen, Mancini y Streiner, 1993). No obstante, pese a que puede constatarse la utilidad de esta sustancia, a día de hoy se carece de estudios que hayan comparado la fluoxetina con un grupo control o con otros tratamientos psicofarmacológicos o psicológicos.

FLUVOXAMINA

Hasta el momento se han llevado a cabo dos estudios en los que se compara un grupo al que se administra fluvoxamina frente a un grupo control al que se facilita un placebo (den Boer *et al.*, 1994; Van Vliet, den Boer y Westenberg, 1994). Los resultados han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

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 fobia social generalizada

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 fobia social. Por otra parte, empleando un diseño intrasujetos, Mancini y Van Amerigen (1996) han puesto de manifiesto la eficacia de esta sustancia en sujetos con fobia social generalizada. Junto a esto, Stein, Chartier *et al.* (1996) han llevado a cabo un estudio dividido en dos fases sobre la eficacia de la paroxetina en 36 sujetos con fobia social generalizada. Durante la primera fase, se ha administrado este fármaco a lo largo de 11 semanas. Los resultados han revelado 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 han encontrado diferencias significativas entre ambas condiciones, los autores de este estudio han señalado que ello puede ser debido a la baja potencia estadística detectada (60%). Los autores han concluido señalando: (1) la eficacia de la paroxetina en el tratamiento de la fobia social 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) y Stein *et al.* (1998) han hallado diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de sujetos con fobia social generalizada a los que se administró paroxetina *vs.* grupo control que recibió un placebo.

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 fobia social 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 fobia social 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. Bupropión

Con un diseño N=1, Emmanuel, Lydiard y Ballenger (1991) informaron sobre la eficacia de esta sustancia en un sujeto diagnosticado de fobia social, por lo que se precisa de un mayor número de estudios que avalen o no los resultados de este trabajo. Además, Potts y Davidson (1995) han señalado que si bien su experiencia con este fármaco no ha sido alentadora, puede ser una alternativa a otros tratamientos psicofarmacológicos ya que el bupropión carece de efectos serotoninérgicos y tiene una selectiva acción catecolaminérgica.

VI.3.5.3. 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 bupiriona 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) han demostrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos que recibió bupiriona *vs.* placebo.

Debido a la pobreza de estos resultados, algunos autores han sugerido que la bupiriona 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) han evaluado la eficacia de incorporar la bupiriona a un tratamiento psicofarmacológico con ISRSs. Los datos han señalado que la bupiriona potenció el efecto de los ISRSs y puede ser una alternativa para aquellos sujetos que han mostrado sólo una respuesta parcial a los ISRSs.

VI.3.5.4. 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.3.5.5. Ondansetrona

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.3.5.6. Gabapentin

Recientemente se ha publicado el primer trabajo sobre esta sustancia, el cual ha sido llevado a cabo por Pande *et al.* (1999), quienes informan de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos a los que se administra

gabapentin frente a los que recibieron un placebo. Además, 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 fobia social, aunque como es obvio se precisa de un mayor número de investigaciones que repliquen los resultados de este estudio.

VI.3.5.7. 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 fobia social. 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.4. COMPARACIÓN ENTRE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS

Hasta el momento tres estudios han investigado la eficacia de los tratamientos psicológicos frente a los psicofarmacológicos y dos 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 postest los sujetos a los que se 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 *et al.* (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.

Finalmente, Heimberg *et al.* (1998) han comparado la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual (CBGT) respecto a un tratamiento psicofarmacológico (fenelzina) y dos grupos control, uno al que se ha administrado un placebo y otro compuesto por sujetos a los que se proporciona 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 ha llevado 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 ha encontrado que la fenelzina ha mostrado 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 ha sido 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 había proporcionado el tratamiento psicológico han mantenido sus beneficios obtenidos tras la intervención, mientras que el 50% de los que había administrado fenelzina han mostrado un retroceso (Heimberg *et al.*, 1998).

Respecto a aquellos estudios que han evaluado la utilidad de combinar componentes psicológicos y psicofarmacológicos, se ha encontrado que en ninguno de los dos trabajos la adición de los tratamientos psicofarmacológicos ha potenciado la eficacia de la intervención psicológica (Clark y Agras, 1991; Falloon *et al.*, 1981).

En general se conoce poco sobre los beneficios o efectos de combinar tratamientos psicológicos con psicofarmacológicos, especialmente en la fobia social generalizada. 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 fobia social, 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, 1994) 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.

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. Sin embargo, la revisión llevada a cabo indica que los tratamientos cognitivo-conductuales han demostrado su eficacia en este trastorno. Respecto a si la adición del componente cognitivo es relevante para el tratamiento de la fobia social, los datos no permiten inclinar la balanza hacia uno u otro lado. 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 ISRSs. 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 benzodiazepinas pueden ser también una alternativa a los IMAO y a los ISRS, 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 ISRSs y en el caso de no responder a éstos, las benzodiazepinas 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 fobia social.

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) 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. Estos autores también han evaluado 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.

PARTE EXPERIMENTAL

I. INTRODUCCIÓN

Faltan sólo dos años para que se cumpla un siglo desde que, por primera vez, fuese utilizada por Janet (1903) la expresión “phobie du situations sociales” para describir a sujetos que temían hablar en público, tocar el piano en público o escribir mientras les observaban. Pero hubieron de transcurrir todavía 63 años más para Marks y Gelder (1966) delimitaran tal expresión de modo que incluyera “temor a beber, comer, ruborizarse, escribir o desmayarse en presencia de otras personas”, todo ello impregnado por “el miedo a parecer ridículo” mientras se realiza una tarea en presencia de otras personas. Y tres años más para que el propio Marks (1969) propusiera formalmente el concepto de fobia social que sería formalmente adoptado 11 años más tarde por la APA (1980) e incorporado dentro de los trastornos de ansiedad en el DSM-III (pero limitando el diagnóstico de fobia social a temores específicos o circunscritos --actuar ante otros-- hasta 1987, año en el que la APA ampliaba esta definición inicial en su DSM-III-R incluyendo también un tipo generalizado --interactuar con otros--). Estos criterios, los del DSM-III-R han permanecido prácticamente inalterados en el DSM-IV (APA, 1994), pues, la única modificación introducida ha sido la relativa a la inclusión del trastorno por evitación en la infancia que se recogía de forma independiente en el DSM-III-R.

Ahora bien, si en el ámbito de su conceptualización formal la demora entre la propuesta inicial y la final ha necesitado más de 70 años para que tal categoría fuese aceptada y utilizada en el ámbito de la evaluación diagnóstica, todavía han tenido que transcurrir 20 años más para que se iniciara la investigación de su tratamiento en la adolescencia; de hecho, es ahora cuando lo estamos iniciando. Cabe preguntarse el por qué de esta tardanza?. Podemos responder a esta pregunta desde una perspectiva general y también de desde otra particular. Desde la óptica general quiera recordarles que cuando Augusto Comte justificaba hace doscientos años su propuesta de una nueva ciencia, la Sociología (denominada inicialmente por él “física social”), argumentaba que muy probablemente tal demora se debía a la propia complejidad del hecho social, para justificar así el que empezáramos a ocuparnos de las cuestiones sociales mucho más tarde de lo que lo habíamos hecho con la Física o la Química, por ejemplo. Para nosotros la razón se halla en que probablemente de lo último que se da cuenta el pez es de que vive en el agua.

Desde una perspectiva específica, el retraso en la investigación de procedimientos de evaluación y tratamiento aplicados a los adolescentes que presentan fobia social tiene otras razones. Entre ellas podemos citar el concepto mismo de adolescencia y los propios 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). Pero paradójicamente este el momento de nuestra existencia 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.

En todo caso lo que parece evidente es que no debemos demorar más la investigación y el tratamiento de este viejo trastorno que lleva conviviendo con y entre los humanos probablemente desde el inicio mismo de nuestra existencia como tales; aunque, eso sí, recientemente descubierto. Pero la tarea no es fácil. A la conceptualización del problema y los estudios epidemiológicos que deben facilitarnos su comprensión y la naturaleza de su extensión, debe seguir el diseño, la elaboración y validación tanto de instrumentos de evaluación como de tratamientos específicos, y todo ello supone un proceso lento que no puede obviar ni las diferencias de género, ni las culturales, ni la importancia de las variables evolutivas. Pero en ello estamos. De hecho, este trabajo pretende arrojar luz en la investigación y tratamiento de la fobia social en la adolescencia.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El propósito general de este trabajo es validar tres programas de tratamiento específicos para la población adolescente española con fobia social generalizada. En concreto, nuestra investigación tiene tres objetivos: (1) validar para población española el paquete de tratamiento titulado *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents* (CBGT-A; Albano, Marten y Holt, 1991), hasta la actualidad el único dirigido a población adolescente con fobia social; (2) construir dos modalidades de intervención para dicha población: una primera, denominada *Social Effectiveness Therapy for Adolescents* (SET-A), desarrollada de acuerdo con los programas creados por los doctores Turner y Beidel (1994,1996) para población adulta (SET) e infantil (SET-C) y una segunda, diseñada a partir del análisis de los componentes de los programas CBGT-A y SET-A, la cual se ha denominado *Intervención en Adolescentes con Fobia Social* (IAFS) y (3) estudiar las relaciones de eficacia-eficiencia entre las distintas modalidades de tratamiento, empleando para ello el tamaño del efecto.

Cada una de estas intervenciones pretende dotar a los sujetos de la información, las destrezas y los recursos necesarios para reducir los niveles de ansiedad en las situaciones que implican interacción social así como entrenar en habilidades para hablar en público. Para evaluar la consecución de nuestro objetivo hemos analizado experimentalmente las siguientes hipótesis:

1. Si aplicamos cada uno de los tratamientos, cabe esperar que los efectos generados por éstos presenten frente al grupo control diferencias pre-post-seguimiento estadísticamente significativas, hallándose:

- 1.1. Una disminución en las respuestas de ansiedad social, medidas éstas a través de instrumentos de evaluación específicos para la fobia social:
 - 1.1.1. El Inventario de Fobia y Ansiedad Social (SPAI) en la:
 - 1.1.1.1. Subescala de *Fobia Social*
 - 1.1.1.2. Puntuación de *Diferencia*
 - 1.1.2. La puntuación *Total* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)
 - 1.2.3. La Escala de Confianza para Hablar en Publico (PRCS)
- 1.2. Un decremento de los valores obtenidos en las escalas que miden el componente cognitivo de la fobia social:
 - 1.2.1. La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES)
 - 1.2.2. La subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE) del SAS-A

- 1.3. Una reducción en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios diseñados específicamente para evaluar las respuestas de evitación social:
 - 1.3.1. Escala de Ansiedad y Evitación Social (*SADS*)
 - 1.3.2. Subescala de ansiedad social ante extraños (*SAD-N*) del *SAS-A*
 - 1.3.3. Subescala de ansiedad social ante gente en general (*SAD-G*) del *SAS-A*
- 1.4. Un incremento en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios que miden el nivel de habilidades sociales de los sujetos:
 - 1.4.1. La Escala de *Asertividad*
 - 1.4.2. La Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (*EHSPA*)
- 1.5. Una eliminación y/o descenso de los valores obtenidos en la Escala de *Adaptación*, que evalúa el grado de interferencia que ocasiona la fobia social en áreas tales como la vida social, familiar, de pareja o el rendimiento académico
- 1.6. Un incremento de la puntuación obtenida en la Escala de *Autoestima*
- 1.7. Una eliminación o reducción en el número de situaciones sociales fóbicas incluidas en la sección de fobia social de la entrevista semiestructurada *ADIS-IV*

2. Cabe esperar que en los efectos generados por cada uno de los tratamientos, éstos presenten diferencias pre-post-seguimiento estadísticamente significativas respecto a sí mismos en las medidas obtenidas en los autoinformes mencionados en el punto anterior

3. Cabe esperar que en los efectos generados por cada uno de los tratamientos, éstos presenten diferencias pre-postest estadísticamente significativas respecto a sí mismos en las medidas obtenidas en:

Los resultados de la prueba observacional, tanto la relativa a la situación de “Iniciar y Mantener Conversaciones” como la de “Hablar en Público” en:

- 3.1. Los aspectos moleculares, esperándose un incremento de la variable *Nº de frases por minuto* y un decremento de los valores de las variables *frecuencia* y *duración de los errores producidos durante la conversación*.
- 3.2. Los aspectos molares, hipotetizándose un incremento en los valores de:
 - 3.1.2.1. Mirada
 - 3.1.2.2. Calidad vocal
 - 3.1.2.3. Duración de la conversación
 - 3.1.2.4. Bienestar
 - 3.1.2.5. Fluidez
 - 3.1.2.6. Puntuación Total de la escala

4. Si tenemos en cuenta el tamaño del efecto, cabe esperar que éste sea mayor en:

- 4.1. Los programas de tratamiento que integran *reestructuración cognitiva* (CBGT-A e IAFS) en comparación con el SET-A en las variables dependientes:
 - 4.1.1. FNES
 - 4.1.2. subescala FNE del SAS-A
- 4.2. Los programas de tratamiento que dedican mayor tiempo al *entrenamiento en habilidades sociales* (SET-A y el IAFS) en comparación con el CBGT-A en las variables dependientes:
 - 4.2.1. Escala de Asertividad
 - 4.2.2. EHSPA
- 4.3. La variable dependiente *Autoestima* en el IAFS, ya que incluye biblioterapia específica sobre este tema
- 4.4. La variable dependiente “Confianza para hablar en público”, operacionalizada como la puntuación total alcanzada en el *PRCS*, en los programas de tratamiento que incluyen entrenamiento en habilidades para hablar en público (SET-A e IAFS) en comparación con el CBGT-A

5. De cara a valorar la significación clínica de los cambios operados por los tratamientos aplicados a los sujetos experimentales, si tomamos como criterio:

- 5.1. El no cumplimiento de los criterios diagnósticos de la fobia social, entonces deberán darse diferencias estadísticamente significativas entre los efectos de:
 - 5.1.1. los tratamientos frente al grupo control en el postest
 - 5.1.2. los tratamientos frente al grupo control en el seguimiento
 - 5.1.3. el SET-A frente al IAFS, a favor de este último en el postest
 - 5.1.4. el CBGT-A frente al IAFS, a favor de este último en el postest
 - 5.1.5. el SET-A frente al IAFS, a favor de este último en el seguimiento
 - 5.1.6. el CBGT-A frente al IAFS, a favor de este último en el seguimiento
 - 5.2. Una reducción del 75% del número de situaciones sociales temidas en el pretest, entonces deberán darse diferencias estadísticamente significativas entre los efectos de:
 - 5.2.1. los tratamientos frente al grupo control en el postest
 - 5.2.2. los tratamientos frente al grupo control en el seguimiento
 - 5.2.3. el SET-A frente al IAFS, a favor de este último en el postest
 - 5.2.4. el CBGT-A frente al IAFS, a favor de este último en el postest
 - 5.2.5. el SET-A frente al IAFS, a favor de este último en el seguimiento
 - 5.2.6. el CBGT-A frente al IAFS, a favor de este último en el seguimiento
-

III. MÉTODO

III.1. SUJETOS

III.1.1. RECLUTAMIENTO

El reclutamiento de los sujetos se llevó a cabo en tres fases. Véase Figura 3.1 para un resumen sinóptico (pág. 186).

1ª FASE

Se administró el SPAI a una muestra de 3440 estudiantes de 2º FP-I, 3º y 4º ESO o su equivalente, 1º y 2º BUP, en 13 centros educativos de la Región de Murcia (véase tabla 3.1). Previamente a la administración de este cuestionario 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 3.1. Centros educativos (Fase I)

<i>CENTRO DOCENTE</i>	<i>LOCALIDAD</i>	<i>TIPO DE CENTRO</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>1. Colegio P.P. Franciscanos</i>	Cartagena ciudad	UPR	3.7
<i>2. Colegio Los Maristas</i>	Cartagena ciudad	UPR	8.7
<i>3. Colegio Santa Joaquina de Vedruna</i>	Cartagena ciudad	UPR	1.6
<i>4. Instituto Isaac Peral</i>	Cartagena ciudad	UPB	10.9
<i>5. Instituto Jiménez de la Espada</i>	Cartagena ciudad	UPB	8.7
<i>6. Instituto Carlos III</i>	Cartagena ciudad	UPB	1.0
<i>7. Instituto El Bohío</i>	Cartagena comarca	RPB	9.0
<i>8. Instituto Saavedra Fajardo</i>	Murcia ciudad	UPB	12.5
<i>9. Instituto Floridablanca</i>	Murcia ciudad	UPB	17.5
<i>10. Instituto Miguel Espinosa</i>	Murcia ciudad	UPB	6.1
<i>11. Instituto Miguel de Cervantes</i>	Murcia ciudad	UPB	8.7
<i>12. Instituto Infante Juan Manuel</i>	Murcia ciudad	UPB	7.4
<i>13. Instituto Ramón y Cajal</i>	Murcia ciudad	RPB	4.2

UPB: Urbano y público; UPR: Urbano y privado; RPB: Rural y público

De los 3440 adolescentes, seis (0.2%) declinaron participar en el estudio y 274 fueron excluidos de los análisis estadísticos debido a la existencia de items no contestados correctamente o bien que los sujetos tuvieran una edad igual o superior a 18 años. La muestra definitiva fue de 3160 sujetos: 1534 chicos (48.54%) y 1626 chicas (51.46%). El rango de edad fue de 14-17 años ($M=15.236$, $DT=0.911$; M: Media; DT:

Desviación típica). En la tabla 3.1. puede observarse la distribución de los sujetos que componen la muestra definitiva en cada uno de los centros educativos. Una descripción de las características descriptivas del SPAI en función del género y la edad puede encontrarse en Olivares *et al.* (1999) (véase el Anexo I).

El procedimiento fue el siguiente: Durante una semana, ocho colaboradores (seis mujeres y dos hombres) administraron el SPAI en 98 clases de los centros educativos anteriormente citados. En cada clase entraba un único colaborador. Éste repartía el cuestionario entre los alumnos asistentes y proporcionaba las instrucciones acerca de cómo cumplimentarlo. La participación era estrictamente voluntaria. Los sujetos que rechazaron participar en el estudio (0.2%) no podían abandonar la clase pero sí dedicar ese tiempo a tareas escolares. Los alumnos que cumplimentaron el SPAI lo hicieron en aproximadamente 40 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

Dado que hasta la fecha en la que se realizó esta fase no existían puntos de corte del SPAI para la población adolescente, como criterio de selección se empleó la media más una desviación típica hallada a partir de los datos generados en la fase anterior. De este modo, se seleccionaron 422 sujetos que presentaban una puntuación igual o superior a 74 en la puntuación Diferencia del SPAI. De éstos, 228 (54%) pudieron ser localizados en ocho institutos y dos colegios privados¹.

El procedimiento en esta fase fue como sigue: Dos colaboradores acudían a las clases en las que se encontraban los sujetos seleccionados ($\text{SPAI-Dif} \geq 74$) 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, se seleccionó una muestra de estudiantes control ($\text{SPAI-Dif} < 74$). Así, la muestra estuvo compuesta por 303 sujetos: 228 con una puntuación

igual o superior a setenta y cuatro en la puntuación Diferencia del SPAI y 75 sujetos con una puntuación inferior. 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 y en el caso de que uno de los sujetos control no se encontrara en clase, se designaba otro al azar. Los sujetos nombrados abandonaban la clase y eran acompañados por los colaboradores hasta una sala en donde completaban una batería de cuestionarios (véase tabla 3.2). 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. 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. La entrevista completa se administró a los sujetos que poseían una puntuación igual o superior a 74 y únicamente la sección de fobia social para los sujetos control. Si tras la evaluación los sujetos control presentaban un diagnóstico de fobia social, se les administraba la entrevista completa.

Después del proceso de evaluación, la muestra total estuvo compuesta por 202 sujetos con un diagnóstico de fobia social y 101 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 a los sujetos que en la primera fase nos habían proporcionado sus nombres y que no habían sido seleccionados para la segunda fase. Para más detalle, véase el artículo de García-López *et al.* (1999) en el Anexo II.

Tabla 3.2. Relación de pruebas aplicadas durante la fase II
1. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)
2. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)
3. Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA)
4. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES)

¹ La baja tasa de sujetos localizados se debe en parte a la decisión de no continuar con este estudio expresada por 2 institutos (Miguel de Cervantes y Ramón y Cajal) y un colegio privado (Los Maristas).

5. Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADS)

Respecto a los sujetos con 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, lo cual no permite optimizar la eficacia del tratamiento en función del grado o la severidad de la fobia social. A fin de dar respuesta a esta cuestión, hemos considerado dos criterios para identificar a un sujeto con el subtipo generalizado. En primer lugar, se ha adoptado el criterio sugerido por Turner, Beidel y Townsley (1992) quienes entienden que el subtipo generalizado debe incluir a los sujetos que informan ansiedad ante situaciones de interacción social tales como iniciar y mantener conversaciones o acudir a reuniones sociales, frente al subtipo específico que englobaría a los que muestran ansiedad ante situaciones como beber, escribir o hablar en público. O dicho de otro modo, se distingue entre ansiedad ante las interacciones sociales (fobia social generalizada) y ansiedad de actuación (fobia social específica).

En segundo lugar, dentro del subtipo generalizado nosotros hemos diferenciado entre fobia social levemente generalizada (FSLG), fobia social moderadamente generalizada (FSGG) y fobia social gravemente generalizada (FSGG). Para ello, tomamos como base la sección de fobia social del ADIS-IV. Esta sección consta de 13 items 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. Respecto al subtipo generalizado, los items se distribuyen entre los tres subtipos 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 interacción 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, 23 sujetos presentaron un diagnóstico de fobia social específica, 85 fueron clasificados como FSLG, 67 cumplieron los criterios de FSMG y 27 fueron identificados como FSGG.

Puesto que el objetivo de esta investigación es intervenir en adolescentes con fobia social generalizada, la posibilidad del tratamiento fue ofrecida a los sujetos con FSMG y FSGG (N=94), los cuales también 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 paterno. 59 adolescentes (62.77%) aceptaron el tratamiento y 35 (37.23%) lo rechazaron alegando motivos tales como interferencia en sus estudios, dificultad de desplazamiento, no considerar que tenían un problema que requería atención psicológica o bien no desear pedir el consentimiento a sus padres (éste fue el motivo más frecuentemente indicado por los sujetos). De estos 35 se seleccionó al azar una muestra de 20 sujetos que son los que integran el grupo control en este estudio. A los sujetos clasificados como FSE o FSLG, los cuales no eran objeto de nuestro estudio, se les informó acerca de la posibilidad de remitirles a un especialista. Tan sólo el 7% de ellos nos indicaron que evaluarían esa posibilidad.

3ª FASE

En esta fase de la evaluación se llevó a cabo una sesión informativa con los padres e hijos. En una primera parte 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. En una segunda parte, mientras los padres cumplimentaban unos cuestionarios de cara a recoger información adicional acerca de sus hijos, estos últimos acudían a una sala, donde cumplimentaban una nueva batería de cuestionarios, los cuales, junto con los anteriores, fueron empleados como instrumentos de evaluación en el pretest (véase tabla 3.3). 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.

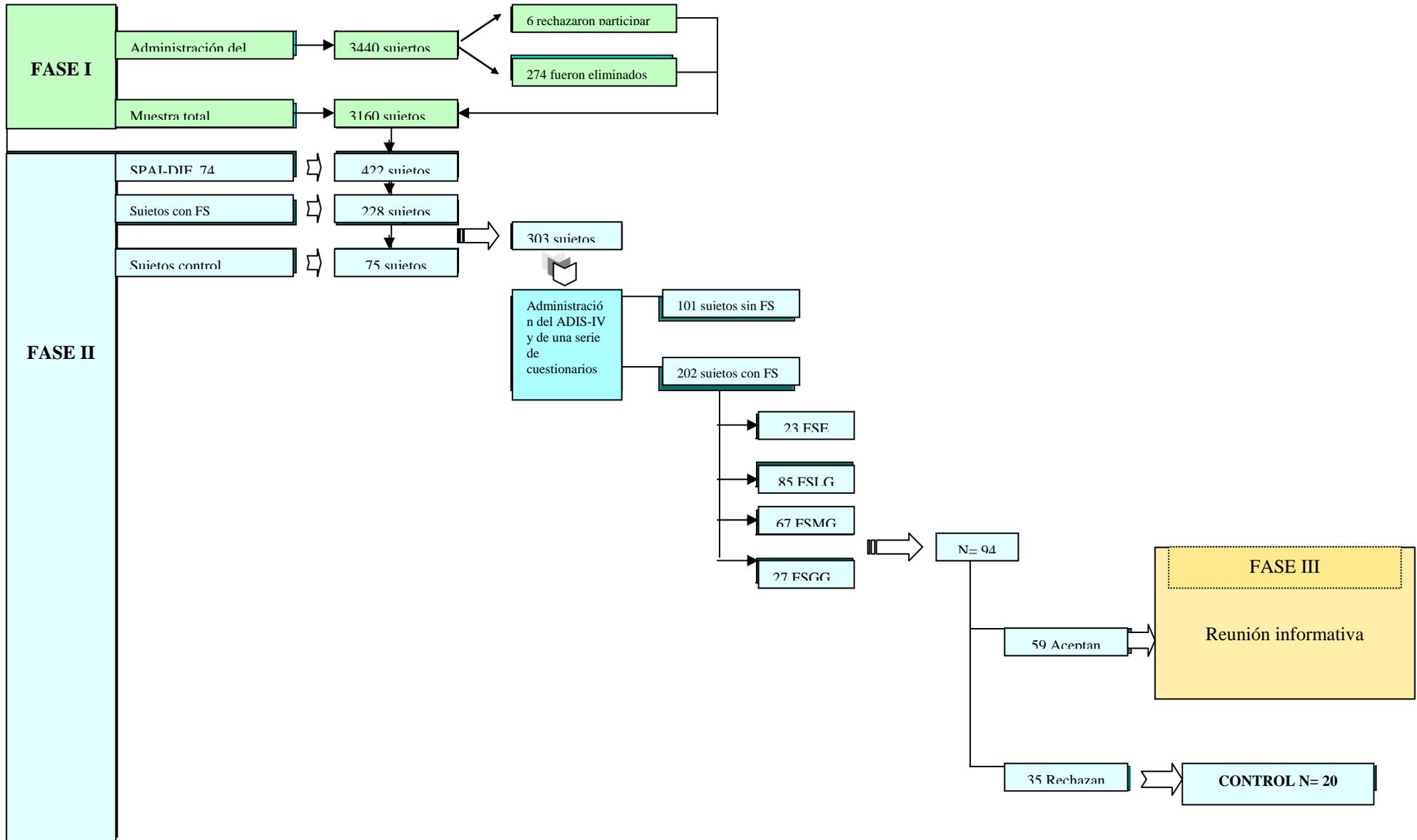
Tabla 3.3. Cuestionarios empleados durante la fase III

1. Escala de Asertividad

Método

2. Escala de Autoestima
3. Escala de Inadaptación
4. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)

Figura 3.1. Fases del reclutamiento de los sujetos



A esta reunión informativa acudieron 73 (el 64%) de los familiares: 24 parejas, 22 madres solas, dos padres solos y una abuela sola. La sesión informativa para los programas de tratamiento SET-A y CBGT-A se realizó durante la cuarta semana de Octubre de 1997 mientras que la relativa al IAFS se convocó durante la tercera semana de Febrero de 1998. Una temporalización de estas fases puede encontrarse en la tabla 3.4. Como puede observarse, el IAFS se aplicó tras la finalización del SET-A y CBGT-A, puesto que el IAFS se desarrolló a partir de la valoración subjetiva de los componentes del SET-A y CBGT-A por parte de los sujetos que componían éstos (para más detalle, véase pág. 203).

Tabla 3.4. Temporalización de las fases de evaluación

AÑO	MESES	TAREA/ACTIVIDAD/OBJETIVO	FASE
1997	Marzo-Junio	Administración del SPAI en 13 centros de la Región de Murcia	I
	4ª semana de septiembre- 2ª semana de octubre	Administración del ADIS-IV y una batería de cuestionarios a una muestra de adolescentes	II
	3ª semana de octubre	Informe verbal de los resultados obtenidos a partir de la entrevista y los cuestionarios Ofrecimiento de tratamiento a los sujetos con un diagnóstico de FSMG y FSGG Orientación a los sujetos con FSE y FSLG de cara a remitirles a un profesional	
	4ª semana de octubre	Sesión informativa a los sujetos que componen el SET-A Administración de cuestionarios adicionales para medir el cambio terapéutico en el postest y seguimiento (véase tabla 3.3) Inicio de la aplicación del SET-A	
	1ª semana de noviembre	Sesión informativa a los sujetos que componen el CBGT-A Administración de cuestionarios adicionales para medir el cambio terapéutico en el postest y seguimiento (véase tabla 3.3) Inicio de la aplicación del CBGT-A	
1998	2ª semana de febrero	Evaluación postest de los efectos del SET-A y CBGT-A	III
	3ª semana de febrero	Sesión infomativa a los sujetos que componen el IAFS Administración de cuestionarios adicionales para medir el cambio terapéutico en el postest y seguimiento (véase tabla 3.3)	
	3ª semana de febrero - 4ª semana de mayo	Fecha de inicio y de finalización de la aplicación del IAFS	
	2ª semana junio	Evaluación postest de los efectos del IAFS	
1999	Marzo	Evaluación del seguimiento de los efectos del SET-A y CBGT-A	III
	Junio	Evaluación del seguimiento de los efectos del IAFS	

III.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra definitiva estuvo compuesta por 59 adolescentes con FSMG y FSGG, con un número mayor de chicas (46; 77.97%) que de chicos (13; 22.03%) y una media de edad de 15.92 años (DT=0.79, rango: 15-17 años). El 93.2% de los adolescentes vivían en familias con ambos padres. La tabla 3.5 muestra otros datos recogidos de la muestra, la cual está compuesta por los sujetos que finalizan la intervención.

Tabla 3.5. Otras variables de las condiciones experimentales

		SET-A (N=14)	CBGT-A (N=15)	IAFS (N=15)	CONTROL (N=15)
EDAD (años)*		15.57 (0.65)	16.07 (0.70)	15.87 (0.91)	15.87 (0.74)
GÉNERO (porcentajes)	HOMBRES	4 (28.57%)	5 (33.33%)	4 (26.67%)	5 (33.33%)
	MUJERES	10 (71.43%)	10 (66.67%)	11 (73.33%)	10 (66.67%)
CURSO ESCOLAR	3° ESO			20.0%	
	4° ESO	50.0%	46.7%	40.0%	46.7%
	2° BUP	35.7%	26.7%		26.6%
	BACHILLER ^{1º}	14.3%	20.0%	40.0%	26.6%
	FP-I		6.6%		
PORCENTAJE DE REPETIDORES		28.6%	26.7%	26.7%	26.7%
DURACIÓN DEL TRASTORNO (años)*		6.31 (4.71)	8.37 (5.48)	7.67 (4.01)	7.07 (4.81)
COMORBILIDAD	Trastorno de angustia con agorafobia	7%	7%	13%	13%
	Trastorno de ansiedad generalizada	29%	27%	20%	27%
	Trastorno obsesivo-compulsivo	7%	7%	7%	7%
	Fobia específica	79%	67%	60%	73%
	Trastorno por estrés posttraumático	7%	7%	7%	7%
	Episodio depresivo mayor	21%	40%	20%	33%
	Trastorno Distímico	14%	20%	20%	13%
	Abuso de alcohol	7%	7%	7%	13%
	Trastorno de personalidad por evitación	100%	93%	100%	100%
	Mutismo selectivo	7%	13%	7%	13%
ABANDONOS DEL TRATAMIENTO		30%	29%	17%	
TASA DE ASISTENCIA AL TRATAMIENTO		84.37%	88.75%	86.67%	

* Los datos que aparecen entre paréntesis corresponden a la desviación típica

III.2. DISEÑO

Con el objetivo de poner a prueba nuestras hipótesis optamos por un diseño intersujetos y multivariado, integrado por tres grupos experimentales y un grupo control, con medidas independientes en el factor *tratamiento* así como con medidas múltiples y repetidas en el factor *evaluación*. Las condiciones experimentales son: (a) el programa de tratamiento titulado “Social Effectiveness Therapy for Adolescents” (SET-A; Olivares, García-López, Beidel y Turner, 1998), elaborado a partir de los materiales para población adulta (SET; Turner, Beidel y Cooley, 1994) e infantil (SET-C; Beidel, Turner y Morris, 1996); (b) el paquete de tratamiento denominado “Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents” (CBGT-A; Albano, Marten y Holt, 1991) y (c) el programa de tratamiento etiquetado como “Intervención en Adolescentes con Fobia Social” (IAFS; Olivares y García-López, 1998), el cual se desarrolló a partir del análisis de la eficacia subjetiva de los componentes del SET-A y del CBGT-A para los sujetos a los que se habían aplicado los otros tratamientos.

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. En cada una de las condiciones experimentales, los sujetos se distribuyeron en grupos de 3-4 personas (véase tabla 3.6). Así, el SET-A estaba integrado por seis grupos (3 grupos de tres personas y 3 grupos de 4 personas), el CBGT-A estaba compuesto por otros seis grupos (4 grupos de tres personas y 2 grupos de cuatro personas) y el IAFS estaba formado por cinco grupos (2 grupos de tres y 3 grupos de cuatro 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. El grupo control estuvo compuesto por sujetos que rechazaron recibir intervención psicológica.

Tabla 3.6. Distribución inicial de los sujetos por modalidad de tratamientos

Modalidad de tratamiento	Número de grupos	Tamaño del grupo	Número de sujetos	Total de sujetos
SET-A	3	3	9	21
	3	4	12	
CBGT-A	4	3	12	20
	2	4	8	
IAFS	2	3	6	18
	3	4	12	

III.3. PROCEDIMIENTO

III.3.1. EVALUACIÓN

Todos los sujetos fueron evaluados antes, durante, después del tratamiento y en un seguimiento de los efectos de los tratamientos realizado a los 12 meses de haber finalizado la aplicación del tratamiento. 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, FNES, SADS, Escala de Autoestima, Escala de Asertividad, Escala de Inadaptación, PRCS y el EHSPA. La prueba observacional se realizó sólo en las condiciones experimentales, por lo cual los datos de esta medida se emplearán en las comparaciones intragrupo pero no intergrupo. Debido a problemas de infraestructura no se ha podido llevar a cabo la prueba observacional en el seguimiento y por tanto, no disponemos de datos objetivos acerca de la evolución de los sujetos en esta variable, en ese momento de evaluación.

Durante el tratamiento, tras cada sesión, los sujetos cumplimentaban un cuestionario en el que se pedía que valoraran los contenidos de la sesión en función de lo útil y agradable que para ellos había resultado, empleando para ello dos diferenciales semánticos (útil-inútil, agradable-desagradable; rango: -3/+3). Asimismo tras la aplicación de cada unidad o fase del programa de tratamiento se les pidió que indicaran qué fue lo que les había gustado más, qué fue lo que les había gustado menos, qué añadirían y qué quitarían de lo que habían hecho. A partir de la información proporcionada por este cuestionario se determinaron qué componentes del SET-A y CBGT-A habían demostrado mayor utilidad subjetiva, con el objeto de seleccionarlos de cara a la construcción del IAFS.

III.3.1.1. Instrumentos de evaluación

III.3.1.1.1. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)

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 (e.g. 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 su utilidad es 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 (García-López *et al.*, 2000).

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 y García-López, 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 dificultad 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.

III.3.1.1.2. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)

La Greca y López (1998) han creado esta escala con el objeto de disponer de un instrumento de evaluación específico para medir las respuestas de ansiedad social en adolescentes. Esta escala ha sido traducida al español por Olivares y García-López (1999b), encontrándose en un estudio reciente que el SAS-A es un instrumento válido y fiable para población española (Olivares, Ruiz, *et al.*, 1999). Asimismo, este último trabajo ha confirmado 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 0.87 en el FNE, 0.80 en el SAD-Extraños, 0.74 en el SAD-General y 0.91 en la puntuación Total (Olivares, Ruiz, *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.*, 2000).

III.3.1.1.3. Escala de Habilidades Sociales para la Adolescencia (EHSPA)

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).

III. 3.1.1.4. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES)

Pese a que este instrumento fue diseñado por Watson y Friend (1969) para medir el miedo a la evaluación negativa en la población adulta, datos recientes también informan acerca de su validez en población adolescente (García-López *et al.*, 2000). En nuestro estudio se utilizó la traducción que del FNES se recoge en Echeburúa (1995). El rango de las puntuaciones varía entre 0 y 30. Si bien se desconoce la consistencia interna en población adolescente, datos en población adulta inglesa y española hallaron niveles altos del coeficiente alfa (Leary, 1983a; Oei, Kenna y Evans, 1991; Villa *et al.*, 1999). En población adolescente española esta escala ha mostrado ser un instrumento con una fiabilidad test-retest alta y una adecuada validez de constructo (García-López *et al.*, 2000).

III. 3.1.1.5. Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADS)

Aunque esta escala fue creada por Watson y Friend (1969) para evaluar el nivel de ansiedad y evitación ante las situaciones sociales en la población adulta, datos recientes informan acerca de su validez en población adolescente (García-López *et al.*, 2000). Una versión española de este instrumento figura en Echeburúa (1995). El rango de las puntuaciones varía entre 0-28. Si bien se desconoce la consistencia interna en población adolescente, datos en población adulta tanto de estudios en lengua inglesa como española han hallado niveles altos del coeficiente alfa (Bobes *et al.*, 1999; Leary, 1983a; Oei, Kenna y Evans, 1991; Villa *et al.*, 1999). En población adolescente española esta escala ha mostrado ser un instrumento con una fiabilidad test-retest alta y una adecuada validez de constructo (García-López *et al.*, 2000).

III.3.1.1.6. Escala de Autoestima

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, Baños, Quero, y Botella (1999) así como Guillén, Quero, Baños y Botella (1999) han informado acerca de sus propiedades psicométricas y de su utilidad como instrumento de evaluación en población adulta de lengua 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).

III.3.1.1.7. Escala de Asertividad

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 items 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.

III.3.1.1.8. Escala de Inadaptación

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 items 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). 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).

III.3.1.1.9. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)

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).

III.3.1.1.10. Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV). Sección de Fobia Social

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. Esta sección consta de 13 items que miden situaciones bien sea de interacción o bien de actuación social. Cada item se valora en función del miedo y de las respuestas de evitación que presenta el sujeto ante esa situación. Resultados de un estudio piloto informan que esta entrevista también parece mostrarse como un instrumento válido y fiable para la evaluación de trastornos de ansiedad en población española (coeficiente Kappa = 0.91; Olivares y García-López, 2000).

III.3.1.1.11. 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 cinco 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 uno de estos tres temas: cumpleaños, una ciudad de la Región de Murcia y las bicicletas. Los sujetos que en el pretest elegían un tema no podían hacerlo nuevamente en el posttest o en el seguimiento, por lo que se proporcionaron dos temas adicionales: las vacaciones y el instituto. 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 (v.gr., Turner *et al.*, 1986), se informó a los sujetos que podían detener su exposición a los tres minutos si así lo deseaban. Este hecho se registraba posteriormente en la hoja de codificación de cara a los análisis estadísticos.

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 interactúes con una persona que dentro de unos segundos te vamos a presentar, durante un tiempo de 3 minutos. Tu interlocutor tiene instrucciones de que eres tú quien llevarás 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 tres. 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. Sin embargo, estos folios no los podrás tener en el momento de la charla, es sólo por si quieres prepararte. 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 moleculares y molares. El primer componente fue examinado a través del Cuestionario de Evaluación Molecular de la Actuación Social (CEMAS; Olivares y García-López, 1999). Este autoinforme evalúa la frecuencia y duración de las respuestas que

proporciona el sujeto durante la prueba observacional y que dificultan la conversación (muletillas, tics faciales, silencios, evitación del contacto visual, etc.). Este cuestionario proporciona tres puntuaciones: una relativa a la frecuencia y dos a la duración de estas respuestas (véase Anexo III).

Para estudiar la actuación del sujeto a nivel molar se empleó la *Social Performance Rating Scale* (SPRS; Fydrich, Chambless, Perry, Buergener y Beazley, 1998). Este instrumento es una modificación de una escala diseñada por Trower, Bryant y Argyle, 1979) y posteriormente adaptada por Turner, Beidel, Dancu y Keys (1986). La SPRS examina cinco aspectos: la mirada, la calidad vocal, la duración de la conversación, el malestar del sujeto y la fluidez de la conversación (véase Anexo IV). El rango de puntuaciones para cada una de estas subescalas varía entre 1 (muy pobre) y 5 (muy bueno). Además, los autores indican que se puede obtener una puntuación Total sumando los valores de las subescalas (rango: 5-25) y que esta escala es un instrumento útil para evaluar el cambio terapéutico en sujetos con fobia social.

III.3.1.2. Evaluación de los efectos del tratamiento

III.3.1.2.1. Evaluación antes del tratamiento (Pretest)

Se llevó a cabo en tres momentos: (1) Durante Septiembre-Octubre se administró la entrevista semiestructurada ADIS-IV y los cuestionarios siguientes: el SPAI, SAS-A, FNES, SADS y EHSPA. (2) Posteriormente, durante la reunión informativa, los sujetos cumplieron la Escala de Autoestima, la Escala de Asertividad, la Escala de Inadaptación y el PRCs. (3) Antes del inicio de la primera sesión del tratamiento, o fase educativa, se realizó la prueba observacional, por lo que no se dispone de datos referentes a esta prueba para los sujetos del grupo control. En este sentido, la entrevista y los cuestionarios serán empleados tanto en las comparaciones intergrupo como intragrupo mientras la prueba observacional sólo se utilizará para las comparaciones intragrupo.

En el caso del IAFS, dado que entre el primer momento (Octubre) y el inicio del tratamiento (Febrero) transcurrieron alrededor de tres meses, a finales de enero los sujetos completaron nuevamente los cuestionarios referidos a esta fase y además se

administró el ADIS-IV y la prueba observacional de cara a obtener medidas más fiables en el pretest.

III.3.1.2.2. Evaluación durante el tratamiento

Tras cada sesión los sujetos cumplimentaban un cuestionario en el que se pedía que valoraran los contenidos de la sesión en función de lo útil y agradable que para ellos había resultado, empleando para ello los diferenciales semánticos (útil-inútil, agradable-desagradable; rango: -3/+3). Por último, debían indicarnos qué es lo que les había gustado más, qué es lo que les había gustado menos, qué añadirían y qué quitarían (véase Anexo V).

III.3.1.2.3. Evaluación al finalizar el tratamiento (Postest)

La semana posterior a la última sesión de tratamiento se volvió a administrar la entrevista, los cuestionarios y la prueba observacional. Asimismo, en esta ocasión los sujetos cumplimentaron un cuestionario que valoraba las unidades terapéuticas desarrolladas durante el tratamiento. A diferencia de la evaluación durante el tratamiento, el sujeto puntuaba los distintos contenidos del tratamiento una vez finalizado éste, disponiendo así de una visión global y comparativa de sus diferentes componentes. Por otra parte, los sujetos rellenaron un cuestionario confidencial en el que valoraba tanto el curso como al terapeuta que lo había impartido. Estos datos se presentan en la sección de Resultados Cualitativos (véase pág. 257).

En el caso del SET-A y CBGT-A, la evaluación postest se llevó a cabo durante la segunda semana de Febrero y durante la segunda semana de Junio en el IAFS, es decir, la evaluación en este último caso se realizó transcurridos quince días de la finalización del tratamiento debido a un solapamiento con los exámenes finales.

III.3.1.2.4. Evaluación después de la intervención (Seguimiento)

Doce meses después de la finalización de la intervención se realizó otra evaluación en la cual se administró nuevamente la entrevista y los nueve cuestionarios. Como hemos señalado anteriormente, no se pudo realizar la prueba observacional en este momento de evaluación debido a problemas de infraestructura

III.3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

III.3.2.1. SET-A (Olivares, García-López, Beidel y Turner, 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 ansiedad 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, estos autores consideran a este componente como el primer paso de una estrategia para modificar el estilo de vida restringido que frecuentemente presentan los sujetos con ansiedad social.

El segundo es el *Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)*. Esta fase se diseñó 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 elicitar alguna respuesta de ansiedad tras la finalización del tratamiento. A continuación transcribimos parte de las indicaciones que se facilitan al sujeto durante esta fase:

“Ahora es el momento de que empieces a incrementar tu control sobre el tratamiento y compruebes que tienes la capacidad para tomar decisiones sin necesidad de asesoramiento por mi parte. Como hasta ahora, yo podría ayudarte a identificar situaciones que te causan ansiedad y que pueden ser objeto de exposición por tu parte pero llegados a este punto creo que ya puedes hacerlo por ti mismo. Considero que estás preparado para asumir la mayor parte de la responsabilidad a la hora de elegir las situaciones”.

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 semanas 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 simultáneamente, 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, aunque existía el SET (para adultos) y el SET-C (para niños), no se disponía de una versión para adolescentes. Por ello tuvimos que seleccionar los componentes del SET y SET-C que *a priori* parecían los más adecuados para el período de edad 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 3.7 presenta una síntesis del contenido de cada una de las sesiones que conforman el paquete de tratamiento.

Tabla 3.7. Contenidos sesión a sesión del tratamiento *Social Effectiveness Therapy for Adolescents (SET-A)*

SESIÓN	CONTENIDOS DE LAS SESIONES EN GRUPO	CONTENIDOS DE LAS SESIONES INDIVIDUALES
0	Fase educativa	Exposición (gradual o en inundación)
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		Práctica programada

III.3.2.2. CBGT-A (Albano, Marten y Hot, 1991)

Este paquete de tratamiento se diseñó con el objeto de enseñar a los adolescentes habilidades específicas que les ayudaran 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. 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, en este tiempo se realizan “mini-exposiciones” en vivo (p. ej., ir a la cantina del instituto en una hora concurrida, pedir un refresco y beberse 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 3.8.

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 3.8. Contenidos del tratamiento *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A)*

SESIÓN	CONTENIDO 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

III.3.2.3. IAFS (Olivares y García-López, 1998)

Es un paquete de tratamiento que ha sido compuesto por nosotros 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. Es decir, los sujetos que componían el SET-A y CBGT-A puntuaban los contenidos de las sesiones justo cuando acababan éstas así como al final del tratamiento. Partiendo de los componentes que habían obtenido mejores puntuaciones respecto a su utilidad subjetiva, se desarrolló el IAFS.

El IAFS costa de cuatro componentes. El primero de ellos es el Educativo, en el 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 conducta-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 empleó como coterapeutas a personas desconocidas para el sujeto, con las que el sujeto tenía que interactuar. Los coterapeutas fueron previamente entrenados para que no fueran ellos los que llevaran el peso de la interacción, sino los sujetos con fobia social. Respecto a la exposición a hablar en público, ésta consistió en la exposición de temas que el sujeto había de dar frente a sus compañeros del grupo y el terapeuta. Las exposiciones fueron grabadas empleando una videocámara. Posteriormente cada charla es analizada utilizando para ello el *feedback* de los compañeros, el del sujeto que ha expuesto y comparándose todo ello con el *feedback* proporcionado por el vídeo.

El cuarto componente lo integran las técnicas de reestructuración cognitiva. Se utilizó aquí la Terapia Cognitiva de Beck siguiendo las etapas educativa, de entrenamiento y de aplicación descritas por Méndez, Olivares y Moreno (1998).

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 que 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 relativas 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 3.9 para una descripción del contenido de las sesiones.

Tabla 3.9. Contenidos sesión a sesión del tratamiento *Intervención en Adolescentes con Ansiedad Social (IAFS)*

SESIÓN	CONTENIDO DE LAS SESIONES EN GRUPO
1	Fase educativa. Normas del programa Modelo explicativo del constructo ansiedad 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 <i>videofeedback</i>
10	Exposición (Hablar en público II). Cómo iniciar, desarrollar y concluir una charla Uso del <i>videofeedback</i>
11	Exposición (Hablar en público III). Uso del <i>videofeedback</i>
12	Exposición (Hablar en público IV). Prevención de respuesta.

Finalmente presentamos una tabla comparativa de los tres programas de tratamiento (véase Tabla 3.10).

Tabla 3.10. Características de los programas de tratamiento de la fobia social en adolescentes

		SET-A	CBGT-A	IAFS
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
Periodicidad		Semanal	Dos veces por semana ⁵	Semanal
Duración		60 minutos	90 minutos	90 minutos
Sesiones individuales		SI	NO	SI
Periodicidad		Semanal	---	Opcionales
Duración		30 minutos ⁷	---	Flexible
Componentes				
Educativo		SI	SI	SI
Entrenamiento en habilidades sociales		SI	SI ⁸	SI
Exposición		SI	SI	SI
Técnicas cognitivas		NO	SI	SI
Práctica programada		SI	NO	SI ⁹
Entrenamiento en resolución de problemas		NO	SI	NO
Prevención de recaídas		SI	SI	SI

¹ La 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, las cuales tienen una duración de 60 minutos; ⁸Únicamente se incluyó entrenamiento en asertividad (excluyéndose las habilidades de conversación en el entrenamiento en habilidades sociales); ⁹Incorporado en las sesiones individuales

III.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

III.4.1. EQUIVALENCIA INICIAL DE LOS GRUPOS

Como un prerrequisito previo a la presentación de los resultados, examinamos si los grupos experimentales mostraban diferencias antes del inicio del tratamiento, es decir, si existían o no diferencias significativas entre los grupos en el pretest.

En primer lugar, evaluamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el pretest entre las condiciones experimentales en las variables recogidas en la tabla 3.5. Los resultados ponen de manifiesto la inexistencia de diferencias en la variable edad [$\chi^2(6)=8.17$, $p=.23$], género [$\chi^2(3)=0.24$, $p=0.97$], porcentaje de repetidores [$\chi^2(3)=0.02$, $p=0.99$], duración del trastorno [$F(3,55)=0.49$, $p=0.69$], así como en las tasas de comorbilidad de la fobia social con: (a) el trastorno de pánico con o sin agorafobia [$\chi^2(3)=0.67$, $p=0.88$], trastorno de ansiedad generalizada [$\chi^2(3)=0.33$, $p=0.95$], trastorno obsesivo-compulsivo [$\chi^2(3)=0.01$, $p=0.99$], fobia

específica [$\chi^2(3)=1.34$, $p=0.72$], trastorno por estrés postraumático [$\chi^2(3)=0.01$, $p=0.99$], episodio depresivo mayor [$\chi^2(3)=2.00$, $p=0.57$], distimia [$\chi^2(3)=0.41$, $p=0.94$], abuso de alcohol [$\chi^2(3)=0.61$, $p=0.89$], trastorno de la personalidad por evitación [$\chi^2(3)=2.98$, $p=0.39$] y en la historia de mutismo [$\chi^2(3)=0.67$, $p=0.88$].

En segundo lugar, en relación con las medidas de autoinforme, utilizamos un ANOVA de un factor sobre el pretest. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las variables FNES [$F(3,55)=4.49$, $p=.007$], PRCS [$F(3,55)=4.31$, $p=.008$] y la Escala de Expectativas. Dado que esta última es categórica, se llevó a cabo un análisis de la distribución de frecuencias, encontrándose que entre los grupos de tratamiento existían diferencias estadísticamente significativas en relación con las expectativas acerca del tratamiento [$\chi^2\text{-Pearson}=14.041$, $gl=6$, $p=.029$; $\chi^2\text{-LR}=16.424$, $gl=6$, $p=.012$].

Como puede observarse en la Tabla 3.11, pese a que se han hallado diferencias en la variable expectativas, la mayoría de los sujetos se sitúan en las puntuaciones 4 y 5 de la escala (confían “bastante” y “mucho” en que el tratamiento les ayude a superar su problema), mientras que ningún sujeto puntúa 1 ó 2 (confían “nada” o “muy poco”).

Tabla 3.11. Tabla de distribución de frecuencias de la variable Expectativas

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
SET-A	0	0	2	10	2	0
CBGT-A	0	0	2	7	6	0
IAFS	0	0	0	4	8	3

En cuanto a los resultados del ANOVA de un factor sobre el pretest relativos al análisis molecular y molar de la prueba observacional, los análisis estadísticas muestran diferencias significativas en la situación de iniciar y mantener conversaciones, en concreto en la variable *Duración* del análisis molecular [$F(2,41)=4.68$, $p=.015$] así como en la situación de hablar en público, nuevamente en la variable *Duración* del análisis molecular [$F(2,41)=4.16$, $p=.023$] y en la variable *Fluidez* del análisis molar

[$F(2,41)= 4.05, p=.025$]. La totalidad de los resultados de estos análisis estadísticos se presentan en el Anexo VI.

III.4.2. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS UTILIZADOS

Puesto que los grupos no son equivalentes en el pretest se utilizó un ANCOVA, donde se toman las puntuaciones en el postest 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). Previamente al ANCOVA se comprobó si se cumplía el supuesto de homogeneidad de las pendientes de regresión de la variable dependiente sobre la variable concomitante. O dicho de otro modo, el objetivo es corroborar que la interacción entre las puntuaciones en la covariable y el grupo difieren entre sí (Ato y López, 1994). En nuestro trabajo esto se verifica si se comprueba la nulidad de la interacción entre el factor de tratamiento y la covariable. Los resultados han mostrado que este supuesto se ha incumplido en: (a) las comparaciones pretest-postest tanto en el SPAI-FS [$F(3,51)=4.038, p=.012$] como en la Escala de Inadaptación [$F(3,51)=2.88, p=.045$] y (b) las comparaciones postest-seguimiento en la subescala SAD-G del SAS-A [$F(3,51)=5.11, p=.004$], por lo que los resultados obtenidos en estas variables en esos momentos de evaluación han de ser tomados con precaución. En el Anexo VII se detallan los resultados para el total de las variables dependientes y en el Anexo VIII se presentan los datos de la fiabilidad interobservadores en la prueba observacional.

Por otra parte, se ha examinado el tamaño del efecto en las comparaciones intergrupo para cada uno de los momentos de evaluación (postest y seguimiento, controlado el pretest y el postest). El tamaño del efecto se definió como la diferencia entre el grupo control y cada uno de las condiciones experimentales. Uno de los motivos que nos ha impulsado a utilizarlo es que tanto los grupos experimentales como el control no presentan un tamaño muestral muy alto, lo cual podía afectar a la potencia estadística e incrementar el error tipo II. De este modo, si obtenemos un tamaño del efecto alto podremos aceptar la significación estadística sin que se amenace la sensibilidad de la

investigación. Para ello, hemos adoptado los criterios propuestos por Cohen (1988), donde 0.2 corresponde a un tamaño del efecto bajo, 0.5 medio y 0.8 alto.

IV. RESULTADOS

IV.1. RESULTADOS DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

IV.1.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS

En esta sección presentamos los resultados cuantitativos de cada una de las variables dependientes operacionalizadas en el capítulo de Objetivos e Hipótesis. Para ello se seguirá la siguiente estructura:

1. Exposición de los resultados relativos a las comparaciones intergrupos para lo cual se muestran las medias, desviaciones típicas ajustadas y los valores F en relación con la variable dependiente y asimismo, se realizan comparaciones *post-hoc* en cada uno de los momentos de evaluación: en el postest y en el seguimiento tomando como covariable el pretest, así como en el seguimiento tomando como covariable el postest.
2. Presentación de los datos generados a partir de las comparaciones intragrupo, para lo cual se informa de las medias y desviaciones típicas para el SET-A, CBGT-A, IAFS y el grupo control en cada uno de los momentos de evaluación (pretest, postest y seguimiento). Finalmente se expone gráficamente el incremento/decremento de los valores de la variable dependiente en los distintos periodos de evaluación.

IV.1.1.1. Comparaciones intergrupos

De acuerdo con las hipótesis formuladas (véase pág. 177), cabe esperar que los programas de intervención (SET-A, CBGT-A e IAFS) presenten frente al grupo control diferencias pre-post-seguimiento estadísticamente significativas, encontrándose:

IV.1.1.1.1. Una reducción de las respuestas de ansiedad social, operacionalizada como una disminución de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación específicos para la fobia social: (a) el Inventario de Ansiedad y Fobia 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) y (c) el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, la tabla 4.1. presenta las medias, desviaciones típicas ajustadas y los valores F tanto para el postest (covariable: pretest) como para el seguimiento (covariables: pretest y postest) en relación con la variable dependiente SPAI-FS, SPAI-Dif, SAS-A/Total y PRCS.

Tabla 4.1. Medias y desviaciones típicas ajustadas para las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

		<i>Condición Experimental</i>		SET-A (N=14)	CBGT-A (N=15)	IAFS (N=15)	CONTROL (N=15)	<i>Resultados Ancova</i>	
		<i>Momento temporal</i>							
POSTEST*	SPAI-FS	M		66.64	69.87	68.20	105.47	F(3,54)= 6.42, p=.001 Potencia: 93%	
		DT		16.46	23.36	16.51	17.60		
	SPAI-DIF	M		56.43	53.00	54.40	88.73	F(3,54)= 5.69, p=.002 Potencia: 95%	
		DT		10.90	15.90	12.87	15.07		
	SAS-A/ Total	M		45.29	43.00	42.13	60.67	F(3,54)=7.34, p=.0001 Potencia: 99%	
		DT		5.52	3.89	4.03	3.49		
	PRCS	M		15.57	14.07	12.73	26.33	F(3,54)=18.28, p=.0001 Potencia: 99%	
		DT		1.94	1.87	2.21	1.44		
	SEGUIMIENTO*	SPAI-FS	M		60.50	71.07	56.93	101.80	F(3,54)= 4.89, p=.001 Potencia: 93%
			DT		12.99	18.44	13.03	13.89	
		SPAI-DIF	M		51.07	56.60	47.60	82.80	F(3,54)= 3.37, p=.025 Potencia: 73%
			DT		8.15	11.88	9.62	11.27	
SAS-A/ Total		M		45.21	41.33	35.20	60.07	F(3,54)= 9.40, p=.0001 Potencia: 99%	
		DT		4.94	3.48	3.61	3.12		
PRCS		M		13.43	14.33	11.87	22.93	F(3,54)= 5.05, p=.004 Potencia: 95%	
		DT		2.03	1.96	2.32	1.51		
SEGUIMIENTO**		SPAI-FS	M		60.50	71.07	56.93	101.80	F(3,54)= 0.87, p=.461
			DT		17.98	26.85	28.94	23.86	
		SPAI-DIF	M		51.07	56.60	47.60	82.80	F(3,54)= 0.58, p=.630
			DT		14.85	20.86	21.44	19.45	
	SAS-A/ Total	M		45.21	41.33	35.20	60.07	F(3,54)= 2.57, p=.063	
		DT		8.39	7.89	8.76	9.37		
	PRCS	M		13.43	14.33	11.87	22.93	F(3,54)= 0.74, p=.534	
		DT		6.40	5.70	6.01	2.21		

* pretest, ** posttest, M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social, 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 (SAS-A), PRCS: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público

Como puede observarse en esta tabla, los grupos difieren significativamente en el posttest y en el seguimiento (covariable: pretest) salvo cuando en este último se toma como covariable el posttest. El nivel de confianza y la potencia de la prueba estadística es alta, siendo iguales o superiores en el posttest (covariable: pretest) que en el seguimiento (covariable: pretest), o dicho de otro modo, los errores tipo I (α) y tipo II (β) son iguales o inferiores en el posttest (covariable: pretest). Las implicaciones de estos datos se comentan en la sección de Discusión de resultados.

Por otra parte, los datos contenidos en las Tablas 4.2-4.9 permiten observar que todos los grupos de tratamiento muestran tamaños del efecto altos (superiores a 0.80) en las comparaciones posttest y seguimiento (covariables: pretest) con el grupo control.

En concreto, las comparaciones *post-hoc* en el posttest (covariable: pretest) revelan que todos los grupos experimentales presentan diferencias significativas con respecto al grupo control (véase tablas 4.2-4.5). Sin embargo, existen discrepancias acerca de qué programa de tratamiento tiene el tamaño del efecto más elevado o el nivel de probabilidad más bajo. Mientras que en las variables SPAI-FS y SAS-A/Total el tamaño del efecto más alto se halla en el SET-A, el nivel de probabilidad más bajo se encuentra en el IAFS. Por el contrario, en el SPAI-Dif. y en el PRCS el tamaño del efecto más alto, a la vez que el nivel de probabilidad más bajo, se observa en el SET-A e IAFS, respectivamente.

Tabla 4.2. Comparaciones *post-hoc* del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (subescala de Fobia Social) en el posttest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.003	1.30		
CBGT-A	0.031	1.19	0.830	
IAFS	0.002	1.25	0.999	0.741

Nº total de ítems: 32; rango de puntuaciones: 0-192

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.3. Comparaciones *post-hoc* del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (puntuación de Diferencia) en el posttest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.004	1.24		
CBGT-A	0.024	1.37	0.932	
IAFS	0.006	1.32	0.998	0.973

Nº total de ítems: 45; rango de puntuaciones: -78/+192

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.4. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (puntuación Total) en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.030	1.83		
CBGT-A	0.004	1.59	0.917	
IAFS	0.0001	1.67	0.515	0.867

Nº total de ítems: 18; rango de puntuaciones: 18-90

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.5. Comparaciones *post-hoc* del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.0001	2.16		
CBGT-A	0.0001	2.46	0.978	
IAFS	0.0001	2.72	0.187	0.383

Nº total de ítems: 30; rango de puntuaciones: 0-30

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

En relación con las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento (covariable: pretest), no todos los grupos experimentales muestran diferencias significativas respecto al grupo control (véase tablas 4.6-4.9). Se observa un rechazo de la hipótesis alternativa ($p > .05$) del CBGT-A en el SPAI-FS, SPAI-Dif, SAS-A/Total y PRCS. Tampoco se hallan diferencias significativas del SET-A en el SAS-A/Total. Por el contrario, los datos revelan diferencias significativas del IAFS en todas las variables analizadas. Además, es este último grupo el que muestra el tamaño del efecto más alto y el nivel de probabilidad más bajo en todos los cuestionarios examinados.

Por otro lado, del análisis de los resultados de las tablas indicadas se desprende que en el seguimiento (covariable: pretest) la magnitud del tamaño del efecto disminuye en comparación con los resultados obtenidos en el postest (covariable: pretest) en todos los grupos experimentales, a excepción de la variable SAS-A/Total, en la cual se observa un incremento del tamaño del efecto en el IAFS.

Tabla 4.6. Comparaciones *post-hoc* del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (subescala de Fobia Social) en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.019	1.09		
CBGT-A	0.216		0.694	
IAFS	0.005	1.18	0.972	0.419

Nº total de ítems: 32; rango de puntuaciones: 0-192

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.7. Comparaciones *post-hoc* del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (puntuación de Diferencia) en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.046	0.95		
CBGT-A	0.344		0.759	
IAFS	0.036	1.06	0.999	0.710

Nº total de ítems: 45; rango de puntuaciones: -78/+192

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.8. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (puntuación Total) en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.083			
CBGT-A	0.008	1.46	0.813	
IAFS	0.0001	1.93	0.065	0.325

Nº total de ítems: 18; rango de puntuaciones: 18-90

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.9. Comparaciones *post-hoc* del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.046	1.25		
CBGT-A	0.183		0.935	
IAFS	0.002	1.45	0.800	0.465

Nº total de ítems: 30; rango de puntuaciones: 0-30

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

IV.1.1.1.2. Una disminución de los valores de las escalas que miden el componente cognitivo de la fobia social, tales como la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES) y la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE) del SAS-A

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, presentamos en la tabla 4.10 las medias, desviaciones típicas ajustadas y los valores F obtenidos tanto para el postest (covariable: pretest) como para el seguimiento (covariables: pretest y postest).

Tabla 4.10. Medias y desviaciones típicas ajustadas para las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

Condición Experimental		Momento temporal	SET-A	CBGT-A	IAFS	CONTROL	Resultados Ancova
			(N=14)	(N=15)	(N=15)	(N=15)	
POSTEST*	FNES	M	14.64	14.67	11.40	23.53	F(3,54)=10.78, P=.0001 Potencia: 99%
		DT	0.83	1.73	1.05	0.79	
	SAS-A/ FNE	M	22.57	18.27	20.67	30.40	F(3,54)=8.33, P=.0001 Potencia: 99%
		DT	2.12	3.84	2.61	2.07	
SEGUIMIENTO*	FNES	M	14.36	13.80	10.93	17.67	F(3,54)=2.50, P=.069
		DT	0.91	1.89	1.14	0.86	
	SAS-A/ FNE	M	21.26	18.47	16.53	30.27	F(3,54)=9.32, P=.0001 Potencia: 99%
		DT	1.58	2.86	1.95	1.54	
SEGUIMIENTO**	FNES	M	14.36	13.80	10.93	17.67	F(3,54)=0.89, P=.453
		DT	5.13	4.83	2.56	4.67	
	SAS-A/ FNE	M	21.26	18.47	16.53	30.27	F(3,54)=2.74, P=.052 Potencia: 99%
		DT	5.22	4.38	4.60	5.17	

* pretest, ** postest, M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social, FNES: Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, SAS-A/FNE: subescala de miedo a la evaluación negativa de la escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A).

Como puede observarse en esta tabla, en el caso del FNES los grupos difieren significativamente en el postest (covariable: pretest) pero no en el seguimiento (covariable: pretest y postest). Por el contrario, en el SAS-A/FNE los grupos difieren significativamente en el postest y seguimiento (covariable: pretest), resultando marginalmente significativo en el seguimiento cuando se toma como covariable el postest.

En concreto, las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest) revelan que todos los grupos experimentales presentan diferencias significativas con respecto al grupo control (véase tablas 4.11 y 4.12). Sin embargo, existen discrepancias acerca de qué programa de tratamiento tiene el tamaño del efecto más elevado o el nivel de probabilidad más bajo. Mientras que en el FNES el tamaño del efecto más alto y el nivel de probabilidad más bajo pertenece al IAFS, en el SAS-A/FNE el tamaño del efecto más alto se halla en el CBGT-A y el nivel de probabilidad más bajo se encuentra en el IAFS.

Tabla 4.11. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.002	1.52		
CBGT-A	0.014	1.51	0.973	
IAFS	0.0001	2.07	0.382	0.216

Nº total de ítems: 30; rango de puntuaciones: 0-30

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.12. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de miedo a la evaluación negativa) en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.042	1.35		
CBGT-A	0.001	2.09	0.369	
IAFS	0.0001	1.68	0.467	0.999

Nº total de ítems: 8; rango de puntuaciones: 8-40

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Ninguna comparación *post-hoc* en el seguimiento (covariables: pretest y postest) resulta significativa en el FNES.

Por cuanto al SAS-A/FNE, en el seguimiento (covariable: pretest) es el IAFS el que muestra tanto el nivel de confianza como el tamaño del efecto más alto (véase tabla 4.13). En el seguimiento (covariable: postest) tan sólo los sujetos a los que se aplicó el IAFS

disminuyen sus puntuaciones entre el postest y el seguimiento de forma estadísticamente significativa (véase tabla 4.14).

Tabla 4.13. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de miedo a la evaluación negativa) en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.035	1.25		
CBGT-A	0.004	1.66	0.819	
IAFS	0.0001	1.93	0.147	0.573

Nº total de ítems: 8; rango de puntuaciones: 8-40

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.14. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de miedo a la evaluación negativa) en el seguimiento (covariable: postest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.562			
CBGT-A	0.728		0.998	
IAFS	0.042	2.47	0.373	0.268

Nº total de ítems: 8; rango de puntuaciones: 8-40

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

IV.1.1.1.3. Una reducción en las puntuaciones de los cuestionarios que evalúan las respuestas de evitación social: la Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADS), la subescala de Ansiedad y Evitación Social ante Extraños (SAD-N) del SAS-A y la subescala de Ansiedad y Evitación Social ante Gente en general (SAD-G) del SAS-A.

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, presentamos en la tabla 4.15 las medias, desviaciones típicas ajustadas y los valores F obtenidos tanto para el postest (covariable: pretest) como para el seguimiento (covariables: pretest y postest).

Tabla 4.15. Medias y desviaciones típicas ajustadas para las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

Momento temporal		Condición Experimental		SET-A (N=14)	CBGT-A (N=15)	IAFS (N=15)	CONTROL (N=15)	Resultados Ancova
POSTEST*	SADS	M		8.79	11.13	10.40	18.13	F(3,54)=8.35, P=.0001 Potencia: 98%
		DT		4.38	2.77	3.18	3.77	
	SAS-A/ SAD-N	M		13.00	15.80	13.80	19.93	F(3,54)=6.19, P=.001 Potencia: 95%
		DT		2.16	1.38	1.38	1.86	
	SAS-A/ SAD-G	M		9.71	8.93	7.67	11.00	F(3,54)=4.96, P=.004 Potencia: 82%
		DT		1.62	1.35	1.41	0.97	
SEGUIMIENTO*	SADS	M		7.50	9.53	5.80	16.40	F(3,54)=8.25, P=.0001 Potencia: 98%
		DT		1.61	1.01	1.17	1.38	
	SAS-A/ SAD-N	M		15.21	15.00	12.33	18.80	F(3,54)=4.51, P=.007 Potencia: 91%
		DT		2.02	1.29	1.77	1.73	
	SAS-A/ SAD-G	M		8.64	8.53	6.13	11.00	F(3,54)=6.60, P=.001 Potencia: 94%
		DT		1.68	1.40	1.47	1.01	
SEGUIMIENTO**	SADS	M		7.50	9.53	5.80	16.40	F(3,54)=3.04, P=.037 Potencia: 99%
		DT		4.65	4.05	3.31	3.64	
	SAS-A/ SAD-N	M		15.21	15.00	12.33	18.80	F(3,54)=2.07, P=.115
		DT		1.69	2.81	2.58	2.87	
	SAS-A/ SAD-G	M		8.64	8.53	6.13	11.00	F(3,54)=2.05, P=.118
		DT		1.97	1.37	2.07	1.95	

* pretest, ** posttest, M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social, SADS: Escala de Ansiedad y Evitación Social, SAS-A/SAD-N: subescala de ansiedad y evitación social ante extraños de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), SAS-A/SAD-G: subescala de ansiedad y evitación social ante gente en general de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A).

Como puede observarse en la tabla 4.15, tanto en el SAS-A/SAD-N como en el SAS-A/SAD-G los grupos difieren significativamente en el posttest y en el seguimiento (covariable: pretest) salvo cuando en este último se toma como covariable el posttest. Sin embargo, en el SADS, los grupos difieren significativamente en el posttest y seguimiento (covariable: pretest), pero también en el seguimiento cuando se toma como covariable el posttest.

Al contrario que en IV.1.1.1.1., el nivel de confianza y la potencia de la prueba estadística es superior en el seguimiento que en el postest en el SADS y SAS-A/SAD-G. Las implicaciones de este hallazgo se comentan en la sección de Discusión de resultados.

En las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest), se observan diferencias estadísticamente significativas en el SET-A, CBGT-A e IAFS para el SADS, en el SET-A e IAFS en el caso del SAS-A/SAD-N y únicamente del IAFS en el SAS-A/SAD-G. En el SADS y el SAS-A/SAD-N, el SET-A es el que presenta el menor error tipo I y el que posee el tamaño del efecto más alto. Frente a ésto, en el SAS-A/SAD-G sólo se encuentran diferencias significativas en el IAFS (véase tablas 4.16-4.18).

Tabla 4.16. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad y Evitación Social en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.000	1.67		
CBGT-A	0.011	1.25	0.431	
IAFS	0.003	1.38	0.738	0.955

Nº total de ítems: 28; rango de puntuaciones: 0-28

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.17. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de Ansiedad y Evitación Social ante extraños) en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.002	1.62		
CBGT-A	0.212		0.264	
IAFS	0.004	1.44	0.994	0.384

Nº total de ítems: 6; rango de puntuaciones: 6-30

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.18. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (Ansiedad y Evitación Social ante gente en general) en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.876			
CBGT-A	0.124		0.487	
IAFS	0.004	1.25	0.043	0.547

Nº total de ítems: 4; rango de puntuaciones: 4-20

P: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

En las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento (covariable: pretest) solo se hallan diferencias significativas en el IAFS para las subescalas del SAS-A (SAD-N y SAD-G). Por el contrario, en el SADS existen diferencias significativas en todos los grupos, observándose el menor error tipo I y el tamaño del efecto más alto en el IAFS (véanse tablas 4.19-4.21).

Finalmente, en la tabla 4.22 se observa que ninguna comparación *post-hoc* en el seguimiento (covariable: posttest) resulta significativa en el SAS-A/SAD-N y el SAS-A/SAD-G. En el SADS únicamente se hallan diferencias significativas en el IAFS.

Tabla 4.19. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad y Evitación Social en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.002	1.42		
CBGT-A	0.025	1.09	0.750	
IAFS	0.000	1.69	0.916	0.344

Nº total de ítems: 28; rango de puntuaciones: 0-28

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.20. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de Ansiedad y Evitación Social ante extraños) en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.363			
CBGT-A	0.322		0.999	
IAFS	0.003	1.45	0.219	0.231

Nº total de ítems: 6; rango de puntuaciones: 6-30

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.21. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de Ansiedad y Evitación Social en General) en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.425			
CBGT-A	0.119		0.908	
IAFS	0.000	1.55	0.042	0.119

Nº total de ítems: 4; rango de puntuaciones: 4-20

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.22. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Ansiedad y Evitación Social en el seguimiento (covariable: posttest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.398			
CBGT-A	0.527		0.987	
IAFS	0.021	2.10	0.494	0.289

Nº total de ítems: 28; rango de puntuaciones: 0-28

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

IV.1.1.1.4. Una modificación en las puntuaciones de los cuestionarios que miden el nivel de habilidades sociales de los sujetos, operacionalizado como un incremento de los valores de la Escala de Asertividad y una disminución de las puntuaciones de la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA).

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, presentamos en la tabla 4.23 las medias, desviaciones típicas ajustadas y los valores F obtenidos tanto para el postest (covariable: pretest) como para el seguimiento (covariables: pretest y postest).

Tabla 4.23. Medias y desviaciones típicas ajustadas para las variables dependientes analizadas en cada uno de los momentos temporales

		Condición Experimental		Momento temporal	SET-A	CBGT-A	IAFS	CONTROL	Resultados Ancova
					(N=14)	(N=15)	(N=15)	(N=15)	
POSTEST*	Asertividad	M	+1.14	+5.07	+27.13	-20.00	F(3,54)=14.01, p=.000 Potencia: 99%		
		DT	7.61	4.28	7.40	6.16			
	EHSPA	M	159.86	187.60	184.33	225.73	F(3,54)=1.34, p= .271		
		DT	55.38	71.05	76.76	84.24			
SEGUIMIENTO*	Asertividad	M	+12.43	+11.87	+29.80	-11.67	F(3,54)=0.18, p=.911		
		DT	8.61	4.84	8.37	6.97			
	EHSPA	M	143.93	151.13	103.20	238.20	F(3,54)=8.12, p=.000 Potencia: 99%		
		DT	24.89	31.93	34.49	37.86			
SEGUIMIENTO**	Asertividad	M	+12.43	+11.87	+29.80	-11.67	F(3,54)=5.48, p=.002 Potencia: 88%		
		DT	18.71	21.23	19.54	18.49			
	EHSPA	M	143.93	151.13	103.20	238.20	F(3,54)=7.75, p=.000 Potencia: 99%		
		DT	33.74	47.17	56.31	46.21			

* pretest, ** posttest, M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social, Asertividad: Escala de Asertividad, Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA).

Como puede observarse en la tabla 4.23, en la Escala de Asertividad los grupos difieren significativamente en el postest y en el seguimiento (covariable: postest) salvo cuando en este último se toma como covariable el pretest. Por el contrario, en el EHSPA existen diferencias en el seguimiento (covariable: pretest y postest) pero no en el postest (covariable: pretest).

En concreto, las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest) revelan que el CBGT-A y el IAFS presentan diferencias significativas con respecto al grupo control (véase tabla 4.24). Respecto a las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento (covariable: pretest), se observa que el CBGT-A y el IAFS muestran diferencias significativas frente al grupo control (véase tabla 4.25). En las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento (covariable: postest) en el EHSPA, todos los grupos experimentales muestran diferencias significativas respecto al grupo control (véase tabla 4.26) mientras que en la Escala de Asertividad únicamente se halla diferencias en el IAFS (véase tabla 4.27). Señalar que en todas las comparaciones *post-hoc* mencionadas el tamaño del efecto más alto y el nivel de probabilidad más bajo se encuentran en el IAFS.

Tabla 4.24. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Asertividad en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.094			
CBGT-A	0.035	1.20	0.978	
IAFS	0.0001	2.25	0.002	0.005

Nº total de ítems: 30; rango de puntuaciones: -90/+90

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.25. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.060			
CBGT-A	0.028	1.32	0.996	
IAFS	0.0001	2.05	0.162	0.226

Nº total de ítems: 160; rango de puntuaciones: 0-640

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.26. Comparaciones *post-hoc* la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes en el seguimiento (covariable: postest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.010	1.28		
CBGT-A	0.015	1.18	0.998	
IAFS	0.0001	1.83	0.463	0.338

N° total de ítems: 160; rango de puntuaciones: 0-640

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.27. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Asertividad en el seguimiento (covariable: postest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.237			
CBGT-A	0.289		0.999	
IAFS	0.001	1.39	0.133	0.149

N° total de ítems: 30; rango de puntuaciones: -90/+90

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

IV.1.1.1.5. Una eliminación y/o descenso de los valores de la Escala de Inadaptación

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, presentamos en la tabla 4.28. las medias, desviaciones típicas ajustadas y los valores F obtenidos tanto para el postest (covariable: pretest) como para el seguimiento (covariables: pretest y postest).

Tabla 4.28. Medias y desviaciones típicas ajustadas de la Escala de Inadaptación

CONDICIÓN	POSTEST*		SEGUIMIENTO*		SEGUIMIENTO**	
	M	DT	M	DT	M	DT
SET-A	12.50	2.78	11.64	1.79	11.64	2.19
CBGT-A	15.20	2.23	12.87	1.44	12.87	3.52
IAFS	10.20	3.06	9.80	1.98	9.80	1.92
CONTROL	20.33	2.78	19.47	1.79	19.47	2.95
<i>Resultados ANCOVA</i>	F(3,54)=12.71, p=0.0001 Potencia: 99%		F(3,54)=6.83, p=0.001 Potencia: 99%		F(3,54)=1.45, p=0.238	

* pretest, ** postest, M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social

Como puede observarse en la tabla 4.28, los grupos difieren significativamente en el postest y seguimiento (covariable: pretest), salvo cuando en este último se toma como covariable el postest.

En relación con las tablas 4.29 y 4.30, se observa que el SET-A y el IAFS muestran diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest) y en el seguimiento (covariable: pretest), presentando el IAFS en ambos casos el menor error tipo I y el tamaño del efecto más alto. Sin embargo, debemos señalar que las diferencias entre el IAFS y el CBGT-A resultan significativa en el postest cuando se toma como covariable el pretest. Por otra parte, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni en el postest ni en el seguimiento (covariable: pretest) en el CBGT-A. No obstante, los datos relativos a las comparaciones pretest-postest han de ser tomados con precaución ya que no se cumple el supuesto de homogeneidad de las pendientes de regresión (véase pág. 208). Finalmente, ninguna comparación *post-hoc* en el seguimiento (covariable: postest) resulta significativa.

Tabla 4.29. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Inadaptación en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.0001	1.87		
CBGT-A	0.309		0.065	
IAFS	0.0001	2.43	0.650	0.002

Nº total de ítems: 6; rango de puntuaciones: 6-36

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.30. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Inadaptación en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.006	1.43		
CBGT-A	0.085		0.752	
IAFS	0.001	1.76	0.877	0.085

Nº total de ítems: 6; rango de puntuaciones: 6-36

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

IV.1.1.1.6. Un 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 4.31. presenta las medias, desviaciones típicas ajustadas y los valores F tanto para el postest (covariable: pretest) como para el seguimiento (covariables: pretest y postest). Como puede observarse, los grupos difieren significativamente en el postest y seguimiento (covariable: pretest), salvo cuando en este último se toma como covariable el postest.

Tabla 4.31. Medias y desviaciones típicas ajustadas de la Escala de Autoestima

CONDICIÓN	POSTEST*		SEGUIMIENTO*		SEGUIMIENTO**	
	M	DT	M	DT	M	DT
SET-A	28.43	2.15	32.14	1.74	32.14	4.11
CBGT-A	30.00	1.71	31.80	1.38	31.80	3.20
IAFS	31.80	3.17	33.13	2.56	33.13	3.44
CONTROL	24.87	1.56	26.07	1.26	26.07	3.03
<i>Resultados</i>	F(3,54)=6.33, p=0.001		F(3,54)=3.76, p=0.016		F(3,54)=1.35, p=0.268	
<i>ANCOVA</i>	Potencia: 99%		Potencia: 93%			

* pretest, ** posttest, M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social

Al igual que en el punto IV.1.1.1.1. pero contrastando con lo hallado en el punto IV.1.1.1.3, el nivel de confianza y la potencia de la prueba estadística es superior en el postest (covariable: pretest) que en el seguimiento (covariable: pretest).

Por otra parte, en las tablas 4.32 y 4.33 se observa que el CBGT-A y el IAFS muestran diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest) y en el seguimiento (covariable: postest), siendo el IAFS el que presenta el menor error tipo I y el tamaño del efecto más alto. Por el contrario, en el SET-A no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni en el postest ni en el seguimiento (covariables: pretest). Finalmente, no se observan diferencias significativas en el seguimiento entre las condiciones experimentales y el grupo control, cuando se toma como covariable el postest.

Tabla 4.32. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Autoestima en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.641			
CBGT-A	0.016	1.34	0.283	
IAFS	0.002	1.82	0.046	0.817

Nº total de ítems: 18; rango de puntuaciones: 18-90

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.33. Comparaciones *post-hoc* de la Escala de Autoestima en el seguimiento (covariable: postest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.111			
CBGT-A	0.047	1.11	0.995	
IAFS	0.017	1.37	0.896	0.968

Nº total de ítems: 18; rango de puntuaciones: 18-90

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

IV.1.1.1.7. Una eliminación y/o reducción del número de situaciones sociales temidas incluidas en la sección de Fobia Social de la Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV (ADIS-IV)

Una vez realizado el ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest, la tabla 4.34 presenta las medias y desviaciones típicas ajustadas tanto para el postest (covariable: pretest) como para el seguimiento (covariables: pretest y postest).

Tabla 4.34. Medias y desviaciones típicas ajustadas de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (sección de Fobia Social)

CONDICIÓN	POSTEST*		SEGUIMIENTO*		SEGUIMIENTO**	
	M	DT	M	DT	M	DT
SET-A	2.43	1.71	1.36	1.10	1.36	1.77
CBGT-A	2.67	1.36	3.00	0.88	3.00	1.71
IAFS	2.47	1.34	1.80	0.87	1.80	1.73
CONTROL	5.80	1.29	6.60	0.83	6.60	1.89
<i>Resultados ANCOVA</i>	F(3,54)=4.62, p=0.006 Potencia: 88%		F(3,54)=12.53, p=0.0001 Potencia: 99%		F(3,54)=6.49, p=0.001 Potencia: 99%	

* pretest, ** postest, M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social

Como puede observarse, los grupos difieren significativamente tanto en el postest cuando se toma como covariable el pretest como en el seguimiento (covariables: pretest y postest).

En general, en las tablas 4.35-4.37 se observa que el SET-A y el IAFS muestran diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones *post-hoc* en el postest (covariable: pretest) y en el seguimiento (covariable: postest y pretest).

Tabla 4.35. Comparaciones *post-hoc* de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (sección de Fobia Social) en el postest (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.011	1.16		
CBGT-A	0.055	1.08	0.909	
IAFS	0.016	1.15	0.998	0.960

Nº total de ítems: 13; rango de puntuaciones: 0-13

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.36. Comparaciones *post-hoc* de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (sección de Fobia Social) en el seguimiento (covariable: pretest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.0001	2.02		
CBGT-A	0.005	1.39	0.195	
IAFS	0.0001	1.85	0.941	0.454

Nº total de ítems: 13; rango de puntuaciones: 0-13

p: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

Tabla 4.37. Comparaciones *post-hoc* de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (sección de Fobia Social) en el seguimiento (covariable: postest)

	CONTROL		SET-A	CBGT-A
	p	TE	p	p
SET-A	0.001	2.51		
CBGT-A	0.111		0.222	
IAFS	0.004	2.30	0.948	0.488

Nº total de ítems: 13; rango de puntuaciones: 0-13

P: probabilidad

TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents; Tamaño muestral: 14

CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy; Tamaño muestral: 15

IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social; Tamaño muestral: 15

En concreto, las comparaciones *post-hoc* en el posttest (covariable: pretest) revelan que todos los grupos experimentales presentan diferencias significativas con respecto al grupo control (véase tabla 4.35), siendo el SET-A es el que presenta el error tipo I más bajo y el tamaño del efecto más alto. En el seguimiento (covariable: pretest y posttest) sucede otro tanto de lo mismo (véanse tabla 4.36 y 4.37). Finalmente, el CBGT-A no muestra diferencias significativas en las comparaciones *post-hoc* en el seguimiento (covariable: posttest).

IV.1.1.2. Comparaciones intragrupos

De acuerdo con las hipótesis formuladas (véase pág. 177), cabe esperar que los programas de intervención (SET-A, CBGT-A e IAFS) presenten diferencias pre-post-seguimiento estadísticamente significativas respecto a sí mismos, encontrándose:

IV.1.1.2.1. Una reducción de las respuestas de ansiedad social, operacionalizado como una disminución de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación específicos para la fobia social: (a) el Inventario de Ansiedad y Fobia 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) y (c) el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS).

La Tabla 4.38 muestra la media y la desviación típica de las puntuaciones obtenidas en el *SPAI-FS*, *SPAI-Dif*, *SAS-A/Total* y *PRCS* para cada una de las condiciones en los distintos momentos de evaluación. Como puede observarse, todos los grupos mejoran del pretest al posttest, continuando esta mejoría en el seguimiento tanto en el SET-A como en el IAFS y el grupo control. Por contra, el CBGT-A muestra un leve empeoramiento en el seguimiento en el *SPAI-FS*, *SPAI-Dif* y *PRCS*. Sin embargo, en el *SAS-A/Total* todos los grupos experimentales continúan este decremento en el seguimiento.

Además, en general se rechaza la hipótesis nula respecto de la inexistencia de diferencias entre promedios [$F(2,110)=112.51$, $p=.0001$], [$F(2,110)=98.23$, $p=.0001$], [$F(2,110)=86.21$, $p=.0001$] y [$F(2,110)=73.53$, $p=.0001$] para el *SPAI-FS*, *SPAI-Dif*, *SAS-A/Total* y *PRCS*, respectivamente.

Por otra parte, también hemos examinado el paralelismo entre los perfiles con el fin de comprobar en qué medida los diferentes grupos poseen perfiles paralelos, es decir, si el efecto de los tratamientos es el mismo. Los resultados muestran la ausencia de homogeneidad en las pendientes de regresión (véase tabla 4.38).

Tabla 4.38. Medias y desviaciones típicas del Inventario de Ansiedad y Fobia Social (subescala de Fobia Social y puntuación Diferencia): SPAI-FS, SPAI-Dif, la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) y el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (PRCS)

		SET-A		CBGT-A		IAFS		CONTROL	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
SPAI-FS	PRETEST	133.71	19.32	126.33	42.64	137.60	19.37	131.60	20.65
	POSTEST	66.64	25.32	69.87	37.81	68.20	40.76	105.47	33.60
	SEGUIMIENTO	60.50	32.28	71.07	46.05	56.93	44.91	101.80	35.78
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=144.22, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=57.72, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=3.37, p=0.004, u=0.31$							
SPAI-Diferencia	PRETEST	115.14	15.72	101.60	34.87	109.60	187.56	112.00	21.73
	POSTEST	56.43	22.45	53.00	31.54	54.40	31.54	88.73	29.39
	SEGUIMIENTO	51.07	30.96	56.60	39.23	47.60	36.89	82.80	30.23
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=124.96, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=52.33, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=2.74, p=0.016, u=0.26$							
SAS-A/Total	PRETEST	61.43	13.92	62.40	118.74	68.27	10.16	69.40	8.79
	POSTEST	45.29	11.50	43.00	10.82	42.13	12.01	60.67	12.84
	SEGUIMIENTO	45.21	11.63	41.33	12.73	35.20	13.26	60.07	15.21
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=111.16, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=40.21, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=3.22, p=0.006, u=0.30$							
PRCS	PRETEST	24.29	3.15	23.07	6.68	25.93	3.59	26.73	2.34
	POSTEST	15.57	6.36	14.07	5.66	12.73	5.67	26.33	2.19
	SEGUIMIENTO	13.43	8.67	14.33	8.28	11.87	7.45	22.93	6.74
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=88.79, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=39.92, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=6.30, p=0.000, u=0.51$							

M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social.

Como puede observarse en las Gráficas 4.1-4.4, no todos los grupos han disminuido del mismo modo las puntuaciones obtenidas. Mientras en el SET-A, CBGT-A e IAFS la disminución en las puntuaciones es acusada en el posttest, en el grupo control sólo se produce una ligera reducción visible en todos los instrumentos examinados. El SET-A y el IAFS continúan mostrando una disminución en las puntuaciones del SPAI (FS y Diferencia) y el PRCS en el seguimiento. Por el contrario, se halla un incremento en las puntuaciones de estos instrumentos en el CBGT-A, lo cual revela que la mejoría obtenida en el posttest disminuye ligeramente en el seguimiento, lo que podría sugerir una menor eficacia a largo plazo de este programa de tratamiento en esta variable dependiente.

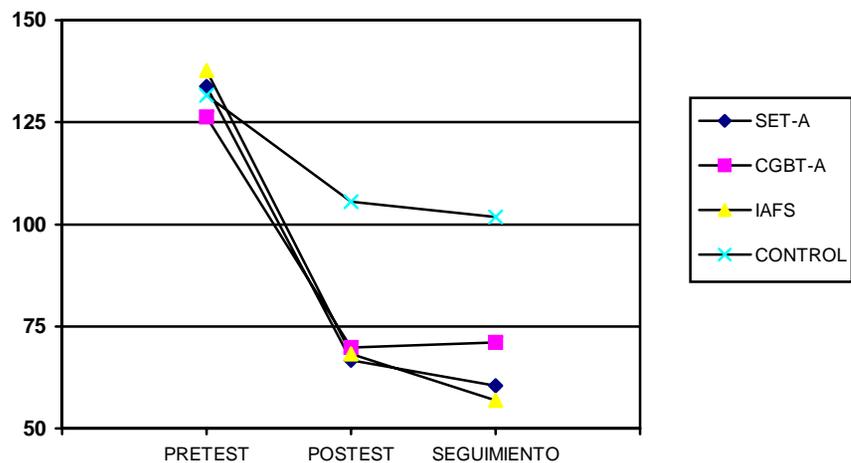
Asimismo, se observa cómo mientras que en el posttest el SET-A, CBGT-A e IAFS muestran una alta disminución de las puntuaciones Totales del SAS-A, el SET-A mantiene sus valores en el seguimiento, lo cual contrasta con lo hallado en el caso del CBGT-A e IAFS, en los que continúa produciéndose una reducción de las puntuaciones del SAS-A/Total, especialmente en el caso del IAFS.

Respecto a este último paquete de tratamiento, pese a que es la condición experimental que muestra puntuaciones más altas en el pretest (a excepción del SPAI-Diferencia), es la que posee los valores más bajos tanto en el posttest como en el seguimiento, es decir, los sujetos que recibieron el IAFS son aquellos que tienen un menor grado de ansiedad social tras la finalización de la intervención así como en el seguimiento en el SPAI-FS, la puntuación Total del SAS-A y el PRCS.

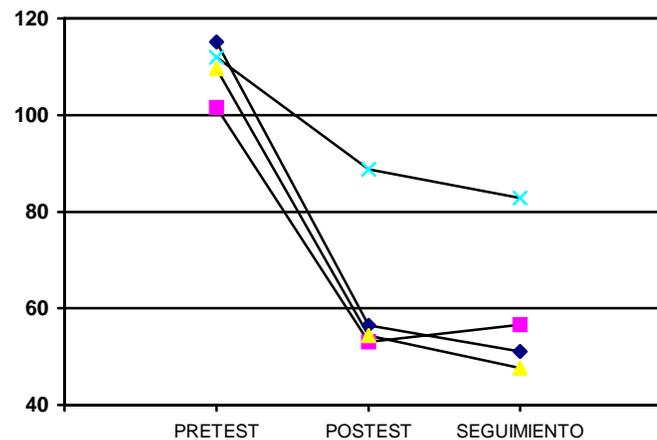
Por el contrario, en el SPAI-Diferencia (véase Gráfica 4.2), los sujetos a los que se aplicó el CBGT-A son los que mejoran en mayor medida en el posttest, mientras que los que integran el IAFS son los que presentan mejores resultados en el seguimiento.

Por último, se observa un perfil muy similar entre el SET-A y el IAFS en el SPAI (subescala de Fobia Social y puntuación de Diferencia).

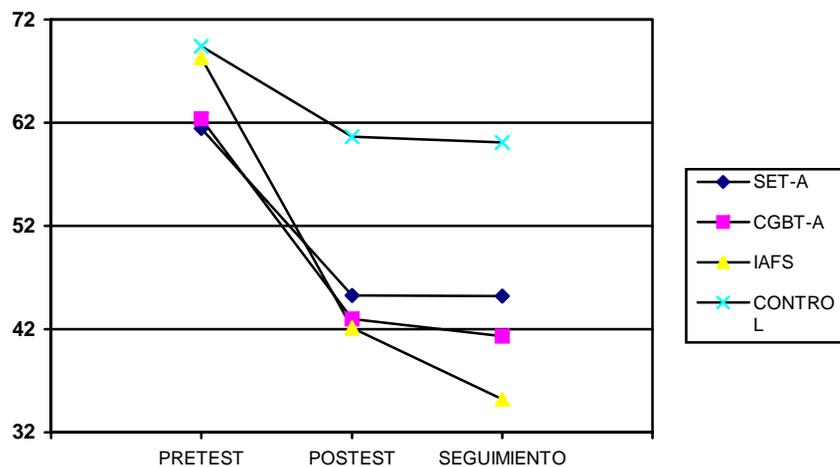
Gráfica 4.1. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (subescala de Fobia Social)



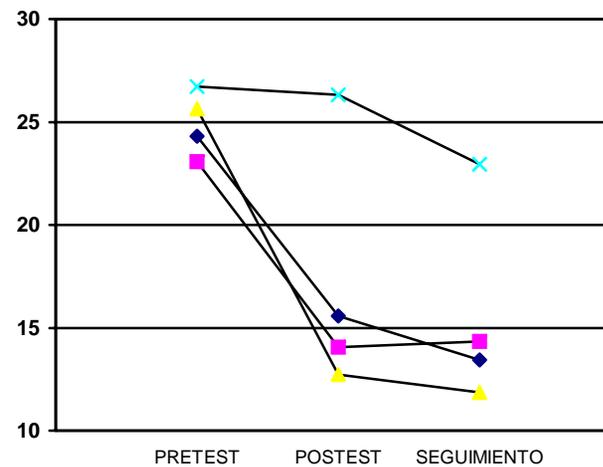
Gráfica 4.2. Inventario de Ansiedad y Fobia Social (puntuación de Diferencia)



Gráfica 4.3. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (puntuación Total)



Gráfica 4.4. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público.



IV.1.1.2.2. Una disminución de los valores de las escalas que miden el componente cognitivo de la fobia social, tales como la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES) y la subescala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) del SAS-A

La Tabla 4.39 presenta la media y la desviación típica del FNES y SAS-A/FNE para cada una de las condiciones en los distintos momentos de evaluación. Como puede observarse, todos los grupos mejoran del pretest al postest, continuando esta mejoría en el seguimiento en todos los grupos experimentales en el FNES, pero no así en el SAS-A/FNE, en el que se observa un mínimo incremento de sus puntuaciones respecto al CBGT-A en el seguimiento.

Tabla 4.39. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES) y la subescala de miedo a la evaluación negativa de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)

		SET-A		CBGT-A		IAFS		CONTROL	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
FNES	PRETEST	24.43	2.59	21.47	7.73	25.27	3.26	26.00	2.45
	POSTEST	14.64	6.89	14.67	6.49	11.40	3.44	23.53	6.28
	SEGUIMIENTO	14.36	7.93	13.80	6.96	10.93	5.61	17.67	5.89
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=125.36, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=27.95, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=4.66, p=0.000, u=0.41$							
SAS-A/FNE	PRETEST	30.14	4.80	28.40	10.86	33.07	5.92	34.20	4.68
	POSTEST	22.57	6.87	18.27	5.76	20.67	6.04	30.40	6.79
	SEGUIMIENTO	21.36	6.63	18.47	6.82	16.53	6.66	30.27	8.92
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=84.28, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=34.11, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=3.14, p=0.007, u=0.29$							

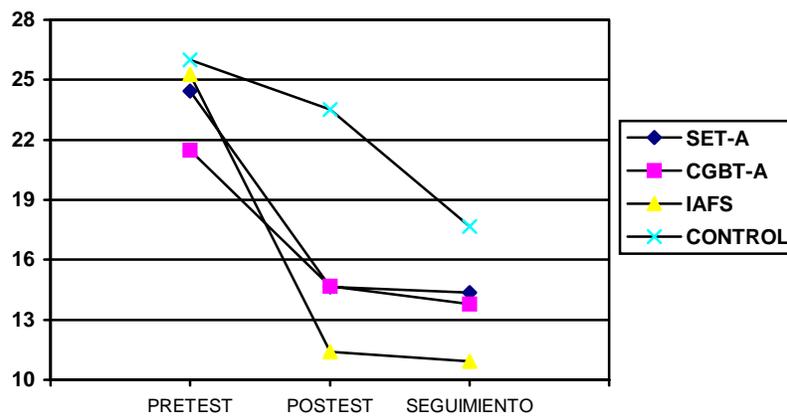
M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social.

Además, en general se rechaza la hipótesis nula respecto de la inexistencia de diferencias entre promedios [$F(2,110)=89.12, p=.0001$] en el FNES y [$F(2,110)=68.96, p=.0001$] para el SAS-A/FNE.

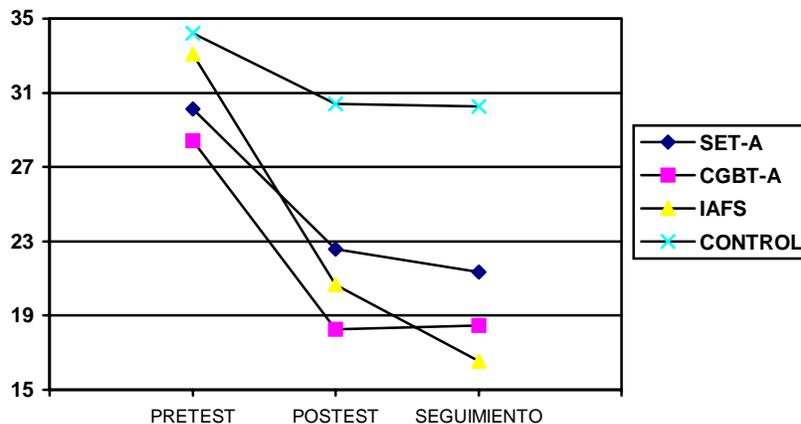
Por otra parte, también hemos examinado el paralelismo entre los perfiles con el fin de comprobar en qué medida los diferentes grupos poseen perfiles paralelos, es decir, si el efecto de los tratamientos es el mismo. Los resultados muestran la ausencia de homogeneidad en las pendientes de regresión (véase tabla 4.39).

Como puede observarse en las Gráficas 4.5 y 4.6, no todos los grupos han disminuido del mismo modo las puntuaciones obtenidas. Mientras en el SET-A, CGBT-A e IAFS la disminución en las puntuaciones es acusada en el posttest, en el grupo control sólo se produce una ligera reducción en el SAS-A/FNE y el FNES.

Gráfica 4.5. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa



Gráfica 4.6. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de Miedo a la Evaluación Negativa)



En el seguimiento podemos observar que si bien los sujetos que fueron tratados con el SET-A y el IAFS continúan mostrando una reducción en las puntuaciones del SAS-A/FNE, los que integraron el CBGT-A parecen aumentar (aunque de forma mínima) su miedo a la evaluación negativa. No obstante, esto no sucede en el caso del FNES, en donde se halla una reducción de los valores del CBGT-A en el seguimiento. De igual modo, en el postest los valores más bajos del SAS-A/FNE se muestran en el CBGT-A y en el FNES es el IAFS el que presenta las puntuaciones más bajas en el postest y el seguimiento.

Por tanto, pese a que el IAFS es la condición experimental que muestra mayores puntuaciones en el pretest, es la que posee los valores más bajos en el postest (en el FNES) y en el seguimiento, bien sea en el SAS-A/FNE o en el FNES. Es decir, los sujetos que recibieron este tratamiento son los que tienen menos miedo a la evaluación negativa en el seguimiento aún cuando éstos eran los que presentaban mayor ansiedad a la evaluación de los demás antes del inicio del tratamiento.

Por otro lado, también hay que destacar el hecho de un decremento especialmente significativo del FNES en el caso del grupo control en el postest-seguimiento. Por el contrario, si bien se encuentra una disminución de los valores del SAS-A/FNE en este grupo, se trata de una reducción mínima.

IV.1.1.2.3. Una reducción en las puntuaciones de los cuestionarios que evalúan las respuestas de evitación social: la Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADS), la subescala de ansiedad social ante extraños (SAD-N) del SAS-A y la subescala de ansiedad social ante gente en general (SAD-G) del SAS-A.

La Tabla 4.40 muestra la media y la desviación típica del SADS y las subescalas SAD-N y SAD-G del SAS-A para cada una de las condiciones en los distintos momentos de evaluación. Como puede observarse, todos los grupos mejoran del pretest al postest, continuando esta mejoría en el seguimiento tanto en el CBGT-A como en el IAFS y el grupo control en el SADS y el SAS-A/SAD-G. Por contra, el SET-A muestra un ligero empeoramiento en el seguimiento en el SAS-A/SAD-N.

Tabla 4.40. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Ansiedad y Evitación Social (SADS), la subescala de ansiedad y evitación social ante extraños (SAD-N) y la subescala de ansiedad y evitación social ante gente en general (SAD-G), ambas de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)

		SET-A		CBGT-A		IAFS		CONTROL	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
SADS	PRETEST	18.64	7.22	17.27	6.22	17.80	5.24	17.93	6.20
	POSTEST	8.79	7.81	11.13	6.79	10.40	5.55	18.13	6.10
	SEGUIMIENTO	7.50	6.45	9.53	7.98	5.80	5.43	16.40	5.17
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=65.12, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=9.37, p=0.003$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=3.92, p=0.001, u=0.35$							
SAS-A/SAD-N	PRETEST	21.14	4.75	20.87	6.12	22.00	4.17	23.07	4.08
	POSTEST	13.00	3.06	15.80	5.09	13.80	4.68	19.93	5.20
	SEGUIMIENTO	15.21	4.23	15.00	4.97	12.33	5.12	18.80	4.57
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=97.70, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=32.89, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=2.96, p=0.01, u=0.28$							
SAS-A/SAD-G	PRETEST	11.71	3.50	13.13	4.48	13.20	3.05	12.87	2.10
	POSTEST	9.71	3.15	8.93	2.19	7.67	3.31	11.00	3.12
	SEGUIMIENTO	8.64	3.00	8.53	3.52	6.13	2.33	11.00	4.41
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=85.01, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=16.07, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=3.25, p=0.006, u=0.30$							

M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social.

Además, en general se rechaza la hipótesis nula respecto de la inexistencia de diferencias entre promedios [$F(2,110)=48.34, p=.0001$], [$F(2,110)=68.58, p=.0001$], [$F(2,110)=56.21, p=.0001$] para el SADS, SAS-A/SAD-N y SAS-A/SAD-G, respectivamente.

Por otra parte, también hemos examinado el paralelismo entre los perfiles con el fin de comprobar en qué medida los diferentes grupos poseen perfiles paralelos, es decir, si el

efecto de los tratamientos es el mismo. Los resultados muestran la ausencia de homogeneidad en las pendientes de regresión (véase tabla 4.40).

Como puede observarse en las Gráficas 4.7-4.9, no todos los grupos han disminuido del mismo modo las puntuaciones obtenidas. Mientras en el SET-A, CBGT-A e IAFS la disminución en las puntuaciones es acusada en el postest, en el grupo control se produce una menor reducción en los valores del SAS-A/SAD-N y SAD-G y se halla un incremento de las puntuaciones en el SADS. En el postest, los valores más bajos en el SADS y SAS-A/SAD-N se manifiestan en el SET-A, si bien en el SAS-A/SAD-G el IAFS es el que muestra las puntuaciones más bajas. En el seguimiento, el IAFS es el que presenta los valores más bajos en todos los instrumentos de evaluación examinados.

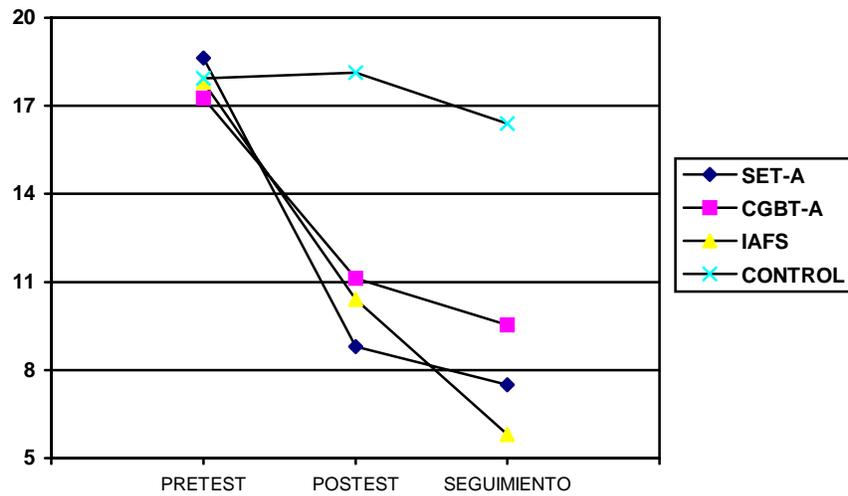
Puesto que para cada autoinforme se han encontrado distintos patrones en la evolución de las puntuaciones en las condiciones experimentales para cada momento de evaluación, procederemos a examinar los resultados obtenidos en función del instrumento de evaluación aplicado. Así, respecto al SADS, se observa un decremento de los valores del SADS en el SET-A, el CBGT-A y el IAFS tanto en el postest como en el seguimiento (véase Gráfica 4.7). Sin embargo, en el grupo control se observa un incremento de los valores de esta escala en el postest, seguido de una disminución de las puntuaciones en el seguimiento a largo plazo, hasta alcanzar valores inferiores a los obtenidos en el pretest.

Por cuanto al SAS-A/SAD-N, mientras que el SET-A y el IAFS muestran una mayor disminución que el CBGT-A en el postest, en el seguimiento el SET-A y el CBGT-A presentan puntuaciones similares (véase Gráfica 4.8). Hay que señalar el inesperado aumento de las puntuaciones en el SET-A en la comparación postest-seguimiento, es decir, los sujetos que integraban este grupo informan más ansiedad y evitación ante situaciones sociales con extraños en el seguimiento. Asimismo se observa un perfil muy similar entre el CBGT-A y el grupo control en este autoinforme.

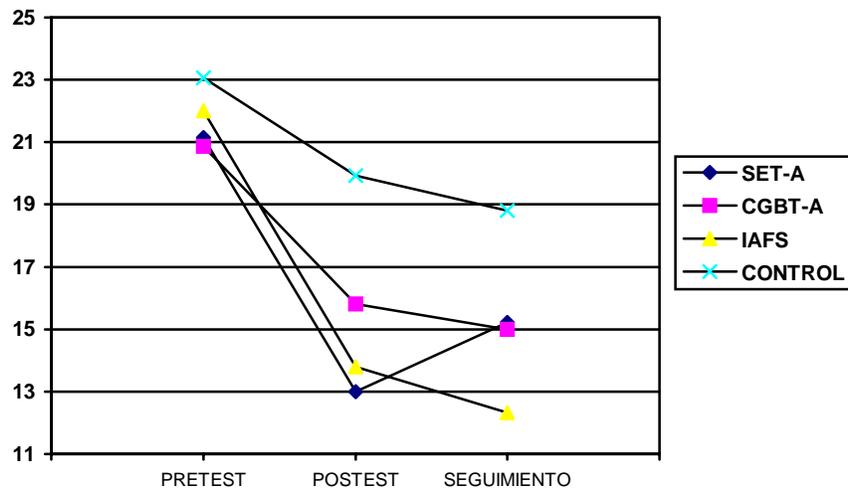
En la gráfica 4.9. se constata una reducción de los valores del SAS-A/SAD-G en el seguimiento bien sea en el SET-A, el CBGT-A y el IAFS, pero no así en el grupo control, en el cual se observa un mantenimiento de los valores alcanzados en el postest. Por otro lado, mientras el SET-A sigue una tendencia lineal, los otros grupos presentan una tendencia cuadrática, lo que indica que el decremento de las puntuaciones del SASA-SAD-

G en el SET-A es gradual, mientras que en las demás condiciones existe una disminución marcada de las puntuaciones del pretest al posttest, la cual se mantiene o bien se sigue produciendo este decremento pero de una forma menos acusada.

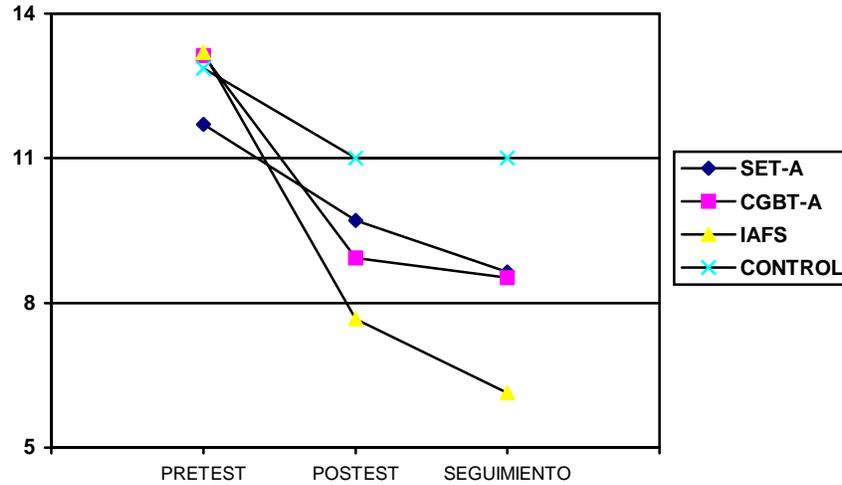
Gráfica 4.7. Escala de Ansiedad y Evitación Social



Gráfica 4.8. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de Ansiedad y Evitación Social ante Extraños)



Gráfica 4.9. Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (subescala de Ansiedad y Evitación Social en General)



IV.1.1.2.4. Una modificación en las puntuaciones de los cuestionarios que miden el nivel de habilidades sociales de los sujetos, operacionalizado como un incremento de los valores de la Escala de Asertividad y una disminución de las puntuaciones de la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA)

La Tabla 4.41 presenta la media y la desviación típica de la Escala de Asertividad y del EHSPA para cada una de las condiciones en los distintos momentos de evaluación. Como puede observarse, todos los grupos mejoran del pretest al postest, continuando esta mejoría en el seguimiento en el SET-A, CGBT-A, IAFS y el grupo control en la Escala de Asertividad. Por el contrario, el grupo control muestra un empeoramiento en el seguimiento respecto del postest en el EHSPA.

Por otro lado, en global, se rechaza la hipótesis nula respecto a la inexistencia de diferencias entre promedios [$F(2,110)=53.61, p=.0001$] y [$F(2,110)=36.01, p=.0001$] para la Escala de Asertividad y el EHSPA, respectivamente.

Por último, hemos examinado el paralelismo de los perfiles con el fin de intentar responder a la cuestión de si los diferentes grupos poseen perfiles paralelos, es decir, si el efecto de los tratamientos es el mismo. Los resultados indican la ausencia de homogeneidad de pendientes de regresión (véase tabla 4.41).

Tabla 4.41. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Asertividad y la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes

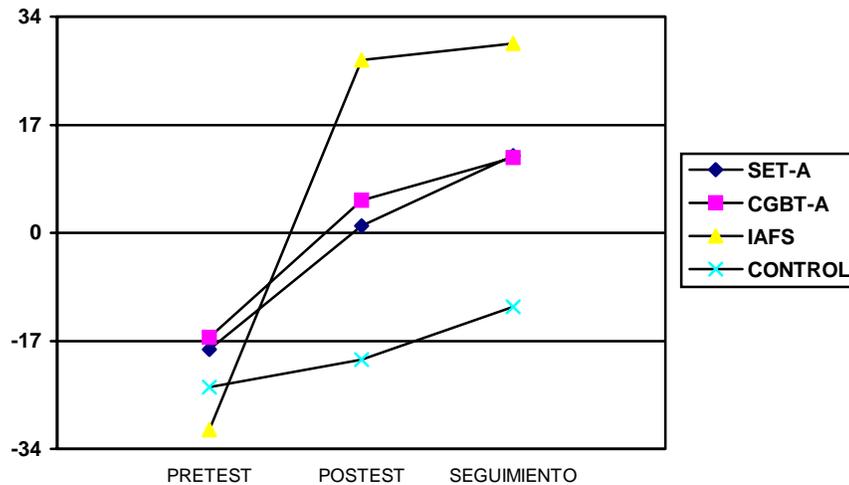
		SET-A		CBGT-A		IAFS		CONTROL	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Escala de Asertividad	PRETEST	-18.36	18.24	-16.40	11.09	-31.00	17.73	-24.27	14.77
	POSTEST	+1.14	20.82	+5.07	23.62	+27.13	21.74	-20.00	20.58
	SEGUIMIENTO	+12.13	29.82	+11.87	33.33	+29.80	32.26	-11.67	25.58
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=68.91, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=17.19, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=5.50, p=0.0001, u=0.46$							
EHSPA	PRETEST	247.93	70.96	253.40	105.70	246.80	98.36	261.93	107.95
	POSTEST	159.86	74.66	187.60	104.39	184.33	124.60	225.73	102.25
	SEGUIMIENTO	143.93	72.03	104.39	96.70	103.20	66.55	238.20	81.58
	<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=56.92, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=3.64, p=0.062$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=2.43, p=0.030, u=0.23$							

M: Media, DT: Desviación típica, SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents, CBGT-A: Cognitive-Behavioral Group Therapy, IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social.

Como puede observarse en la Gráfica 4.10 y 4.11, no todos los grupos han disminuido del mismo modo las puntuaciones obtenidas en la Escala de Asertividad y en la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes.

A la vista de la gráfica 4.10, se comprueba que mientras que el CBGT-A y el SET-A siguen una tendencia muy similar (incremento gradual de las puntuaciones en el posttest y en el seguimiento), en el IAFS se produce un incremento de casi 60 puntos en el posttest, más del doble que los otros programas de tratamiento, para posteriormente aumentar sólo ligeramente las puntuaciones en el seguimiento, probablemente como consecuencia de un “efecto techo”. Por otra parte, señalar que tanto el SET-A como el CBGT-A y el IAFS superan el punto de corte de esta escala en el posttest puntuación 0). Asimismo, pese a que el grupo control muestra una mejora de los niveles de asertividad, los valores se encuentran aún por debajo del punto de corte de la escala recogido en Echeburúa (1995).

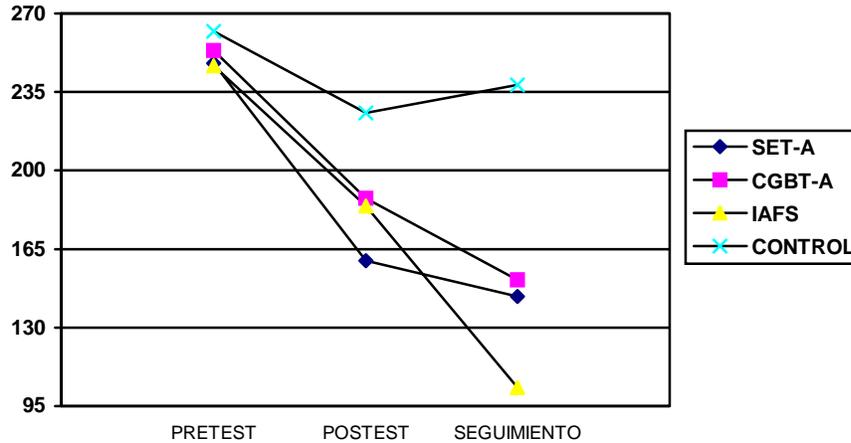
Gráfica 4.10. Escala de Asertividad



En relación con el EHSPA, mientras que en el SET-A, CGBT-A e IAFS la disminución en las puntuaciones es acusada en el posttest, sólo se produce una ligera reducción de los valores del EHSPA en el grupo control (véase Gráfica 4.11). El CGBT-A y el IAFS muestran una tendencia lineal mientras que en el SET-A, esta es cuadrática. Dado que esta última tendencia ha resultado significativa, esto dificulta la interpretación de este resultado. No obstante, hay que indicar que en el posttest es el SET-A el que presenta las puntuaciones más bajas frente al IAFS, que es la que posee los valores más bajos en el seguimiento, es decir, quienes tienen menos déficit de habilidades sociales.

De acuerdo con los centiles propuestos por los autores de la escala y tomando las medias en el seguimiento, la media de los sujetos de el SET-A se encontraría en el centil 48, la media de los sujetos de el CGBT-A se situaría en el centil 51, la media de las puntuaciones de los sujetos de el IAFS se hallaría en el centil 32 y la media del grupo control se encontraría en el centil 75. Teniendo en cuenta estos datos, puede indicarse que la media de los sujetos de los grupos experimentales está aproximadamente por debajo del centil 50 de la escala.

Gráfica 4.11. Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes



IV.1.1.2.5. Una eliminación y/o descenso de los valores de la Escala de Inadaptación

La Tabla 4.42 contiene la media y la desviación típica de la *Escala de Inadaptación* para cada una de las condiciones en los distintos momentos de evaluación. Como puede observarse, todos los grupos mejoran del pretest al posttest, continuando también esta mejoría en el seguimiento. Además, en general se rechaza la hipótesis nula respecto a la inexistencia de diferencias entre promedios [$F(2,110)=43.54$, $p=.0001$].

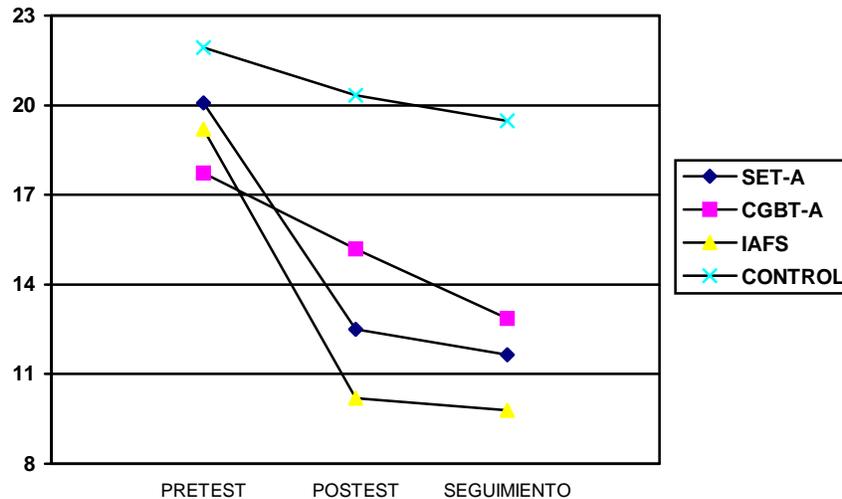
Tabla 4.42. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Inadaptación

	SET-A		CBGT-A		IAFS		CONTROL	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
PRETEST	20.07	5.00	17.73	6.06	19.20	5.51	21.93	4.99
POSTEST	12.50	3.98	15.20	6.39	10.20	3.49	20.33	5.37
SEGUIMIENTO	11.64	5.47	12.87	5.67	9.80	4.07	19.47	7.20
<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=59.11$, $p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=15.04$, $p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=3.96$, $p=0.001$, $u=0.35$							

Por último, hemos examinado el paralelismo de los perfiles con el fin de responder a la cuestión de si los diferentes grupos poseen perfiles paralelos, es decir, si el efecto de los tratamientos es el mismo. Los resultados indican la ausencia de homogeneidad de las

pendientes de regresión. Como puede verse en la Gráfica 4.12, no todos los grupos han disminuido del mismo modo las puntuaciones obtenidas en la Escala de Inadaptación.

Gráfica 4.12. Escala de Inadaptación



A la vista de esta gráfica se observa que, mientras que el SET-A e IAFS siguen una pauta muy similar (disminución acusada de las puntuaciones en el postest y una ligera reducción en el seguimiento), en el CGBT-A se produce una disminución más gradual. O dicho de otro modo, mientras el SET-A e IAFS presentan una tendencia cuadrática, el CGBT-A muestra una tendencia más lineal. Por otra parte, señalar que tanto en el postest como en el seguimiento, el IAFS es el que muestra las puntuaciones más bajas en esta variable, es decir, los sujetos que recibieron este tratamiento son los que presentan menos problemas de adaptación al tener que relacionarse con los demás bien sea al final del tratamiento o en el seguimiento.

IV.1.1.2.5. Un incremento de las puntuaciones de la Escala de Autoestima

La Tabla 4.43 incluye la media y la desviación típica de la *Escala de Autoestima* para cada una de las condiciones en los distintos momentos de evaluación.

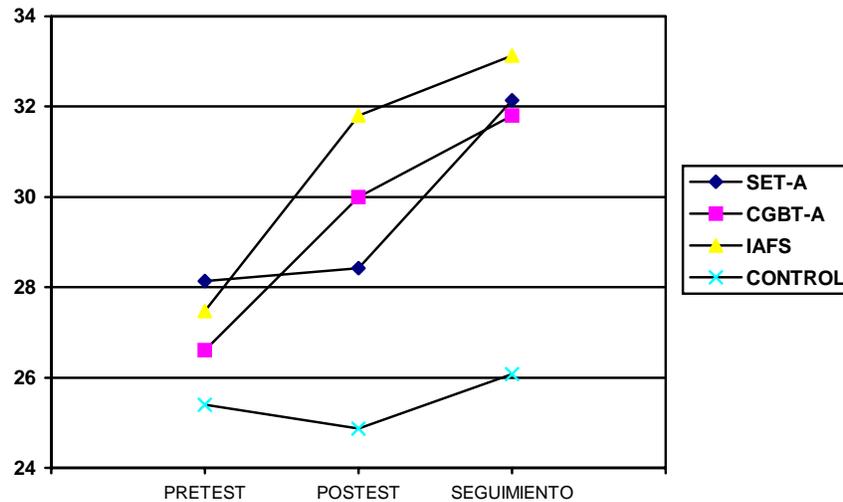
Tabla 4.43. Medias y desviaciones típicas de la Escala de Autoestima

	SET-A		CBGT-A		IAFS		CONTROL	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
PRETEST	28.14	3.25	26.60	7.22	27.47	4.79	25.40	2.35
POSTEST	28.43	5.53	30.00	4.07	31.80	4.38	24.87	3.85
SEGUIMIENTO	32.14	4.70	31.80	5.65	33.13	5.08	26.07	6.15
<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=30.92, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=0.03, p=0.864$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=2.91, p=0.011, u=0.27$							

La tabla 4.43 muestra cómo el SET-A, CBGT-A e IAFS mejoran sus puntuaciones del pretest al postest, pero no así el grupo control, el cual obtiene valores más bajos en el postest. En el seguimiento todos los grupos experimentan una mejoría en comparación con el postest. Por otro lado, en general, se rechaza la hipótesis nula respecto de la inexistencia de diferencias entre promedios [$F(2,110)=21.23, p=.000$]. Por último, hemos examinado el paralelismo de los perfiles con el fin de responder a la cuestión de si los diferentes grupos poseen perfiles paralelos, es decir, si el efecto de los tratamientos es el mismo. Los resultados indican la ausencia de homogeneidad en las pendientes de regresión.

Como puede verse en la Gráfica 4.13, no todos los grupos han aumentado las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima del mismo modo. Se observa que mientras que en el postest el CBGT-A e IAFS siguen un perfil muy similar, aumentando sus puntuaciones, en el SET-A se produce un ligero incremento en las puntuaciones de esta escala, para en el seguimiento obtener valores similares al CBGT-A e IAFS. No obstante, debe tenerse en cuenta que el SET-A presenta los valores más altos en el pretest (es decir, los sujetos que componen este grupo obtiene una puntuación más alta en el pretest), razón por la que pueden no haber existido diferencias significativas en esta variable en ningún momento de evaluación. Por otra parte, el grupo control empeora sus valores del pretest al postest, si bien en el seguimiento se halla un incremento del nivel de autoestima, a pesar de lo cual las puntuaciones quedan muy por debajo del resto de las condiciones experimentales.

Gráfica 4.13. Escala de Autoestima



IV.1.1.2.6. Una eliminación y/o reducción del número de situaciones sociales temidas incluidas en la sección de Fobia Social de la Entrevista Semiestructurada de Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV (ADIS-IV)

La Tabla 4.44 contiene la media y la desviación típica del *ADIS-IV/sección de Fobia Social* (ADIS-FS, a continuación) para cada una de las condiciones en los distintos momentos de evaluación. Todos los grupos mejoran del pretest al postest, continuando esta mejoría en el seguimiento en el SET-A y el IAFS. Por el contrario, el CGBT-A y el grupo control muestran un ligero empeoramiento en el seguimiento. Asimismo, en general, se rechaza la hipótesis nula respecto a la inexistencia de diferencias entre promedios [$F(2,110)=162.52, p=.0001$]. Por último, hemos examinado el paralelismo de los perfiles con el fin de responder a la cuestión de si los diferentes grupos poseen perfiles paralelos, es decir, si el efecto de los tratamientos es el mismo. Los resultados indican la ausencia de homogeneidad de las pendientes de regresión.

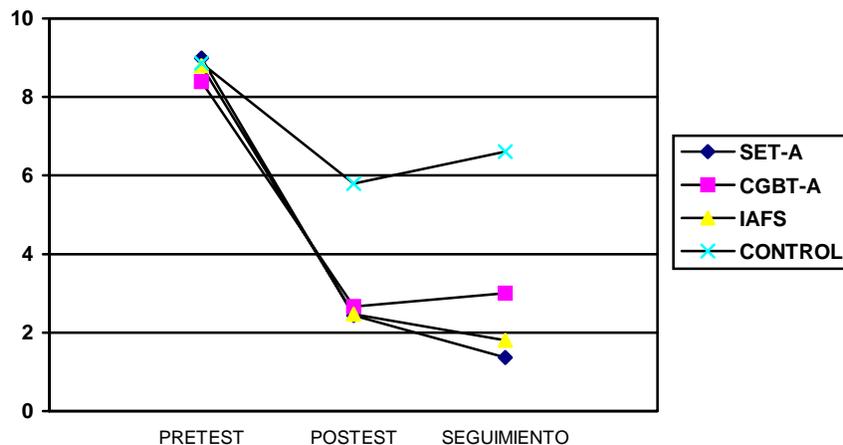
Como puede constatarse en la Gráfica 4.14, no todos los grupos han disminuido del mismo modo las puntuaciones obtenidas en el ADIS-FS.

Tabla 4.44. Medias y desviaciones típicas de la Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (sección de Fobia Social)

	SET-A		CBGT-A		IAFS		CONTROL	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
PRETEST	9.00	2.11	8.40	2.68	8.80	1.66	8.87	1.60
POSTEST	2.43	3.20	2.67	3.09	2.47	3.11	5.80	3.41
SEGUIMIENTO	1.36	2.50	3.00	2.78	1.80	2.34	6.60	3.20
<i>Resultados ANOVA</i>	Tendencia lineal: $F(1,55)=251.03, p=0.0001$ Tendencia cuadrática: $F(1,55)=74.46, p=0.0001$ Paralelismo entre los perfiles: $F(6,110)=4.60, p=0.000, u=0.40$							

A la vista de esta gráfica, mientras que en el posttest se observa una disminución muy acusada en el número de situaciones sociales temidas en el SET-A, CBGT-A e IAFS, se produce una menor reducción en el grupo control. En el seguimiento se halla un aumento mínimo del número de situaciones sociales temidas en el CBGT-A, en comparación con el SET-A y el IAFS, los cuales siguen mostrando una disminución del número de situaciones sociales temidas. Por otro lado, pese a que en el pretest el SET-A es la condición experimental que mostraba mayor número de situaciones sociales temidas, es la que presenta los valores más bajos tanto en el posttest como en el seguimiento.

Gráfica 4.14. Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Ansiedad (sección de Fobia Social)



IV.1.1.3. Comparaciones intragrupos: Prueba observacional

De acuerdo con las hipótesis formuladas (véase pág. 177), cabe esperar que los programas de intervención (SET-A, CBGT-A e IAFS) presenten diferencias pre-postest estadísticamente significativas respecto a sí mismos, encontrándose:

Un incremento de los valores de los aspectos moleculares del “número de frases por minuto” y de los aspectos molares de mirada, calidad vocal, duración, bienestar, fluidez y puntuación total así como un decremento de las puntuaciones de los valores moleculares de la “frecuencia” y la “duración de los errores producidos durante la conversación”

Para ello, en primer lugar, realizamos un ANCOVA para parcializar el efecto de las puntuaciones en el pretest. Los resultados muestran la inexistencia de diferencias en cuanto al comportamiento de las variables analizadas, es decir, que los tres tratamientos han tenido la misma eficacia y ninguno ha resultado superior a los otros.

En segundo lugar, evaluamos la efectividad de los tratamientos (SET-A, CBGT-A e IAFS) con el objeto de examinar en qué medida los sujetos mejoran tras la aplicación de las intervenciones, si bien los datos del ANOVA no permitirán determinar qué tratamiento ha sido el mejor. Dado que los resultados de la prueba observacional se basan en las diferencias pre-postest, los datos que se presentan en este punto difieren de los anteriores, por cuanto al tratarse de dos momentos de evaluación carece de sentido analizar la tendencia entre dos puntuaciones así como el paralelismo entre los perfiles.

Respecto a este último punto, la tabla 4.45 presenta la media y la desviación típica de la Prueba Observacional para el SET-A, CBGT-A e IAFS durante la situación relativa a iniciar y mantener una conversación con una persona desconocida (a los sujetos del grupo control no se les administró la prueba observacional). La tabla 4.46 lo hace respecto de la situación de hablar en público.

Tabla 4.45. Resultados de los aspectos moleculares y molares de la prueba observacional: Situación de iniciar y mantener una conversación

	VARIABLE	CONDICIÓN	SET-A		CBGT-A		IAFS	
			M	DT	M	DT	M	DT
MOLECULAR	Frecuencia de los errores	Pretest	10.71	4.95	10.63	4.00	19.30	17.68
		Posttest	7.47	3.72	5.79	2.64	13.30	11.99
		ANOVA	F(2, 41) = 5.82, p=0.02					
	Nº Frases por minuto	Pretest	7.14	3.87	6.02	1.93	5.32	2.11
		Posttest	8.68	3.72	8.67	3.31	8.57	3.11
		ANOVA	F(2, 41) = 0.65, p=0.53					
	Duración de los errores	Pretest	213.07	96.04	139.93	54.70	210.27	65.98
		Posttest	198.68	106.24	169.13	58.33	126.67	82.05
		ANOVA	F(2, 41) = 4.89, p=0.01					
MOLAR	MIRADA	Pretest	2.93	1.07	3.57	1.00	2.83	1.05
		Posttest	3.53	1.08	3.70	0.86	3.20	0.96
		ANOVA	F(2, 41) = 0.50, p=0.61					
	CALIDAD	Pretest	3.14	0.93	2.87	0.93	2.77	0.94
		Posttest	3.18	0.93	3.40	0.71	3.10	0.78
		ANOVA	F(2, 41) = 0.59, p= 0.56					
	DURACIÓN	Pretest	2.82	0.75	2.77	0.73	2.60	0.76
		Posttest	2.71	0.85	3.20	0.84	3.10	1.15
		ANOVA	F(2, 41) = 1.38, p= 0.26					
	BIENESTAR	Pretest	2.46	0.91	2.67	0.92	2.17	0.86
		Posttest	3.04	1.03	3.23	0.78	2.63	1.22
		ANOVA	F(2, 41) = 0.02, p=0.97					
FLUIDEZ	Pretest	2.93	1.07	2.47	0.72	3.10	1.20	
	Posttest	3.14	1.08	3.27	0.84	2.93	1.22	
	ANOVA	F(2, 41) = 0.59, p=0.56						
TOTAL	Pretest	14.39	4.15	14.50	2.99	12.93	3.75	
	Posttest	15.61	4.10	16.63	3.28	14.90	4.31	
	ANOVA	F(2, 41) = 0.13, p=0.88						

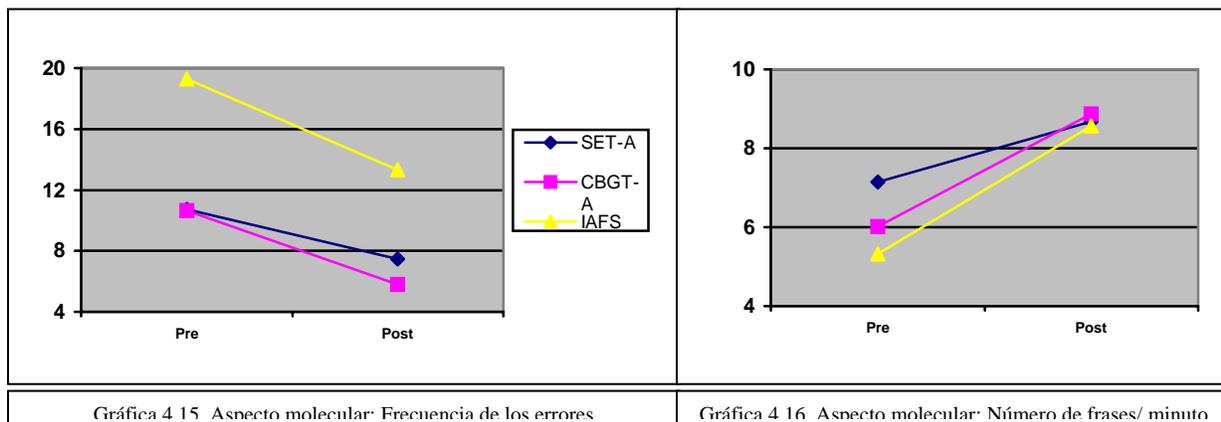
Como puede observarse, en la situación de iniciar y mantener conversaciones se hallan diferencias estadísticamente significativas en los aspectos moleculares de “frecuencia y duración de los errores producidos durante la conversación”¹ mientras que en la situación de hablar en público en el aspecto molecular de “frecuencia de los errores producidos durante la conversación” y en los aspectos molares de mirada y bienestar.

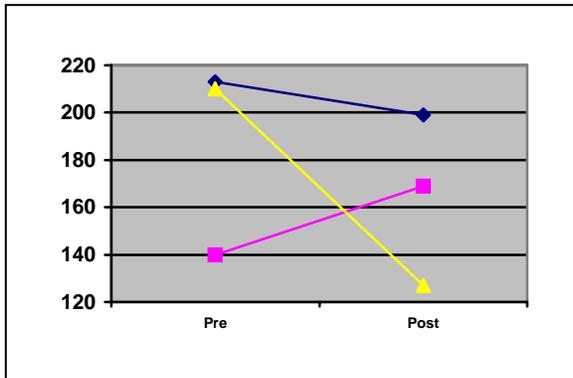
¹ Hay que hacer notar que en el ANOVA de un factor sobre el pretest, en esta variable se observaron diferencias significativas en el pretest (véase pág. anexos)

Tabla 4.46. Resultados de los aspectos moleculares y molares de la prueba observacional: Situación de hablar en público

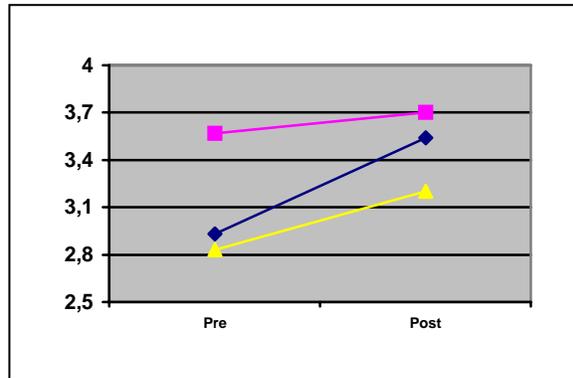
	VARIABLE	CONDICIÓN	SET-A		CBGT-A		IAFS		
			M	DT	M	DT	M	DT	
MOLECULAR	Frecuencia de los errores	Pretest	13.51	11.86	20.50	19.52	14.33	8.04	
		Posttest	38.58	36.11	15.51	6.78	24.14	22.85	
	ANOVA	F(2, 41) = 3.87, p=0.03							
	Nº Frases por minuto	Pretest	6.46	3.06	6.10	2.64	5.86	2.22	
		Posttest	8.97	3.18	8.50	2.60	8.27	3.09	
	ANOVA	F(2, 41) = 0.01, p=0.99							
Duración de los errores	Pretest	248.171	111.33	160.13	63.76	225.93	78.80		
	Posttest	136.09	97.68	103.90	72.68	119.25	93.06		
ANOVA	F(2, 41) = 1.21, p=0.31								
MOLAR	MIRADA	Pretest	2.39	0.92	2.77	0.98	2.23	1.03	
		Posttest	3.43	1.24	2.87	1.23	3.60	0.91	
	ANOVA	F(2, 41) = 3.11, p=0.05							
	CALIDAD	Pretest	2.79	1.07	2.87	0.77	2.50	0.68	
		Posttest	3.43	1.14	2.87	1.23	3.37	0.81	
	ANOVA	F(2, 41) = 1.30, p=0.28							
	DURACIÓN	Pretest	2.32	0.95	2.87	0.71	2.43	0.62	
		Posttest	3.57	1.12	2.97	1.03	3.13	0.90	
	ANOVA	F(2, 41) = 2.08, p=0.14							
	BIENESTAR	Pretest	2.21	0.95	2.70	1.01	1.90	0.66	
		Posttest	3.29	1.12	2.83	0.82	3.33	0.96	
	ANOVA	F(2, 41) = 3.91, p=0.03							
FLUIDEZ	Pretest	2.21	0.87	3.07	0.73	2.77	0.84		
	Posttest	3.50	1.06	3.37	1.16	3.47	1.01		
ANOVA	F(2, 41) = 2.46, p=0.10								
TOTAL	Pretest	11.96	4.07	14.20	3.03	11.83	2.96		
	Posttest	17.21	5.01	15.37	4.45	16.90	3.98		
ANOVA	F(2, 41) = 2.88, p=0.07								

Además, como puede verse en las gráficas 4.15-4.23 relativas a la situación de “iniciar y mantener conversaciones”, las puntuaciones de los grupos no han cambiado del mismo modo.

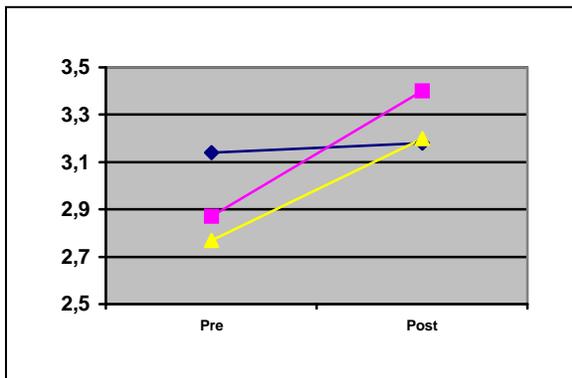




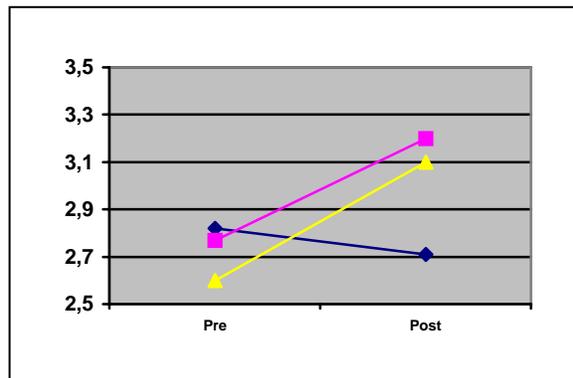
Gráfica 4 17 Aspecto molecular: Duración de los errores



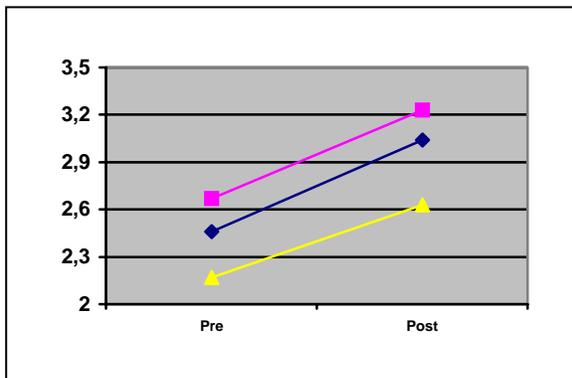
Gráfica 4 18 Aspecto molar: Mirada



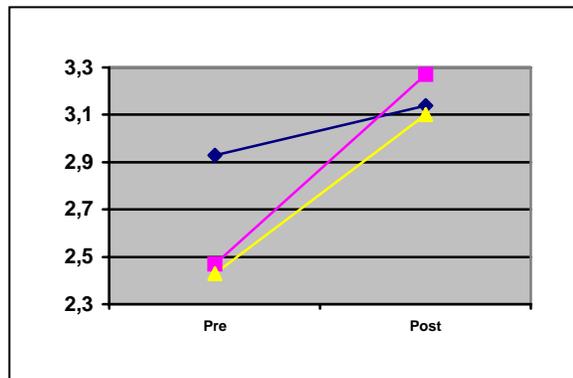
Gráfica 4 19 Aspecto molar: Calidad vocal



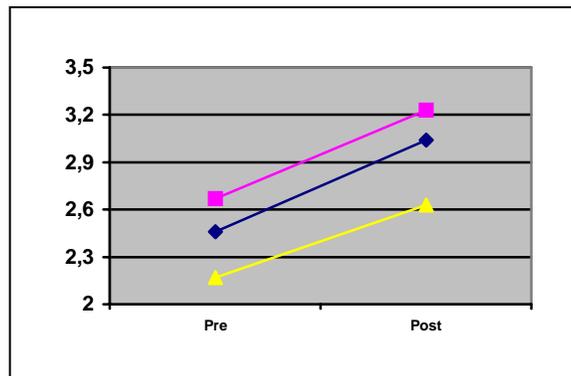
Gráfica 4 20 Aspecto molar: Duración



Gráfica 4 21 Aspecto molar: Bienestar



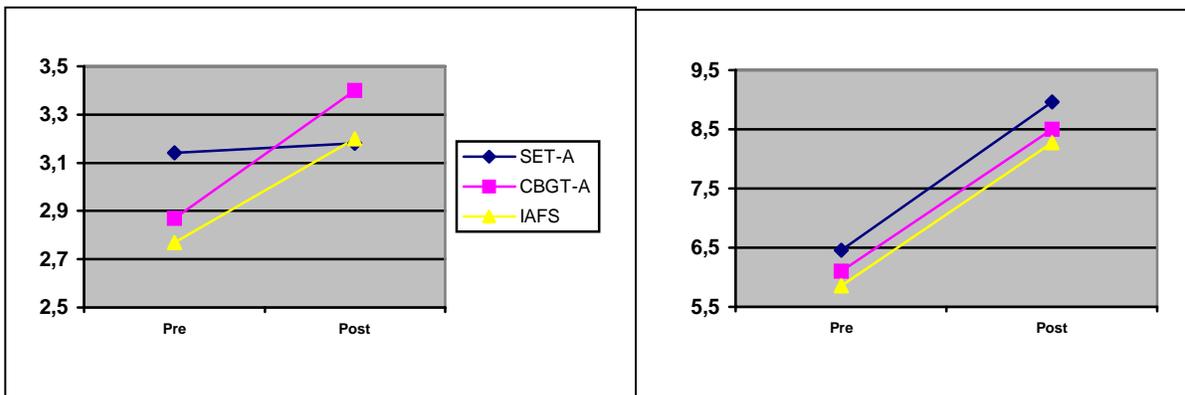
Gráfica 4 22 Aspecto molar: Fluidez



Gráfica 4.23. Aspecto molar: Punt. Total

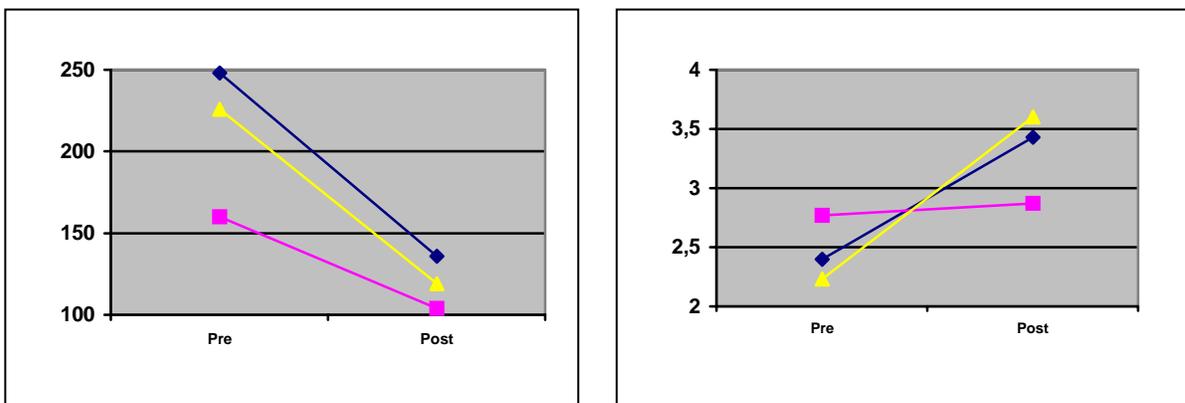
Los grupos muestran un perfil similar en los aspectos moleculares de “número de frases por minuto” y “frecuencia de los errores producidos durante la conversación” así como en los aspectos molares de *Bienestar* y de la puntuación *Total*. En la variable *Fluidez y Calidad vocal* mientras que el CBGT-A e IAFS muestran un elevado incremento de sus valores en el postest, se observa un menor aumento en el SET-A. Por otra parte, se observan dos resultados inesperados: en la variable “Duración de los errores producidos durante la conversación” (aspecto molecular) se observa un incremento de las puntuaciones del CBGT-A en el postest y en la variable *Duración* (aspecto molar) el SET-A disminuye sus valores en el postest, en contra de lo hipotetizado.

A continuación presentamos las gráficas 4.24-4.32, las cuales hacen referencia a la situación de “hablar en público”. Como puede observarse, las puntuaciones de los grupos experimentales no han cambiado del mismo modo.



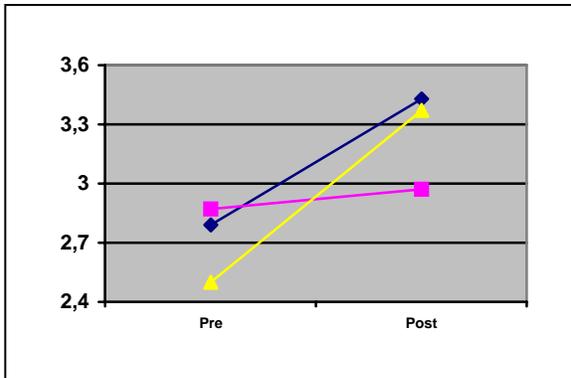
Gráfica 4.24. Aspecto molecular: Frecuencia de los errores

Gráfica 4.25. Aspecto molecular: Número de frases/minuto

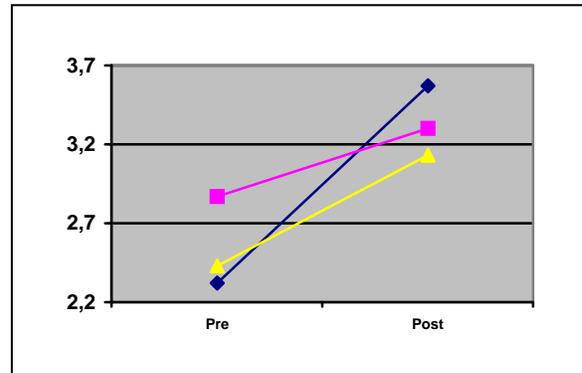


Gráfica 4.26. Aspecto molecular: Duración de los errores

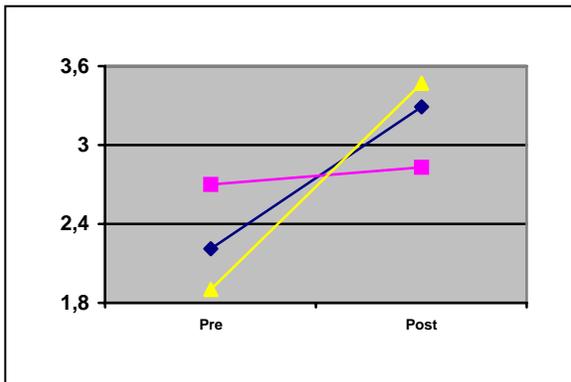
Gráfica 4.27. Aspecto molar: Mirada



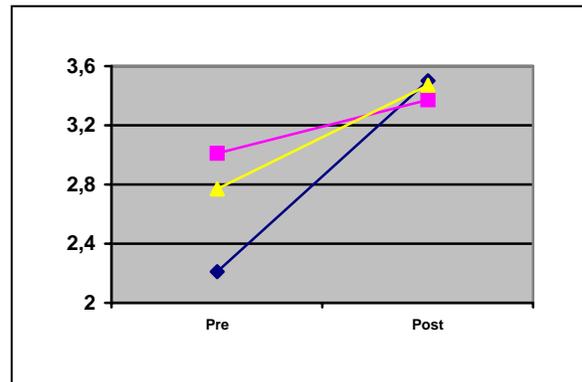
Gráfica 4.28. Aspecto molar: Calidad vocal



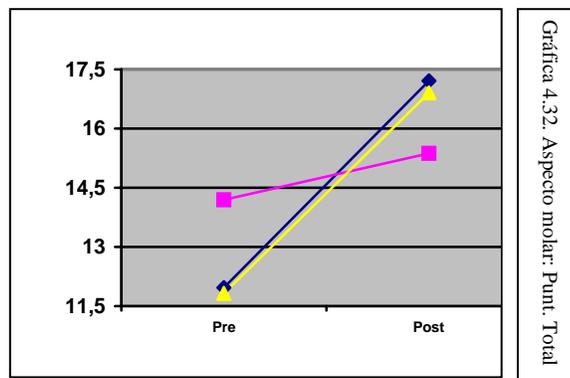
Gráfica 4.29. Aspecto molar: Duración



Gráfica 4.30. Aspecto molar: Bienestar



Gráfica 4.31. Aspecto molar: Fluidez



Gráfica 4.32. Aspecto molar: Punt. Total

Los grupos muestran un perfil similar en los aspectos moleculares de “número de frases por minuto” así como en el aspecto molar de *Duración*. En la variable *Mirada* y *Total* mientras que el SET-A e IAFS muestran un elevado incremento de sus valores en el postest, se observa un menor aumento en el CBGT-A. Especialmente a destacar en las variables *Calidad vocal* y *Bienestar* el IAFS muestre los valores más bajos en el pretest pero los más altos en el postest. Otro tanto sucede en las variables *Duración* (molar) y

Fluidez pero en este caso en relación con el SET-A. Por otra parte, se observa un resultado inesperado: en la variable “frecuencia de los errores producidos durante la conversación” se observa un incremento de las puntuaciones del CBGT-A en el postest.

Para concluir este apartado, a continuación presentamos unas tablas resumen de las comparaciones intergrupos.

Tabla-resumen 4.47. Significación de las comparaciones postest (covariable: pretest)

	SET-A		CBGT-A		IAFS	
	P	TE	P	TE	P	TE
SPAI-FS	***	1.30	*	1.19	***	1.25
SPAI-DIF	***	1.24	*	1.37	**	1.32
SASA-FNE	*	1.35	****	2.09	*** *	1.68
SASA-SAD-N	***	1.62	NS		***	1.44
SASA-SAD-G	NS		NS		***	1.25
SASA-Total	*	1.83	***	1.59	*** *	1.67
FNES	***	1.52	*	1.51	*** *	2.07
SADS	*** *	1.67	*	1.25	***	1.38
ASERTIVIDAD	NS		*	1.20	*** *	2.25
AUTOESTIMA	NS		*	1.34	***	1.82
ADAPTACIÓN	*** *	1.87	NS		*** *	2.43
PRCS	*** *	2.16	****	2.46	*** *	2.72
EHSPA	NS		*	1.32	*** *	2.05
ADIS-FS	*	1.16	MS	1.08	*	1.15

* P≤ 0.05
 ** P≤ 0.01
 *** P≤ 0.005
 **** P≤ 0.001
 NS: No significativa
 MS: Marginalmente significativa

P: Nivel de significación
 TE: Tamaño del efecto
 SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents
 CBGT-A: Cognitive- Behavioral Group Therapy for Adolescents
 IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social

Tabla-resumen 4.48. Significación de las comparaciones seguimiento (covariable: postest)

	SET-A		CBGT-A		IAFS	
	P	TE	P	TE	P	TE
SPAI-FS	NS		NS		NS	
SPAI-DIF	NS		NS		NS	
SASA-FNE	NS		NS		*	2.47
SASA-SAD-N	NS		NS		NS	
SASA-SAD-G	NS		NS		NS	
SASA-Total	NS		NS		MS	2.43
FNES	NS		NS		NS	
SADS	NS		NS		*	2.10
ASERTIVIDAD	NS		NS		NS	
AUTOESTIMA	NS		NS		NS	
ADAPTACIÓN	NS		NS		NS	
PRCS	NS		NS		NS	
EHSPA	NS		NS		NS	
ADIS-FS	***	2.51	NS		***	2.30

	*					
--	---	--	--	--	--	--

* P≤ 0.05
 ** P≤ 0.01
 *** P≤ 0.005
 **** P≤ 0.001
 NS: No significativa
 MS: Marginalmente significativa

P: Nivel de significación
 TE: Tamaño del efecto
 SET-A: Social Effectiveness Therapy for Adolescents
 CBGT-A: Cognitive- Behavioral Group Therapy for Adolescents
 IAFS: Intervención en Adolescentes con Fobia Social

Tabla-resumen 4.49. Significación de las comparaciones seguimiento (covariable: pretest)

	SET-A		CBGT-A		IAFS	
	P	TE	P	TE	P	TE
SPAI-FS	*	1.09	NS		***	1.18
SPAI-DIF	*	0.95	NS		*	1.06
SASA-FNE	*	1.25	***	1.66	*** *	1.93
SASA-SAD-N	NS		NS		***	1.45
SASA-SAD-G	NS		NS		*** *	1.55
SASA-Total	NS		**	1.46	*** *	1.93
FNES	NS		NS		*	1.02
SADS	***	1.42	*	1.09	*** *	1.69
ASERTIVIDAD	NS		NS		*** *	1.39
AUTOESTIMA	NS		*	1.11	*	1.37
ADAPTACIÓN	**	1.43	NS		***	1.76

					*	
PRCS	*	1.25	NS		***	1.45
EHSPA	**	1.28	*	1.18	*** *	1.83
ADIS-FS	*** *	2.02	***	1.39	*** *	1.85

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$ *** $P \leq 0.005$ **** $P \leq 0.001$

NS: No significativa

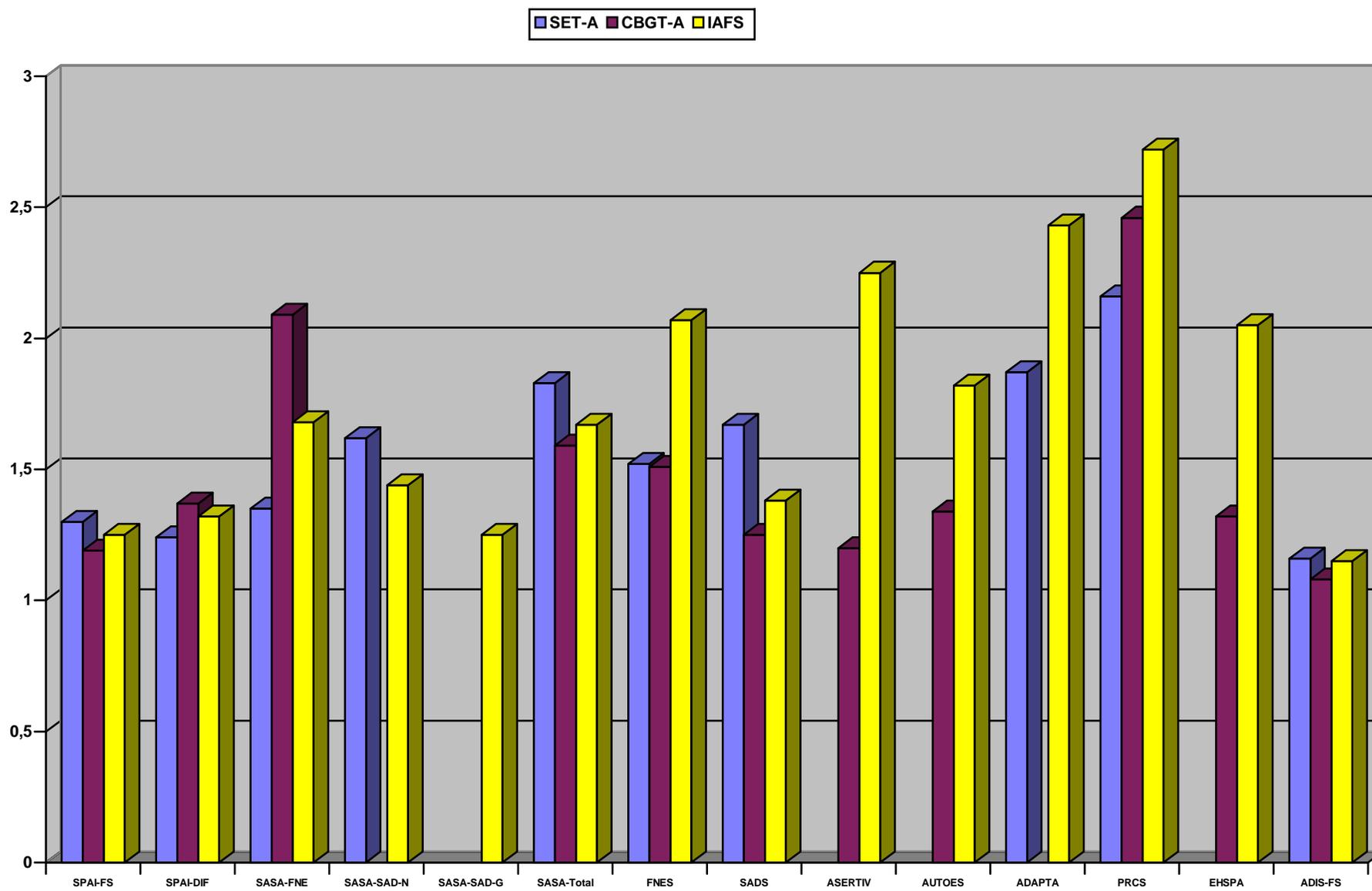
MS: Marginalmente
significativa

P: Nivel de significación

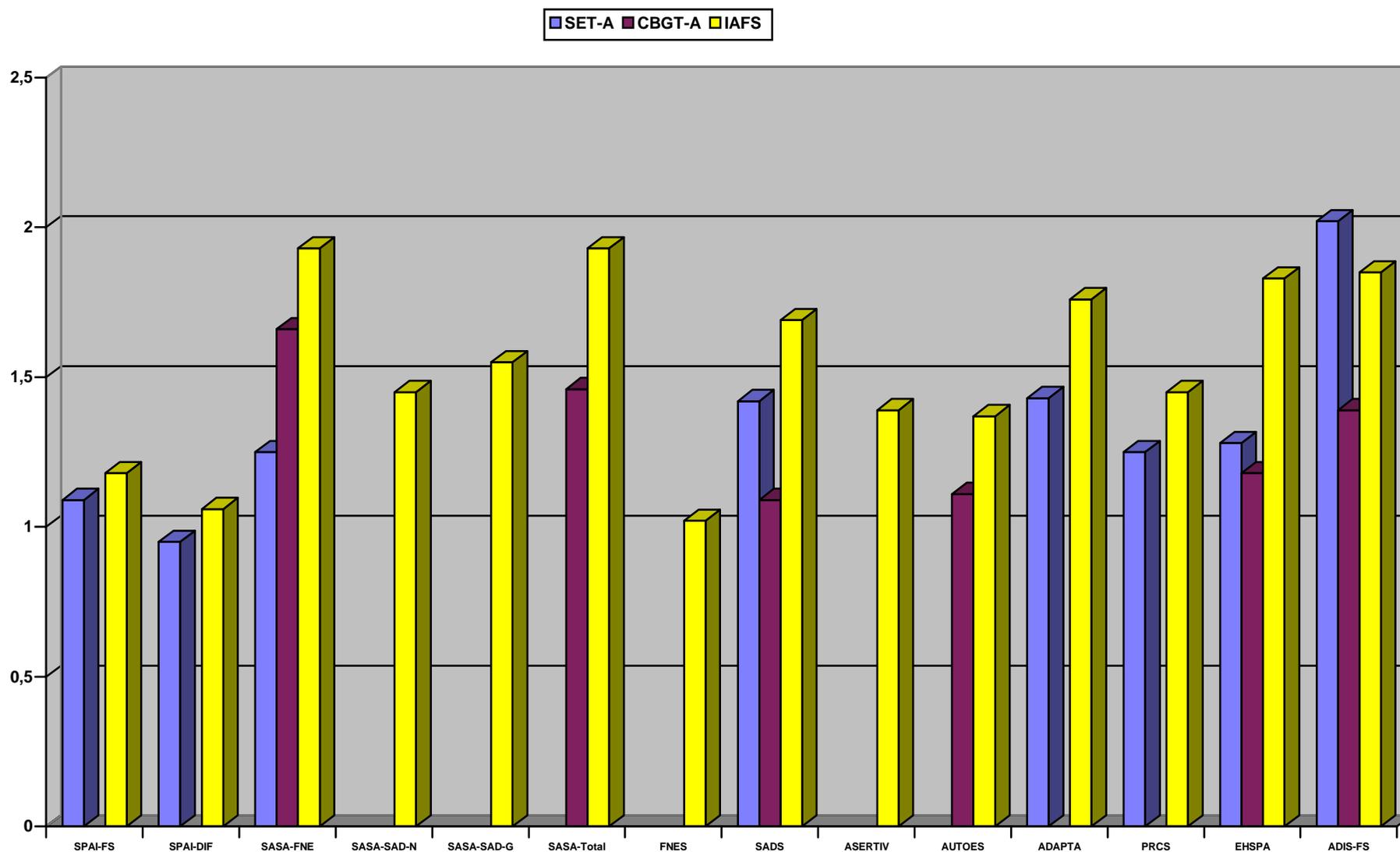
TE: Tamaño del efecto

SET-A: Social Effectiveness Therapy
for AdolescentsCBGT-A: Cognitive- Behavioral Group
Therapy for AdolescentsIAFS: Intervención en Adolescentes con
Fobia Social

Gráfica 4.33. Tamaños del efecto de las comparaciones *post-hoc* de las medidas empleadas en el postest (covariable: pretest)



Gráfica 4.34. Tamaños del efecto de las comparaciones *post-hoc* de las medidas empleadas en el seguimiento (covariable: pretest)



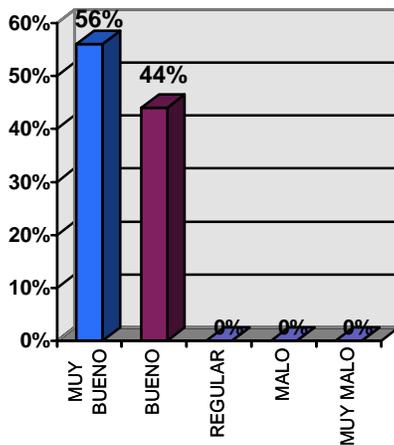
IV.1.2. RESULTADOS CUALITATIVOS

Los datos presentados en este apartado fueron obtenidos a partir de la cumplimentación de un cuestionario confidencial por parte de los sujetos (es decir, no debían escribir ni su nombre ni ningún dato identificativo). Una descripción de este cuestionario se encuentra en el Anexo IX. A continuación se detallan los resultados en el postest para cada uno de los programas de tratamiento.

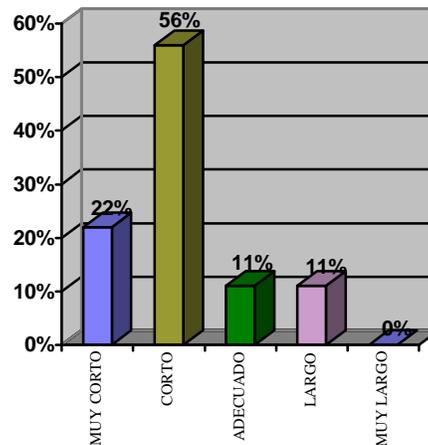
IV.1.2.1. SET-A

Como puede observarse en la Gráfica 4.35, el 100% de los sujetos calificaron el tratamiento como “bueno” y “muy bueno”, o dicho de otro modo, ningún sujeto indicó que el curso les había parecido “regular, malo o muy malo”. El mayor porcentaje se encontró en el formato de respuesta “muy bueno”. Por otro lado, la Gráfica 4.36 muestra que alrededor de la mitad de los sujetos informan que el curso les ha parecido corto, siendo la segunda opción más puntuada la de “muy corto” y en una proporción similar las de “adecuado” y “largo” (11%). Ningún sujeto calificó la duración del curso como “muy larga”. De estos datos se desprende que la mayoría de sujetos hubieran necesitado un incremento de la duración del tratamiento, es decir, poder trabajar durante un mayor número de sesiones los contenidos del SET-A.

4.35. En general, ¿cómo te ha parecido el curso?



4.36. Respecto a su duración, el curso te ha parecido:

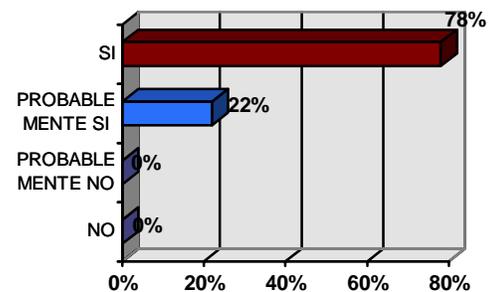


La Gráfica 4.37 revela que más del 50% de los sujetos consideraron que el curso había dado *bastante* respuesta a sus necesidades, seguido por un tercio que eligieron la opción *mucho* y un 11% *muchísimo*. Nadie se decantó por las opciones “un poco” y “nada”. En la Gráfica 4.38 se observa que más de las tres cuartas partes de los integrantes del SET-A comunicaron que *sí* recomendarían el tratamiento a un amigo/a y alrededor del 20% *probablemente* se lo recomendarían. Ningún sujeto tachó en el cuestionario las opciones “no” y “probablemente no”.

4.37. ¿En qué medida el curso ha dado respuesta a tus necesidades?

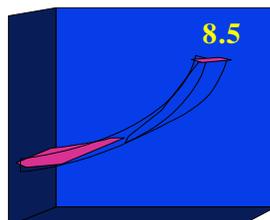


4.38. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías este curso?



Las Gráficas 4.39 y 4.40 muestran que los sujetos que integraron el SET-A proporcionaron valoraciones altas en relación a la utilidad del curso y al profesional que lo había llevado a cabo.

4.39. Teniendo una escala de 0-10 (0: Ninguna utilidad y 10: Totalmente útil), valora la **utilidad** de este curso:



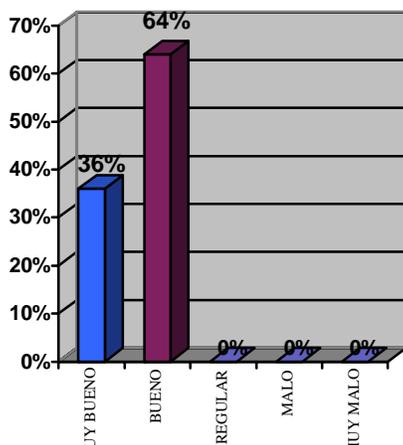
4.40. Según una escala de 0-10 (0: Muy malo y 10: Muy bueno), valora al **profesional** que ha impartido el curso:



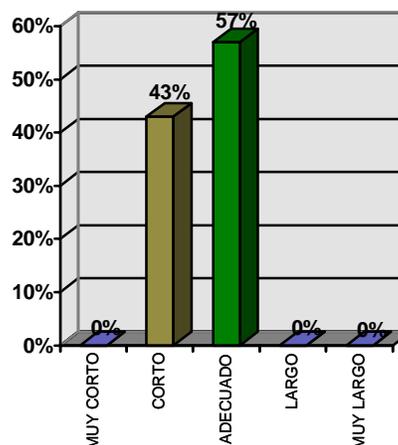
IV.1.2.2. CBGT-A

Como puede observarse en la Gráfica 4.41, el 100% de los sujetos calificaron el tratamiento como “bueno” y “muy bueno”, o dicho de otro modo, ningún sujeto indicó que el curso les había parecido “regular, malo o muy malo”. El mayor porcentaje se encontró en el formato de respuesta “bueno”. Por otro lado, la Gráfica 4.42 muestra que alrededor de la mitad de los sujetos informan que el curso les ha parecido adecuado, siendo la segunda opción más puntuada la que corresponde a “corto”. Ningún sujeto calificó la duración del curso como “larga, muy larga” o “muy corta”. De estos datos se desprende que la mayoría de sujetos se inclinan por la duración establecida por el CBGT-A y en caso de modificarse, aunque en menor medida que ocurrió para el SET-A, los sujetos consideran que se debería incrementar la duración.

4.41. En general, ¿cómo te ha parecido el curso?

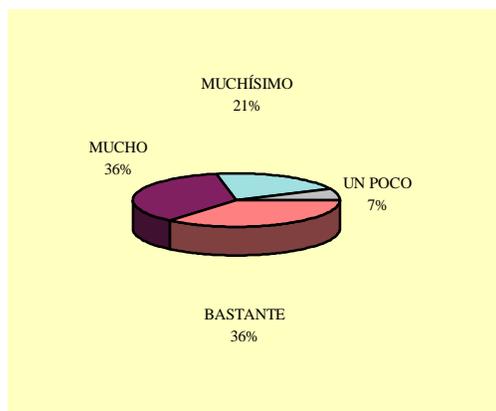


4.42. Respecto a su duración, el curso te ha parecido:

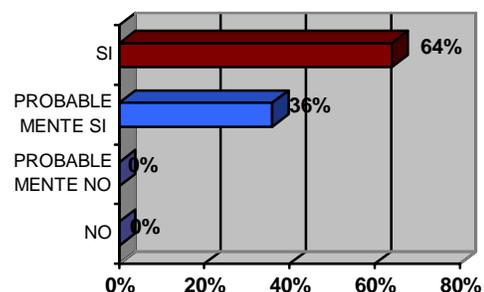


La Gráfica 4.43 revela un porcentaje similar de sujetos (36%) consideraron que el curso había dado *bastante* o *mucha* respuesta a sus necesidades, seguido por un quinto que eligieron la opción *muchísimo* y un 7% que se decidieron por “un poco”. Nadie se decantó por la opción “nada”. En cuanto a la Gráfica 4.44, alrededor de las dos terceras partes de los integrantes del CBGT-A comunicaron que *sí* recomendarían el tratamiento a un amigo/a y un 36% *probablemente* se lo recomendarían. Ningún sujeto tachó en el cuestionario las opciones “no” y “probablemente no”.

4.43. ¿En qué medida el curso ha dado respuesta a tus necesidades?

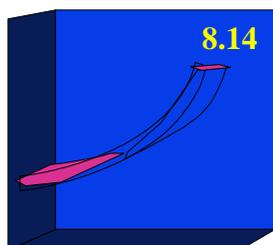


4.44. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías este curso?

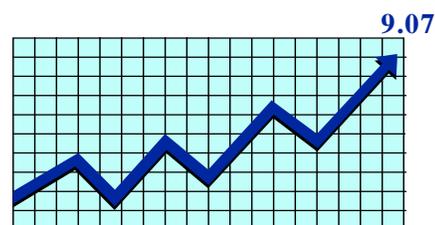


Las Gráficas 4.45 y 4.46 muestran que los sujetos que integraron el CBGT-A proporcionaron valoraciones altas en relación a la utilidad del curso y al profesional que lo había llevado a cabo.

4.45. Teniendo una escala de 0-10 (0: *Ninguna utilidad* y 10: *Totalmente útil*), valora la **utilidad** de este curso:



4.46. Según una escala de 0-10 (0: *Muy malo* y 10: *Muy bueno*), valora al **profesional** que ha impartido el curso:

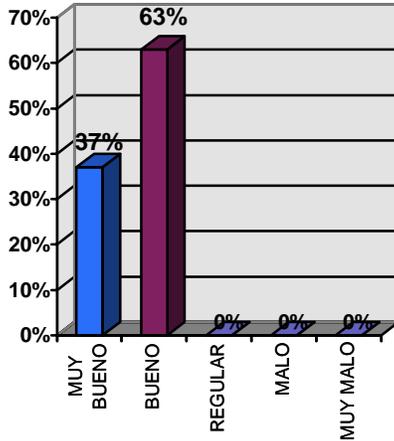


IV.1.2.3. IAFS

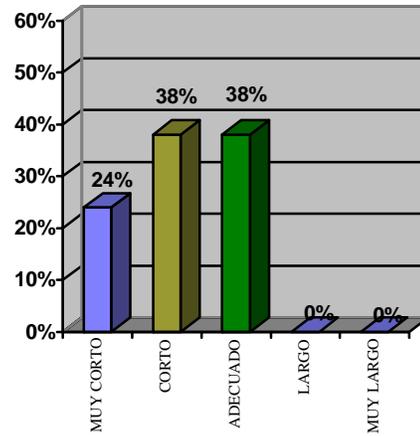
Como puede observarse en la Gráfica 4.47, el 100% de los sujetos calificaron el tratamiento como “bueno” y “muy bueno”, o dicho de otro modo, ningún sujeto indicó que el curso les había parecido “regular, malo o muy malo”. El mayor porcentaje se encontró en el formato de respuesta “bueno”. Por otro lado, la Gráfica 4.48 muestra un porcentaje

similar de sujetos (38%) que informaron que el curso les ha parecido “adecuado” o “corto”, seguido por la opción “muy corto”. Ningún sujeto calificó la duración del curso como “larga” o “muy larga”. De estos datos se desprende que también para este tratamiento la mayoría de sujetos se inclinan por un incremento de su duración.

4.47. En general, ¿cómo te ha parecido el curso?

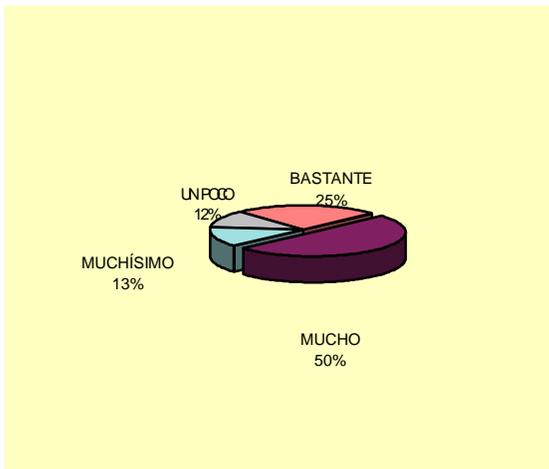


4.48. Respecto a su duración, el curso te ha parecido:

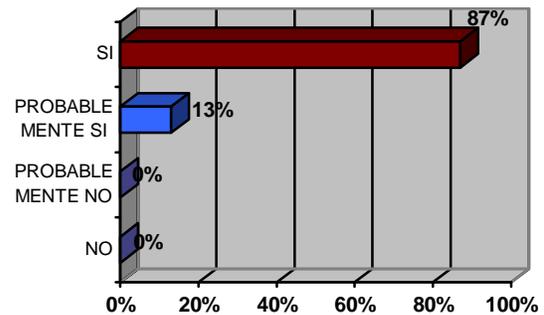


La Gráfica 4.49 revela que la mitad de los sujetos consideraron que el curso había dado *mucha* respuesta a sus necesidades, seguido por una cuarta parte que eligieron la opción *bastante* frente a un 13% y un 12% que se decidieron por *muchísimo* y *un poco*, respectivamente. Nadie se decantó por la opción “nada”.

4.49. ¿En qué medida el curso ha dado respuesta a tus necesidades?



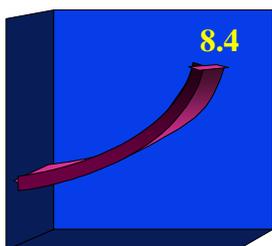
4.50. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías este curso?



En cuanto a la Gráfica 4.50, más de las cuatro quintas partes de los integrantes del IAFS comunicaron que *sí* recomendarían el tratamiento a un amigo/a y alrededor de un 10% *probablemente* se lo recomendarían. Ningún sujeto tachó en el cuestionario las opciones “no” y “probablemente no”.

Las Gráficas 4.51 y 4.52 muestran que los sujetos proporcionaron valoraciones altas tanto en relación a la utilidad del curso como respecto al profesional que lo había llevado a cabo.

4.51. Teniendo una escala de 0-10 (0: *Ninguna utilidad* y 10: *Totalmente útil*), valora la **utilidad** de este curso:



4.52. Según una escala de 0-10 (0: *Muy malo* y 10: *Muy bueno*), valora al **profesional** que ha impartido el curso:



IV.2. RESULTADOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Para examinar los resultados de eficacia clínica alcanzados por los diferentes tratamientos entre sí y en comparación con el grupo de control no tratado, se definieron dos criterios de eficacia clínica, uno más estricto que el otro: en el primero, los sujetos no han de cumplir los criterios diagnósticos de la fobia social recogidos en el DSM-IV; mientras que el segundo criterio implica una disminución del 75% del número de situaciones sociales ansiógenas que el sujeto informó en el pretest (sección de fobia social del ADIS-IV). Estos índices de eficacia se valoraron tanto en el posttest como en el seguimiento. Para ello, se construyeron cuatro tablas de contingencia, una para cada combinación de criterio de eficacia con la medida temporal (posttest o seguimiento). Cada tabla de contingencia incluía las cuatro categorías experimentales (SET-A, CBGTA, IAFS y grupo de control) y los dos resultados clínicos posibles según el criterio utilizado. Sobre cada tabla de contingencia se aplicaron los siguientes análisis:

- (1) En primer lugar, se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para comprobar si, globalmente, los cuatro tratamientos difieren en la eficacia. Se asumió un nivel de significación $\alpha = 0.05$.
 - (2) En segundo lugar, si la prueba Chi-cuadrado resultó significativa, se realizaron comparaciones *a posteriori* dos a dos mediante el procedimiento de Scheffé. De esta forma, se obtuvieron resultados comparativos entre cada tratamiento y el grupo de control, así como de los tratamientos entre sí. También se asumió en este caso un nivel de significación $\alpha = 0.05$, pero se aplicó la corrección de Bonferroni para controlar la inflación de la tasa de error Tipo I. Así, teniendo en cuenta que en cada tabla de contingencia se realizaron seis comparaciones simples, el nivel de significación real utilizado para asegurar un 5% de error en cada una de ellas fue: $0.05/6 = 0.0083$.
 - (3) Finalmente, dada la escasa potencia estadística de las pruebas de significación aplicadas, debido al bajo tamaño muestral (sólo 15 sujetos por grupo), se complementaron sus resultados con el cálculo de índices del tamaño del efecto que reflejaran la magnitud de la diferencia de las tasas de éxito entre los diferentes grupos de tratamiento. En concreto, se utilizó como índice del tamaño la diferencia media tipificada, consistente en calcular la diferencia entre las proporciones de éxito
-

de dos grupos de intervención y dividirla por una estimación de la desviación típica conjunta (Johnson, 1991). Este índice puede considerarse como una puntuación típica (que generalmente tomará valores entre -3 y $+3$) y, siguiendo las recomendaciones de Cohen (1988), valores en torno a 0.20, 0.50 y 0.80 pueden interpretarse como reflejando una significación clínica de magnitud baja, media y alta, respectivamente.

Por último, es preciso tener en cuenta que la interpretación de las pruebas de significación de esta sección debe llevarse a cabo con extrema cautela, habida cuenta el escaso tamaño muestral por grupo.

IV.2.1. EFICACIA AL 100%

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, la cual se basa en los criterios del DSM-IV.

IV.2.1.1. En el postest

La Tabla 4.50 presenta la tabla de contingencia resultante, la cual no presenta resultados estadísticamente significativos [$\chi^2(3) = 5.382, p = .146$], si bien el coeficiente de asociación presenta una magnitud nada despreciable (V de Cramer = 0.302). No obstante, se aprecian proporciones de éxito clínico bastante diferentes entre los cuatro grupos, siendo la más baja para el grupo de control, con un 13.33%, seguida por los tratamientos SET-A (35.71%) e IAFS (33.33%) y alcanzado el mejor resultado el grupo CBGTA, con un 53.33% de éxito.

Aunque la prueba Chi-cuadrado no resultó significativa, se presentan en la Tabla 4.51 las comparaciones a posteriori, no alcanzándose, como era de esperar, ningún resultado significativo. Sin embargo, el cálculo de los tamaños del efecto nos permite apuntar hacia la existencia de cierta eficacia del tratamiento CBGTA sobre el grupo de control ($d = 0.94$), así como de los otros dos grupos de tratamiento frente al grupo de control (SET-A: $d = 0.54$; IAFS: $d = 0.49$). La existencia de tamaños del efecto no nulos al comparar estos tratamientos con el grupo de control apunta hacia la existencia de una eficacia clínica de éstos que deberían ponerse a prueba en posteriores investigaciones utilizando un tamaño

muestral superior con objeto de confirmar (o desconfirmar) este hallazgo. En cuanto a la comparación entre los tratamientos, no se observan claros efectos diferenciales.

Tabla 4.50. Resultados de eficacia al 100% en el postest.

Resultado	TIPO DE TRATAMIENTO				Totales
	SET-A	CBGTA	IAFS	CONTROL	
Negativo	9 64.29%	7 46.67%	10 66.67%	13 86.67%	39 66.10%
Positivo	5 35.71%	8 53.33%	5 33.33%	2 13.33%	20 33.90%
<i>Totales</i>	14	15	15	15	59
$\chi^2(3) = 5.382, p = .146$. Coeficiente <i>V</i> de Cramer = 0.302					

Nota. Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento.

Tabla 4.51. Comparaciones a posteriori y tamaños del efecto.

Comparación	Diferencia	Decisión	<i>d</i>	Magnitud
SET-A vs. Control	0.2238	NS	0.54	Media
CBGTA vs. Control	0.4000	NS	0.94	Alta
IAFS vs. Control	0.2000	NS	0.49	Media
SET-A vs. CBGTA	-0.1762	NS	-0.36	Media-Baja
SET-A vs. IAFS	0.0238	NS	0.05	Nula
CBGTA vs. IAFS	0.2000	NS	0.41	Media-Baja

Nota. En la columna 'Diferencia' se presenta la diferencia entre las proporciones de éxito de los dos grupos objeto de comparación. NS = Resultado No Significativo; * = Resultado significativo al 5%. El índice *d* representa el tamaño del efecto definido como la diferencia entre las proporciones de éxito dividida por la desviación típica.

IV.2.1.2. En el seguimiento

En el seguimiento los resultados presentan un resultado global estadísticamente significativo, como se muestra en la Tabla 4.52 [$\chi^2(3) = 9.781, p = .021$]. Esto implica que las tasas de éxito es diferente para los cuatro grupos de intervención, correspondiendo la más baja al grupo de control, con un 6.67% de éxito, seguida del grupo CBGTA con un

26.67% y presentando los grupos SET-A e IAFS las tasas más altas, con un 57.14% y un 46.67%, respectivamente.

Las comparaciones a posteriori se presentan en la Tabla 4.53. Sólo se ha alcanzado un resultado significativo al comparar las tasas de éxito del grupo SET-A con el grupo de control, no siendo significativas las comparaciones de los otros dos grupos de tratamiento con el control. Sin embargo, los índices del tamaño del efecto apuntan hacia la existencia de una clara eficacia clínica, no sólo del tratamiento SET-A ($d = 1.30$), sino también de los otros dos tratamientos, CBGTA ($d = 0.56$) e IAFS ($d = 1.01$). Por sus magnitudes, se aprecia que los grupos SET-A e IAFS muestran una significación clínica alta, mientras que el tratamiento CBGTA presenta una magnitud media, inferior a las anteriores. Así mismo, los tratamientos SET-A e IAFS presentan magnitudes del efecto de nivel medio cuando se comparan con el tratamiento CBGTA ($d = 0.65$ y $d = 0.42$, respectivamente), lo cual parece indicar la existencia de una eficacia diferencial de aquéllos respecto de éste cuando se toman medidas en el seguimiento. Finalmente, no parece observarse una eficacia claramente superior para el grupo SET-A respecto del grupo IAFS, ya que el tamaño del efecto alcanzado entre ambos es de magnitud baja ($d = 0.21$).

Tabla 4.52. Resultados de eficacia al 100% en el seguimiento.

	TIPO DE TRATAMIENTO				
Resultado	SET-A	CBGTA	IAFS	CONTROL	Totales
Negativo	6 42.86%	11 73.33%	8 53.33%	14 93.33%	39 66.10%
Positivo	8 57.14%	4 26.67%	7 46.67%	1 6.67%	20 33.90%
Totales	14	15	15	15	59
$\chi^2(3) = 9.781, p = .021$. Coeficiente V de Cramer = 0.407					

Nota. Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento.

Tabla 4.53. Comparaciones a posteriori y tamaños del efecto.

Comparación	Diferencia	Decisión	<i>d</i>	Magnitud
SET-A vs. Control	0.5047	*	1.30	Alta
CBGTA vs. Control	0.2000	NS	0.56	Media
IAFS vs. Control	0.4000	NS	1.01	Alta
SET-A vs. CBGTA	0.3047	NS	0.65	Media
SET-A vs. IAFS	0.1047	NS	0.21	Baja
CBGTA vs. IAFS	-0.2000	NS	-0.42	Media-Baja

Nota. En la columna 'Diferencia' se presenta la diferencia entre las proporciones de éxito de los dos grupos objeto de comparación. NS = Resultado No Significativo; * = Resultado significativo al 5%. El índice *d* representa el tamaño del efecto definido como la diferencia entre las proporciones de éxito dividida por la desviación típica.

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 las situaciones sociales fóbicas, tal y como se recogen en la sección de fobia social del ADIS-IV, la cual se basa en los criterios del DSM-IV.

IV.2.2.1. En el postest

Se observan diferencias globalmente significativas entre las tasas de éxito de los grupos en el postest, tal y como se muestra en la Tabla 4.54 [$\chi^2(3) = 12.358, p = .006$]. Nuevamente, el grupo de control es el que presenta la tasa de éxito más baja, con un 13.33%, mostrando los tres tratamientos unas tasas claramente superiores: 71.43%, 53.33% y 66.67% para los grupos SET-A, CBGTA e IAFS, respectivamente.

En la Tabla 4.55 se presentan las comparaciones a posteriori, resultando significativas sólo la comparación de los tratamientos SET-A e IAFS respecto del grupo de control. Así, el tratamiento CBGTA no alcanzó un resultado significativo al comparar su tasa de éxito con el grupo de control, como tampoco se observaron diferencias significativas de los tipos de tratamiento entre sí. No obstante, el escaso tamaño muestral puede estar enmascarando la existencia de eficacias diferenciales entre los tratamientos. Así, los cálculos de los

tamaños del efecto ponen de manifiesto la existencia de una alta eficacia de los tres tratamientos frente al grupo de control (SET-A: $d = 1.46$; CBGTA: $d = 0.94$; IAFS: $d = 1.30$). Sin embargo, las magnitudes del efecto resultantes de comparar los diferentes tratamientos entre sí sólo alcanzan valores de nivel bajo. No encontramos, pues, evidencia clara de que en postest, y utilizando como criterio de significación clínica la reducción del 75% de las situaciones sociales ansiógenas, los tres tipos de tratamiento muestren claras diferencias de eficacia entre sí.

Tabla 4.54. Resultados de eficacia al 75% en el postest.

Resultado	TIPO DE TRATAMIENTO				Totales
	SET-A	CBGTA	IAFS	CONTROL	
Negativo	4 28.57%	7 46.67%	5 33.33%	13 86.67%	29 49.15%
Positivo	10 71.43%	8 53.33%	10 66.67%	2 13.33%	39 50.85%
<i>Totales</i>	14	15	15	15	59
$\chi^2(3) = 12.358, p = .006$. Coeficiente <i>V</i> de Cramer = 0.458					

Nota. Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento.

Tabla 4.55. Comparaciones a posteriori y tamaños del efecto.

Comparación	Diferencia	Decisión	<i>d</i>	Magnitud
SET-A vs. Control	0.5810	*	1.46	Alta
CBGTA vs. Control	0.4000	NS	0.94	Alta
IAFS vs. Control	0.5334	*	1.30	Alta
SET-A vs. CBGTA	0.1810	NS	0.34	Media-Baja
SET-A vs. IAFS	0.0476	NS	0.10	Baja
CBGTA vs. IAFS	-0.1334	NS	-0.27	Baja

Nota. En la columna 'Diferencia' se presenta la diferencia entre las proporciones de éxito de los dos grupos objeto de comparación. NS = Resultado No Significativo; * = Resultado significativo al 5%. El índice *d* representa el tamaño del efecto definido como la diferencia entre las proporciones de éxito dividida por la desviación típica.

IV.2.2.1. En el seguimiento

Por último, los resultados de eficacia al 75% en el seguimiento muestran la existencia de una eficacia diferencial entre los diferentes grupos, según se presenta en la Tabla 4.56 [$\chi^2(3) = 19.160, p < .001$]. Así, y como era de esperar, el grupo de control presenta los peores resultados, con una tasa de éxito clínico de sólo un 6.67%, mientras que los tres tratamientos presentan tasas considerablemente superiores: 78.57% para SET-A, 73.33% para IAFS y algo inferior para el tratamiento CBGTA con un 46.67%.

El análisis de las comparaciones a posteriori, que se presenta en la Tabla 4.57, refleja la existencia de diferencias significativas sólo al comparar el grupo de control con los tratamientos SET-A e IAFS, no siéndolo su comparación con el tratamiento CBGTA. Estos resultados se complementan con los cálculos del tamaño del efecto, que alcanzan valores de muy alta magnitud al comparar el grupo de control con los tratamientos SET-A ($d = 2.13$) e IAFS ($d = 1.86$). Sin embargo, aunque la comparación del grupo de control con el tratamiento CBGTA no alcanza un resultado significativo, el tamaño del efecto obtenido es de magnitud alta ($d = 1.01$), lo cual indica la existencia de una clara eficacia del mismo sobre la ausencia de intervención. Por otra parte, los tamaños del efecto calculados al comparar los tratamientos entre sí reflejan cierta eficacia diferencial a favor del tratamiento SET-A sobre CBGTA ($d = 0.69$), así como del tratamiento IAFS sobre CBGTA ($d = 0.56$). Así pues, parece observarse cierta eficacia diferencial en el seguimiento de los tratamientos SET-A e IAFS sobre el CBGTA.

Tabla 4.56. Resultados de eficacia al 75% en el seguimiento.

Resultado	TIPO DE TRATAMIENTO				Totales
	SET-A	CBGTA	IAFS	CONTROL	
Negativo	3 21.43%	8 53.33%	4 26.67%	14 93.33%	29 49.15%
Positivo	11 78.57%	7 46.67%	11 73.33%	1 6.67%	30 50.85%
<i>Totales</i>	14	15	15	15	59
$\chi^2(3) = 19.160, p < .001$. Coeficiente <i>V</i> de Cramer = 0.570					

Nota. Debajo de cada frecuencia figuran los porcentajes de éxito o fracaso alcanzados en cada grupo de tratamiento.

Tabla 4.57. Comparaciones a posteriori y tamaños del efecto.

Comparación	Diferencia	Decisión	<i>d</i>	Magnitud
SET-A vs. Control	0.7190	*	2.13	Muy Alta
CBGTA vs. Control	0.4000	NS	1.01	Alta
IAFS vs. Control	0.6666	*	1.86	Muy Alta
SET-A vs. CBGTA	0.3190	NS	0.69	Media-Alta
SET-A vs. IAFS	0.0524	NS	0.12	Baja
CBGTA vs. IAFS	-0.2666	NS	-0.56	Media

Nota. En la columna 'Diferencia' se presenta la diferencia entre las proporciones de éxito de los dos grupos objeto de comparación. NS = Resultado No Significativo; * = Resultado significativo al 5%. El índice *d* representa el tamaño del efecto definido como la diferencia entre las proporciones de éxito dividida por la desviación típica.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito principal de este trabajo ha sido comparar la eficacia de tres programas de tratamiento multicomponente respecto de: (a) un grupo control (comparaciones intergrupo), (b) ellos mismos (comparaciones intragrupo) y (c) los valores generados por el tamaño del efecto.

En relación con las hipótesis formuladas sobre las comparaciones intergrupo, en cuanto a la primera de ellas, en nuestro trabajo se observan diferencias estadísticamente significativas en la reducción de las respuestas de ansiedad social entre las condiciones experimentales y el grupo control fundamentalmente en el posttest y seguimiento (covariable: pretest), tal y como ha ocurrido en los resultados de otros estudios llevados a cabo en población adulta (Mulkens *et al.*, 1999; Newman *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1994). Además, los datos confirman que el IAFS, frente al SET-A y CBGT-A, muestra diferencias estadísticamente significativas en un mayor número de los instrumentos utilizados para medir esta variable dependiente en el seguimiento (covariable: pretest y posttest).

Respecto a la segunda hipótesis, nuestros resultados sobre el componente cognitivo (medido por los instrumentos FNES y SAS-A/FNE), son consistentes con lo informado por Mersch (1995) y Butler *et al.* (1984) con población adulta, quienes pusieron de manifiesto la existencia de diferencias pretest-posttest en el FNES pero no en las comparaciones post-seguimiento; en cambio, discrepan con lo informado por Salaberría y Echeburúa (1995b), también con población adulta, quienes han observado diferencias estadísticamente significativas en el FNES en las comparaciones pretest-seguimiento pero no en el pretest-posttest entre un grupo al que se le proporcionó tratamiento cognitivo-conductual *vs.* grupo control lista de espera. Es decir, en este último trabajo los sujetos no han manifestado una reducción significativa del miedo a la evaluación negativa tras la intervención sino en la evaluación realizada en un seguimiento a los 6 meses (medio plazo), mientras que en nuestra investigación sí se constata la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos y el grupo control en el posttest pero éstas dejan de ser significativas en el seguimiento a los 12 meses (largo plazo). Es posible que la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento en nuestro trabajo, a diferencia del estudio con población adulta, puede deberse a la diferencia en la duración del tratamiento (6 *vs.* 12 meses). Por otra parte, el hecho de que las diferencias respecto a la

sensibilidad del cambio terapéutico aparezcan en el postest y el seguimiento cuando se toma como covariable el pretest, especialmente en el SAS-A/FNE, entendemos que puede ser debida a que esta medida ha sido diseñada específicamente para evaluar el miedo a la evaluación negativa en la población adolescente con fobia social.

Sobre la tercera hipótesis, relativa a la existencia de diferencias pre-post-seguimiento, estadísticamente significativas, en las puntuaciones obtenidas en las escalas y subescalas que miden las respuestas de evitación social (SADS, SAS-A/SAD-N y SAS-A/SAD-G), en el SADS esta hipótesis se cumple tanto en el postest como en el seguimiento (covariables: pretest) en las tres condiciones experimentales, pero cuando en el seguimiento tomamos como covariable el postest, se verifica únicamente en el IAFS. Este resultado está en la línea de lo encontrado en población adulta por Butler *et al.* (1984) y Turner *et al.* (1994) pero discrepa de lo obtenido por Newman *et al.* (1994) en esta misma población. En lo referente al SAS-A/SAD-N y SAS-A/SAD-G, de cara a establecer una comparación con otros trabajos, hay que indicar que pese a que el SAS-A ha mostrado poseer excelentes propiedades psicométricas en lengua inglesa y española (v.gr., La Greca, 1999; Olivares, Ruiz *et al.*, 1999), a día de hoy no tenemos noticias de que haya sido empleado en ningún otro estudio como instrumento de evaluación en el tratamiento de la fobia social. Como consecuencia, se desconoce la evolución de los valores de esta escala (y sus subescalas) en otras poblaciones, lo que a su vez nos impide establecer una comparación de nuestros resultados con los de otros trabajos. Sin embargo, a la vista de los resultados obtenidos cabe afirmar que el IAFS aparece como la única condición experimental que presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control en el postest y el seguimiento (covariable: pretest), tanto en el SADS como en las subescalas SAD-N y SAD-G del SAS-A, lo que parece indicar que este programa de tratamiento puede mostrar un mayor potencial para la reducción de las respuestas de evitación social tanto a corto como a largo plazo.

Los resultados obtenidos respecto de nuestra cuarta hipótesis permiten concluir que los sujetos que integran las condiciones experimentales presentan diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control, a favor de los primeros, en las habilidades sociales de los sujetos en el postest y el seguimiento tomando como covariable el pretest, lo cual

parece evidenciar la eficacia de los tres tratamientos –y especialmente del IAFS- para mejorar las habilidades sociales de los adolescentes con fobia social generalizada.

En los datos obtenidos en el contraste de nuestra quinta hipótesis, se pone de manifiesto que al contrario que en el pretest, donde los sujetos de los tres grupos experimentales informaron que sus respuestas de ansiedad interferían con su vida familiar, social, académica o de pareja, en el postest y en el seguimiento (covariable: pretest) los sujetos que componen el SET-A e IAFS han presentado una mayor adaptación (o una menor interferencia) en estas áreas. Por el contrario, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre el CBGT-A y el grupo control ni en el postest ni en el seguimiento (independientemente de la covariable). Tras la aplicación del CBGT (versión adulta), Salaberría y Echeburúa (1995b) tampoco han encontrado diferencias en el postest (lo cual está en consonancia con los datos obtenidos por nosotros con el CBGT-A) pero en cambio, sí se han hallado en el seguimiento, lo que difiere de nuestros hallazgos con adolescentes. Por otra parte, la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento entre el CBGT-A y el grupo control está en consonancia con los resultados que muestran las tasas de mejoría y los menores TE que genera el CBGT-A con respecto a las otras condiciones experimentales en el seguimiento; mientras que la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el CBGT y el grupo control en el seguimiento es consistente con un incremento en las tasas de mejoría. Así pues, parece que la ocurrencia de diferencias estadísticamente significativas vendría dada por el contenido del programa de tratamiento que sea aplicado (CBGT vs. CBGT-A), dado que, la versión CBGT-A contiene componentes que no se incluyen en la versión para adultos (CBGT), y viceversa, lo que podría explicar las diferencias entre nuestros resultados y los de Salaberría y Echeburúa (1995b), diferencias que podrían explicar esta discrepancia en el seguimiento.

En cuanto a la hipótesis referida a la autoestima de los sujetos, los resultados muestran que ésta se cumple en el postest y en el seguimiento (covariable: pretest) en el CBGT-A e IAFS. Este resultado es consistente con el presentado en el trabajo de Taylor et al. (1996) con población adulta, pero difiere del encontrado en la misma población por Salaberría y Echeburúa (1995b), quienes no han hallado diferencias estadísticamente significativas ni en el postest ni en el seguimiento entre los efectos del tratamiento (cognitivo-conductual) y el

no tratamiento (grupo control). Respecto al SET-A, la hipótesis no se cumple ni en el postest ni en el seguimiento tomando como covariable el pretest o el postest. Tampoco Salaberría y Echeburúa (1995b) han observado diferencias estadísticamente significativas en el postest entre los efectos del tratamiento conductual (exposición) y un grupo control, aunque sí en un seguimiento a los seis meses, lo cual nuevamente difiere de lo hallado en nuestro estudio y podría argumentarse en el sentido de lo mencionado en nuestro comentario acerca de nuestra quinta hipótesis. Pese a la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en el SET-A, hay que señalar que tanto el tratamiento conductual (SET-A) como los tratamientos cognitivo-conductuales (CBGT-A e IAFS) muestran una tendencia que revela un incremento en el nivel de autoestima de los sujetos tanto en el postest como en el seguimiento, aunque sólo estos dos últimos alcanzan niveles de significación estadística con respecto al grupo control.

Finalmente hay que indicar que también se ha verificado la hipótesis en la que sosteníamos que como consecuencia de la aplicación de los tratamientos los grupos experimentales presentarían, frente al grupo control, diferencias pre-post-seguimiento estadísticamente significativas, en el número de situaciones sociales temidas (e incluidas en la sección de fobia social de la entrevista semiestructurada ADIS-IV), tanto en el postest como en el seguimiento (covariables: pretest) en todas las condiciones experimentales. Los datos obtenidos en el seguimiento (covariable: postest) muestran diferencias estadísticamente significativas frente al grupo control en el SET-A e IAFS pero no así en el CBGT-A. En consecuencia, los sujetos que integran los grupos de tratamiento – especialmente el SET-A e IAFS- informan una disminución significativa de las situaciones sociales temidas, con respecto al grupo control, tanto en el postest como en el seguimiento, lo cual apunta a una generalización de los beneficios alcanzados tras la evaluación realizada en el postest. Otros estudios con población infanto-juvenil también han mostrado que los efectos de los tratamientos se mantienen y consolidan a largo plazo (v.gr., Albano *et al.*, 1995 o Beidel y Turner, 2000).

A partir de los datos aportados, cabe concluir que los resultados de las comparaciones intergrupo señalan la eficacia del tratamiento en cualquiera de sus modalidades (SET-A, CBGT-A e IAFS) frente al no tratamiento, en la mayoría de variables dependientes

Eliminado: ¶
¿Q. UÉ CABE CONCLUIR DESPUÉS DE UNOS RESULTADOS COMO ESTOS?. CONCLÚYELO Y HAZ LO MISMO CON TODAS LAS QUE SIGUEN.¶

Eliminado: (cumple)

Con formato

Eliminado:

Eliminado: que

Eliminado: (formulaba)

Eliminado: E

Eliminado: l

Eliminado: (se observan)

Eliminado: ¶
LO QUE VIENE A CONTINUACIÓN NO QUITA NI JUSTIFICA LA AUSENCIA DE CONCLUSIONES PARCIALES PARA CADA UNA DE LAS HIPÓTESIS, SÓLO LO COMPLEMENTA.¶

Eliminado: (parir) PARTIR

Eliminado: muestran

examinadas, tanto en el posttest como en el seguimiento (covariable: pretest). En este sentido, los resultados muestran que en el seguimiento los sujetos que componen las condiciones experimentales continúan presentando mejorías en los valores obtenidos en las variables dependientes medidas, lo que es consistente con lo hallado en los trabajos con población adulta de Heimberg *et al.* (1993), Hunt y Andrews (1998), Scholing y Emmelkamp (1996a,b), Turner *et al.* (1995) ó Wlazlo *et al.* (1990). Asimismo, cuando en el seguimiento tomamos como covariable el posttest, también constatamos diferencias estadísticamente significativas en el ADIS-FS para el SET-A y respecto del IAFS en el ADIS-FS, el SAS-A/FNE, SAS-A/Total y el SADS. En cambio, en el CBGT-A no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas en el seguimiento cuando se toma como covariable el posttest, lo que parece indicar que la potencia del efecto generalizador de esta modalidad de tratamiento es más limitada que la del IAFS y el SET-A.

Eliminado: (covariable: pretest)

Resultados similares a los que acabamos de comentar se observan respecto de nuestras hipótesis relacionadas con el tamaño del efecto (TE, en adelante). En ellas se pone de manifiesto que el tamaño del efecto hallado en la mayoría de las medidas analizadas es superior en el posttest que en el seguimiento (covariable: pretest), lo cual es consistente con lo hallado en población adulta por Akillas y Efran (1995), Bados y Saldaña (1990) ó Van Velzen, Emmelkamp y Scholing (1997), pero contrasta con lo encontrado también con esta población por Heimberg *et al.* (1990), Mattick y Peters (1988), Salaberría y Echeburúa (1995b) ó Turner *et al.* (1995), quienes observan una mayor reducción de las respuestas de ansiedad en las comparaciones pretest-seguimiento. Desafortunadamente la inexistencia de trabajos publicados sobre intervenciones en adolescentes con fobia social no nos permite una equiparación de nuestros resultados con los de otros estudios para poder establecer un análisis comparativo, si bien los TE que se observan en las medidas analizadas son muy altos en los tres tratamientos, tanto para en el posttest como en el seguimiento; todos ellos superiores a 0.80, el valor apuntado por Cohen (1988) para asumir un TE alto, lo cual no deja lugar a dudas acerca de la eficacia de estas modalidades de intervención en comparación con el grupo control.

Respecto a la primera de las hipótesis relativas al TE, en ella sosteníamos que el TE sería superior en los tratamientos que integran reestructuración cognitiva (CBGT-A e IAFS) que en los que no la contienen (SET-A). Esta hipótesis se cumple tanto en el posttest como en el seguimiento (covariables: pretest y posttest), lo que parece indicar que la incorporación de este componente en la intervención conlleva un cambio que se mantiene a largo plazo. Así mismo, hemos de mencionar que de entre todas las medidas analizadas en el seguimiento (covariable: pretest), el TE más alto que se observa en el CBGT-A e IAFS pertenece al SAS-A/FNE, una de las medidas empleadas en nuestra investigación para evaluar el componente cognitivo. Estos resultados a nivel estadístico van en la línea de diversos autores que remarcan la relevancia del componente cognitivo en la génesis y mantenimiento de la fobia social (véase Clark y Wells, 1995). Sin embargo, esto no ha llevado parejo un cambio en la significación clínica, puesto que los sujetos que integraban el CBGT-A e IAFS no muestran ser superiores al SET-A respecto al criterio de ausencia de un diagnóstico de fobia social según el DSM-IV o al criterio de reducción del 75% en el número de situaciones sociales fóbicas en el pretest. Todo ello lleva a ahondar en lo que muchos otros investigadores han señalado: pese a que se constaten cambios en las respuestas cognitivas, estos no llevan necesariamente una modificación de las respuestas de ansiedad, en caso de que el sujeto no se haya expuesto a la situación temida, es decir, la exposición sigue siendo el principio activo en el tratamiento de la fobia social. De este modo, en nuestro trabajo se muestra que la adición de reestructuración cognitiva a la exposición (como en el caso del CBGT-A e IAFS) no conlleva una mejoría superior a nivel clínico que un tratamiento puramente conductual (SET-A). En este sentido, nuestros datos parecen señalar que la adición del componente cognitivo no es una condición ni necesaria ni suficiente para el cambio terapéutico. Estos resultados van en la línea de lo obtenido en los meta-análisis de Feske y Chambless (1995) y Gould *et al.* (1997), en los que se pone de manifiesto que la exposición por sí sola genera cambios y que la adición del componente de reestructuración cognitiva a la exposición no contribuye significativamente a la reducción de las respuestas de ansiedad social.

En cuanto a la segunda hipótesis, se postulaba que los tratamientos que dedican mayor tiempo al entrenamiento en habilidades sociales (SET-A e IAFS) mostrarían un TE superior en la Escala de Asertividad y en la EHSPA que los que no llevan a cabo este entrenamiento

(el CBGT-A). Esta hipótesis no se cumple en el SET-A en el postest, pues en contra de lo esperado no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni en el EHSPA ni en la Escala de Asertividad, aunque en el seguimiento sí se observa que el TE de la EHSPA en el SET-A es superior al del CBGT-A. Dado que el SET-A dedica ocho de sus doce sesiones en grupo al entrenamiento en habilidades sociales, sorprende la inexistencia de significación en las diferencias obtenidas en el postest. Probablemente estos resultados puedan explicarse partiendo de la hipótesis de que los sujetos aún no habían puesto en práctica sus habilidades sociales en el postest, con la frecuencia y duración necesaria como para generar cambios significativos; en cambio, en el seguimiento, con el transcurso del tiempo, los sujetos podrían haberlo hecho, lo que se traduciría en el TE hallado en la EHSPA. Respecto a los resultados relativos a la Escala de Asertividad, una explicación posible puede derivarse del hecho de que este autoinforme fue desarrollado para población adulta y no ha sido validada para población adolescente española. Por el contrario, consistente con nuestra hipótesis, en el IAFS se observa un TE superior al CBGT-A tanto en la Escala de Asertividad como en la EHSPA. Desde nuestro punto de vista, una explicación plausible de estos resultados puede hallarse en el hecho de que el IAFS, además de incorporar EHS en las sesiones en grupo, también dedica otras sesiones para que los sujetos se expongan a situaciones de interacción con personas del mismo y distinto sexo (empleando para ello colaboradores). Es decir, los sujetos no sólo reciben un entrenamiento en habilidades sociales y se les proporcionan instrucciones para ponerlas en práctica dentro de las tareas para casa sino que las sesiones de exposición, incluidas en el IAFS, permiten que: (a) los sujetos pongan en práctica sus habilidades, (b) el terapeuta pueda tener información sobre las respuestas del sujeto antes, durante y después de la exposición a la situación social para así poder actuar en consecuencia, y (c) se proporcione información y refuerzo al sujeto acerca de su propia actuación y de cómo la han valorado el colaborador y el resto de compañeros de grupo. Todo esto deber posibilitar que la creencia (negativa) que el sujeto puede presentar quede contrarrestada por el *feedback* tanto de los colaboradores como de los propios compañeros.

La tercera hipótesis hace referencia al componente de Autoestima, esperándose que el TE sea superior en el IAFS, en comparación con los otros dos tratamientos. Los resultados avalan esta hipótesis. Además, debemos señalar que ni en el postest ni en el seguimiento

(covariables: pretest) se han encontrado diferencias con el grupo control en el SET-A aunque sí en el CBGT-A, si bien el TE del CBGT-A es inferior al obtenido por el IAFS. Ello puede ser debido a que el CBGT-A (al contrario que el SET-A y al igual que el IAFS) incorpora autorregistros semanales que al principio de la sesión los sujetos leen delante de sus compañeros, por lo que éstos pueden proporcionar refuerzo positivo en el caso de que se hayan expuesto a las situaciones temidas o instigar a los sujetos que no hayan cumplido las tareas para casa. El autorregistro se constituiría así en una variable que además de maximizar la autoexposición del sujeto (al incorporar la reconstrucción de la exposición para ponerlo por escrito y las posteriores revisiones *a posteriori*) incrementaría la adherencia al tratamiento controlada en este caso por la instigación y el refuerzo negativo, todo lo cual terminaría traducándose en un incremento de las puntuaciones de la Escala de Autoestima en el CBGT-A e IAFS.

Finalmente la cuarta hipótesis indicaba que cabía esperar que el TE del PRCS fuera superior en los programas de tratamiento multicomponente que incluyeran entrenamiento en habilidades para hablar en público (SET-A e IAFS), en comparación con los que no lo hacen (CBGT-A, en nuestro caso). Esta hipótesis se cumple en el seguimiento (covariable: pretest y postest). En el postest (covariable: pretest), el IAFS muestra un TE superior al CBGT-A, pero el CBGT-A manifiesta un TE superior al SET-A. Para el análisis de estos datos conviene tener en cuenta dos elementos: (a) tanto el SET-A como el IAFS dedican las últimas cuatro sesiones a un entrenamiento en habilidades para hablar en público, diferenciándose el IAFS en que éste incluye el componente de *videofeedback* y (b) durante la fase de exposición, en el CBGT-A no se delimita previamente cuántas sesiones se dedicarán a uno u otro componente; se determina en qué áreas intervenir a partir de las conductas objetivo que establecen los propios sujetos. Consistente con la evidencia que muestra que el miedo a hablar en público es una de las situaciones sociales más temidas, los sujetos que integraban el CBGT-A incluyeron entre sus conductas-objetivo las relativas a la superación de este miedo, por lo que se llevó a cabo una exposición gradual a situaciones que conllevaban hablar ante un auditorio, sin ir ello precedido por un entrenamiento específico en habilidades para hablar en público. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en el SET-A e IAFS, la exposición no se llevó a cabo únicamente durante las últimas sesiones, por lo que los sujetos han podido disponer de más tiempo y oportunidades para

exponerse, contribuyendo ello a generar un cambio más acusado en el posttest. De esta forma, el CBGT-A puede haber mostrado un TE superior al SET-A a corto plazo debido al mayor período de tiempo del que han dispuesto para practicar sus habilidades en esa situación; pero sin embargo, a largo plazo, los efectos del entrenamiento en habilidades para hablar en público han podido propiciar que el SET-A muestre un TE más alto que el CBGT-A en el seguimiento. Respecto al IAFS y SET-A, el primero ha mostrado un TE más alto tanto en el posttest como en el seguimiento. Dado que el único elemento diferenciador entre ambos ha sido la utilización del *videofeedback* en el IAFS, parece razonable atribuir a este componente la diferencia hallada en el TE. La mayor eficacia mostrada por el IAFS vendría dada por la relevancia de este componente para contrastar las creencias de los sujetos ante su propia actuación, al proporcionarles un *feedback* objetivo y complementario a la valoración de sus compañeros (*feedback* subjetivo). Este resultado es consistente con los de los estudios que también han demostrado la utilidad de este componente en el campo de la fobia social (v.gr., Asendorpf, 1987; Botella, Gallardo, García-Palacios, Ruipérez y Castañeiras, 1998; Botella, García-Palacios, Villa y Gallardo, 1998; Harvey, Clark, Ehlers y Rapee, 2000; Rapee y Hayman, 1996).

En cuanto a las hipótesis formuladas sobre las comparaciones intragrupos, hay que indicar, en primer lugar, que en ninguna de las medidas proporcionadas por los instrumentos de evaluación empleados se ha encontrado un paralelismo entre los perfiles, lo que señala que los tratamientos generan efectos distintos. Asimismo los resultados muestran el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de las pendientes de regresión. En consecuencia, podemos afirmar que las hipótesis relativas a la existencia de diferencias intragrupo en el pre-post-seguimiento, estadísticamente significativas, en el SET-A, CBGT-A e IAFS, se cumplen en las medidas empleadas en nuestro estudio: SPAI, SAS-A, PRCS, FNES, SADS, Escala de Asertividad, EHSPA, Escala de Adaptación, Escala de Autoestima y ADIS-IV. Sin embargo, hay que señalar que en el seguimiento se observa que en alguno de los grupos de tratamiento se da un cambio inesperado en algunas de las medidas y contrario a las hipótesis formuladas. Así, en el SET-A la medida SAS-A/SAD-N muestra un incremento en el seguimiento cuando sería esperable una disminución de sus puntuaciones, lo cual podría deberse al reducido número de ítems que componen esta subescala (5 ítems). Otro tanto ocurre en el CBGT-A para los valores del SPAI-FS, SPAI-

Diferencia, SAS-A/FNE, PRCS y ADIS-FS. El incremento en estas medidas está en consonancia con las tasas de mejoría y los menores TE que genera este último tratamiento en el seguimiento, con respecto al SET-A e IAFS, lo que parece apuntar a una menor eficacia de esta modalidad de intervención.

Por otra parte, en contra de lo esperado, pero consistente con otros trabajos que incorporan en su diseño un seguimiento a largo plazo (Akillas y Efran, 1995; Butler *et al.*, 1984; Salaberría y Echeburúa, 1995b), los sujetos que componen nuestro grupo control mostraron un cambio en las puntuaciones de algunos autoinformes tanto en el posttest como en el seguimiento. En nuestro caso ello se debe a que en el posttest dos de los sujetos que componían el grupo control dejaron de cumplir los criterios diagnósticos de fobia social (de acuerdo con la valoración del ADIS-IV), lo que además se tradujo en una disminución de las puntuaciones del SPAI, SAS-A, PRCS, FNES, SADS, ADIS-FS y la Escala de Adaptación y un incremento de los valores del EHSPA, la Escala de Asertividad y de Autoestima. Analizando la evolución de los restantes sujetos, comprobamos que consistentemente con lo esperado, los sujetos del grupo control mantienen sus puntuaciones o tienden a empeorar sus respuestas de ansiedad social. A la luz de estos resultados, parece que podría ser necesario una modificación del criterio F del DSM-IV para el diagnóstico de la fobia social, en la dirección de exigir una mayor duración e incorporar la necesidad de contemplar el grado de generalización de las respuestas de ansiedad para el diagnóstico de este trastorno, al menos en el período de la adolescencia (c.f., Olivares, 2000). A modo de anotación, a los dos sujetos del grupo control a los que hemos hecho referencia se les preguntó el motivo por el cual ellos creían haber mejorado: uno de ellos informó que se había incorporado a un nuevo grupo de amigos y que como consecuencia de la presión del grupo se había visto obligado a exponerse a situaciones sociales temidas, lo cual le permitió desconfirmar las expectativas negativas acerca de su actuación; el otro indicó que había iniciado una relación de pareja con una persona del sexo opuesto, lo que le había supuesto integrarse en el grupo de amigas de su novia y comprobar que podía interactuar de forma exitosa con personas del sexo opuesto. Esto le había generado una mayor confianza en sí mismo, lo cual se tradujo finalmente en la maximización de la eficacia de su exposición a las situaciones sociales temidas y la consiguiente eliminación de las respuestas de ansiedad.

Respecto a las hipótesis relativas a la prueba observacional, nuestros resultados sólo muestran diferencias estadísticamente significativas en dos de los aspectos analizados en la situación “iniciar y mantener conversaciones” y en tres de la situación “hablar en público”, aunque hay que señalar que en esta última la fiabilidad interjueces en la variable bienestar ha resultado baja en el postest (véase Anexo IX). Respecto a los grupos de tratamiento, hay que indicar que mientras que en la situación “iniciar y mantener conversaciones” el CBGT-A e IAFS muestran una gran similitud en los perfiles, en la situación “hablar en público” esto sucede entre el SET-A e IAFS, lo cual vuelve a poner de manifiesto la heterogeneidad de los resultados encontrados (véanse Gráficas 4.15-4.32). De esta forma, la hipótesis tan sólo se confirma en un número limitado de medidas, aunque conviene matizar que en la mayoría de aspectos evaluados (molares o moleculares) se constata un cambio de los valores en el postest. Por otra parte, este resultado está en la línea de lo encontrado por Spence, Donovan y Brechman-Toussaint (1999). Estos autores, empleando una muestra infanto-juvenil de sujetos con fobia social y sin este trastorno (rango de edad: 7-14 años), encuentran diferencias significativas en el número de interacciones que establece el sujeto con fobia social con el colaborador así como en el número de veces que el sujeto experimental inicia la conversación; sin embargo, no hallan diferencias significativas en otros aspectos moleculares tales como la duración del contacto ocular o la latencia de respuesta (medidos en segundos), tal como ocurre en nuestro caso respecto de la duración del contacto ocular. De igual forma, en diversos estudios con población adulta también se corrobora la inexistencia de diferencias significativas entre sujetos con y sin fobia social en los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba observacional (Beidel *et al.*, 1985; Clark y Arkowitz, 1975; Pozo, Carver, Wellens y Scheier, 1991; Rapee y Lim, 1992; Strahan y Conger, 1998). En consecuencia, la inexistencia de acuerdo respecto a qué medidas son sensibles para discriminar entre sujetos con y sin este trastorno, no permite aseverar la utilidad de los tests situacionales en el campo de la fobia social, al menos tal y como se han aplicado hasta la actualidad, por lo que se hace preciso un mayor número de investigaciones que examinen qué variables son las más útiles para medir el cambio terapéutico.

Respecto a las hipótesis sobre la significación clínica de los cambios operados por las distintas modalidades de tratamiento aplicadas, nuestros resultados muestran que, con el

criterio más estricto (ausencia de fobia social según los criterios del DSM-IV; APA, 1994), en el postest no se observan diferencias estadísticamente significativas respecto del grupo control ni en el SET-A, ni en el CBGT-A ni en el IAFS, por lo que no se cumple la hipótesis que habíamos formulado. Sin embargo, aunque la comparación de los tratamientos con el grupo control no resulta estadísticamente significativa, los TE obtenidos en las comparaciones indican la eficacia de los tratamientos frente a la no intervención. Continuando con este criterio, en el seguimiento encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el SET-A y el grupo control, lo que sí está en consonancia con nuestra hipótesis, pero no se encuentran diferencias estadísticamente significativas del IAFS o del CBGT-A en comparación con el grupo control. No obstante, al igual que en el postest, los TE que presentan estos dos últimos tratamientos apuntan a su eficacia frente al no tratamiento. En relación con la hipótesis relativa a la eficacia del IAFS frente al SET-A, en el postest no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos, por lo que no se cumple nuestra hipótesis. Tampoco se verifica la hipótesis que sostenía la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el postest entre los efectos del CBGT-A y el IAFS, a favor de este último. En el seguimiento nuevamente se produce un incumplimiento de la hipótesis que sostenía la ocurrencia de diferencias estadísticamente significativas entre los efectos del SET-A y el IAFS; pero sí se cumple la hipótesis relativa a una mayor bondad del IAFS frente al CBGT-A.

En cuanto al criterio menos estricto (ADIS-FS: 75% reducción), tanto en el postest como en el seguimiento se observa que el SET-A y el IAFS alcanzan diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control, pero no así en el CBGT-A. Pese a ello, el TE obtenido por el CBGT-A también parece indicar la eficacia de esta modalidad de intervención en comparación con el no tratamiento. Sobre la hipótesis que formulaba diferencias estadísticamente significativas entre los efectos del SET-A y el IAFS, a favor de este último, ésta no se cumple en el postest. Igualmente se produce un incumplimiento de la hipótesis que hacía referencia a la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre el CBGT-A y el IAFS en el postest. Al igual que en el criterio más estricto, en el seguimiento, los datos muestran un rechazo de la hipótesis relativa a la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los efectos del SET-A y el IAFS. Por el contrario, en el seguimiento se pone de manifiesto que el IAFS presenta un TE medio

respecto del CBGT-A, lo que indica una eficacia superior del primero respecto a este último.

En resumen, a la luz de los datos analizados respecto de la significación clínica, parece observarse una eficacia superior del SET-A e IAFS frente al CBGT-A, si bien no se constatan diferencias estadísticamente significativas entre los dos primeros. Además los datos muestran que la significación clínica es mayor en el seguimiento que en el posttest, lo que apunta a una generalización de los resultados.

VII. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Dado el estado en el que se halla la investigación del tratamiento de la fobia social con adolescentes y a la vista de los resultados en el presente trabajo, la investigación a realizar en este campo debería de abordar al menos las siguientes tareas:

1. Desmantelar el paquete de tratamiento IAFS para analizar qué componente(s) es/son más eficaz(es) para producir el cambio terapéutico. Los objetivos serían: (a) identificar los elementos que de una manera sumativa o interactiva son responsables del cambio y (b) explicar cuáles son las razones por las que se opera el cambio. Por ejemplo, evaluar la eficacia comparativa de incluir un entrenamiento en habilidades para hablar en público y/o de la técnica de *vídeofeedback*.
2. Modificar los parámetros del tratamiento. De esta forma, los parámetros son alterados a fin de conocer la forma óptima de aplicar el tratamiento. Estudios en el futuro podrían modificar el número de sesiones, la duración de éstas o el tamaño del grupo. Además, se podría evaluar en qué medida los tratamientos en grupo son más eficaces que el formato individual. Una primera aproximación la ha realizado Hoag y Burlingame (1997), quienes han constatado la eficacia de los tratamientos grupales en adolescentes frente a un grupo control placebo y también el metaanálisis de Gould *et al.* (1997) ha mostrado que el TE de los tratamientos grupales en adultos (0.88) es el doble que el tratamiento individual (0.44), si bien no se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($p=0.07$). A día de hoy aún no se dispone de datos acerca de la eficacia de ambas modalidades de tratamiento en población adolescente.
3. Variar las características del sujeto y/o terapeuta. Una forma de implementar esta estrategia sería seleccionando a los sujetos en función del grado de severidad de las respuestas de ansiedad social (FSLG, FSMG y FSGG) y determinar cómo influye esto en los resultados del tratamiento. Otra manera podría ser 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.* dos terapeutas, de sexo masculino y femenino.
4. Investigar el proceso de tratamiento, observando para ello los cambios en su interacción a lo largo del tratamiento o de cada sesión para así analizar su influencia

en la mayor eficacia del tratamiento. Por ejemplo, Edelman y Chambless (1995) así como Leung y Heimberg (1996) han observado que a mayor cumplimiento de las tareas para casa, mayor adherencia al tratamiento y mayor mejoría a largo plazo. En este sentido, al igual que estos autores se podría incorporar a la intervención un instrumento que evaluara el nivel de cumplimiento de las tareas para casa por parte de los sujetos a fin de evaluar en qué medida juegan un papel en los resultados a corto y largo plazo.

5. Analizar qué variables son predictoras de abandonos y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social.
6. Evaluar el nivel socioeconómico de los padres, el orden de nacimiento de los hijos con fobia social 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, de acuerdo con lo encontrado por DeWitt *et al.* (1999).
7. Administrar el SAS-A (versión para padres) en el pretest, postest y seguimiento para así disponer de otra fuente de información que nos permita evaluar el cambio terapéutico.
8. Seguir investigando a fin de determinar qué variables pueden afectar a la utilidad de los tests situacionales para medir el cambio terapéutico.

VI. CONCLUSIONES y LIMITACIONES

A la vista de los resultados, cabe concluir que:

- a. Todos los grupos de tratamiento presentan diferencias estadísticamente significativas frente al control tanto en las comparaciones pretest-postest como en las pretest-seguimiento
 - b. Los sujetos informan de un alto nivel de satisfacción con el tratamiento recibido, independientemente del tipo, y sugieren la necesidad de incrementar su duración
 - c. Tanto desde el punto de vista de la significación clínica como estadística, el SET-A e IAFS resultan más eficaces que el CBGT-A
 - d. El CBGT-A revela unos resultados más pobres a nivel estadístico en el postest y seguimiento; a nivel clínico pone de manifiesto su bondad terapéutica en el postest pero se observa un empeoramiento en el seguimiento
 - e. El SET-A e IAFS poseen niveles similares de eficacia tanto en el postest como en el seguimiento, aunque este último presenta un tamaño del efecto más elevado en la casi totalidad de las medidas utilizadas para evaluar el cambio terapéutico a nivel estadístico
 - f. El IAFS muestra ser el programa de intervención que alcanza una mejor adherencia al tratamiento
 - g. Un cambio en el sistema de respuesta cognitivo no conlleva necesariamente una modificación de la conducta manifiesta a la hora de afrontar las situaciones sociales fóbicas
 - h. La detección e intervención temprana en la fobia social no sólo permite reducir o eliminar las respuestas de ansiedad social sino que también puede prevenir la aparición de otros trastornos, ya que la edad de inicio de la fobia social es inferior a la de los sujetos con otros trastornos de ansiedad, con abuso de sustancias tóxicas o con trastornos del estado del ánimo
-

A pesar de los resultados de nuestro trabajo, hemos de señalar varias limitaciones. En primer lugar, una relativa al reclutamiento de los sujetos del grupo control, ya que éste estuvo compuesto por sujetos que rechazaron el tratamiento psicológico, lo que podría ser un factor que afectara la comparación de los resultados intergrupos. Sin embargo, en nuestro trabajo no se hallan diferencias significativas entre las cuatro condiciones en ninguna de las variables sociodemográficas, lo que permite minimizar esta posibilidad. Este dato está en consonancia con lo encontrado por Turner, Beidel, Wolff, Spaulding y Jacob (1996), quienes ponen de manifiesto que los sujetos que aceptaron tratamiento psicológico vs. los que lo rechazaron no muestran diferencias en el pretest ni en las puntuaciones obtenidas en los autoinformes administrados ni en las variables sociodemográficas (edad, sexo, edad de inicio, nivel educativo) ni en las tasas de comorbilidad. Pese a ello, variables como la motivación o las expectativas de los sujetos hacia el ofrecimiento del tratamiento, no han sido analizadas ni en el estudio citado anteriormente ni en nuestro trabajo, lo cual puede haber constituido una amenaza a la validez interna de nuestra investigación.

En segundo lugar, durante el proceso de evaluación únicamente se administraron los autoinformes a los adolescentes. Actualmente 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. DiBartolo, Albano, Barlow y Heimberg (1998) han hallado 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 el hecho de que no se pudo aplicar la prueba observacional en el seguimiento, por lo que no podemos evaluar la eficacia a largo plazo de los efectos de los tratamientos de forma objetiva.

En cuarto lugar, los resultados cualitativos indican que tanto los integrantes del SET-A como los del CBGT-A e IAFS informaron de la necesidad de una mayor duración de los

tratamientos, lo que refleja que la cantidad de tiempo que han recibido los sujetos puede ser insuficiente, lo cual podría constituir una limitación a nuestros resultados.

Finalmente, se puede producir una limitación en la generalización de nuestros resultados a otros contextos, puesto que en nuestra investigación no han sido abordadas cuestiones como en qué medida el contexto físico (tamaño y forma 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 la intervención (validez interna).

VII. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

1. Desmantelar el paquete de tratamiento IAFS para analizar qué componente(s) es/son más eficaz(ces) para producir el cambio terapéutico. Los objetivos serían: (a) identificar los elementos que de una manera sumativa o interactiva son responsables del cambio y (b) explicar cuáles son las razones por las que se opera el cambio. Por ejemplo, evaluar la eficacia comparativa de incluir un entrenamiento en habilidades para hablar en público y/o de la técnica de *videofeedback*.
 2. Variar los parámetros del tratamiento. De esta forma, los parámetros son alterados a fin de conocer la forma óptima de aplicar el tratamiento. Estudios en el futuro podrían modificar el número de sesiones, la duración de éstas o el tamaño del grupo. Además, se podría evaluar en qué medida los tratamientos en grupo son más eficaces que el formato individual. Una primera aproximación la ha realizado Hoag y Burlingame (1997), quienes han constatado la eficacia de los tratamientos grupales en adolescentes frente a un grupo control placebo y también el metaanálisis de Gould *et al.* (1997) ha mostrado que el TE de los tratamientos grupales en adultos (0.88) es el doble que el tratamiento individual (0.44), si bien no se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($p=0.07$). A día de hoy aún no se dispone de datos acerca de la eficacia de ambas modalidades de tratamiento en población adolescente.
 3. Variar las características del sujeto y/o terapeuta. Una forma de implementar esta estrategia sería seleccionando a los sujetos en función del grado de severidad de las respuestas de ansiedad social (FSLG, FSMG y FSGG) y determinar cómo influye esto en los resultados del tratamiento. Otra manera podría ser 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.* dos terapeutas, de sexo masculino y femenino.
 4. Investigar el proceso de tratamiento, observando para ello los cambios en su interacción a lo largo del tratamiento o de cada sesión para así analizar su influencia en la mayor eficacia del tratamiento. Por ejemplo, Edelman y Chambless (1995) así como Leung y Heimberg (1996) han observado que a mayor cumplimiento de las tareas para casa, mayor adherencia al tratamiento y mayor mejoría a largo plazo. En este sentido, al igual que estos autores se podría incorporar a la intervención un
-

instrumento que evaluara el nivel de cumplimiento de las tareas para casa por parte de los sujetos a fin de evaluar en qué medida juegan un papel en los resultados a corto y largo plazo.

5. Analizar qué variables son predictoras de abandonos y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social.
 6. Evaluar el nivel socioeconómico de los padres, el orden de nacimiento de los hijos con fobia social 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, de acuerdo con lo encontrado por DeWitt *et al.* (1999).
 7. Administrar el SAS-A (versión para padres) en el pretest, posttest y seguimiento para así disponer de otra fuente de información que nos permita evaluar el cambio terapéutico.
 8. Realizar un mayor número de investigaciones que permitan determinar qué variables pueden estar afectando a la utilidad de los tests situacionales para medir el cambio terapéutico, ya que no hay acuerdo respecto a si estas medidas son sensibles para discriminar entre sujetos con y sin fobia social.
-

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akillas, E. y Efran, J.S. (1995). Symptom prescription and reframing: Should they be combined?. *Cognitive Research and Therapy*, 19, 263-279
- 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). Nueva 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., Marten, P.A. y Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Barlow, D.H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656
- 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 Capreol, M.J. (1993). Avoidant personality disorder. Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24, 357-376
- 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
- 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 Scandinavian*, 78, 485-492
- 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
- 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
- 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
- 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
- Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, compulsions and depression. *International Clinical of Psychopharmacology*, 8, 21-25
- 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). Buspiron: Future directions. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 86-93
- Argyle, N. y Roth, M. (1989). The phenomenological study of 90 patients with panic disorder. *Psychological Development*, 3, 187-209
- 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
- Asendorpf, J.B. (1987). Videotape reconstruction of emotions and cognitions related to shyness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 542-549
- Asendorpf, J.P. (1990). Beyond social withdrawal: Shyness, unsociability and peer avoidance. *Human Development*, 33, 250-259
- Asendorpf, J.P. (1993). Beyond temperament: A two-factorial coping model of the development of inhibition during childhood. En K. H. Rubin y J.B. Asendorpf (Eds.),
-

- Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, Nueva York: Erlbaum
- 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). Nueva York: Cambridge University Press
- 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
- Ato, M. (1991). Fases de una investigación III: Análisis estadístico. En M. Ato. *Investigación en Ciencias del Comportamiento I: Fundamentos* (pp. 177-222). Barcelona: PPU
- Ato, M. y López, J.A. (1994). *Fundamentos de estadística con SYSTAT*. Madrid: Rama
- 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
- 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
- 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
-

- 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
- Barlow, D.H., DiNardo, P.A., Vermilyea, B.B., Vermilyea, J. y Blanchard, E.B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders issues in diagnosis and classification. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72
- 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
- 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
- Beidel, D.C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552
- Beidel, D.C. (1998). Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (supl. 17), 27-31
- 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 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. (2000, septiembre). *Treatment of childhood social phobia: Long-term follow-up*. Póster presentado en el XXX Congress of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Granada, España
-

- 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 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.M. (1996). *Social Effectiveness Training for Children*. Manuscrito no publicado
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.M. (2000). *Social skills deficits in children with social phobia*. Manuscrito en preparación.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Stanley, M.A. y Dancu, C.V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, 417-427
- Bellack, A.S. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skills. . *Behavior Research and Therapy*, 21, 29-41
- 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., Rosenbaum, J.F., Hirschfeld, D.R., Faraone, S.V., Bolduc, E.A., Gersten, M., Meminger, S.R., Kagan, J., Sindman, N. y Reznick, J.S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26
- 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
- Bisserbe, J.C., Lèpine, J.P. y Group, G.R.P. (1994). Moclobemide in social phobia. *Clinical Neuropharmacology*, 17 (Suppl. 1), 88-94
- 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. y Schneier, F.R. (1997). Current and new approaches to social phobia. *Medscape Mental Health*, 2(4)
- Bland, R.C., Orn, H., y Newman, S.C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 24-32
-

- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M.P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., 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
- 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
- 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., Gallardo, M., García-Palacios, A., Ruipérez, M.A. y Castañeiras, C. (1998). *Aplicación de la técnica de vídeo-feedback en un programa de tratamiento cognitivo-comportamental en grupo para la fobia social: Efectos en la percepción de la propia ejecución*. Póster presentado en el I Symposium sobre Fobias y otros Trastornos de Ansiedad. Granada, Noviembre
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H. y Gallardo, M. (1998). *La utilización del video-feedback como técnica para el cambio en la impresión de uno mismo como objeto social en la fobia social*. Póster presentado en el I Symposium sobre Fobias y otros Trastornos de Ansiedad. Granada, Noviembre
- 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
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II. Separation: Anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books
- 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
-

- 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
- Brody, G.H., Stoneman, Z. y Wheatley, P. (1984). Peer interaction in the presence and absence of observers. *Child Development*, 55, 1425-1428
- Bromberg, A.D. (1993). Inhibition and children's experiences of out-of-home care. En K.H. Rubin y J.B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood* (pp. 151-176). Hillsdale, Nueva York: Erlbaum
- Brown, E.J., Heimberg, R.G. y Juster, H.R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486
- Brown, E.J., Juster, H.R., Heimberg, R.G. y Wining, C.D. (1998). Stressful life events and personality styles: Relation to impairment and treatment outcome in patients with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 233-251
- 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 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
- Bryant, B. y Trower, P.E. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology*, 44, 13-21
- 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
- Burrows, G., Evans, L., Baumhackl, U. Hebenstreit, H., Katschnig, H., Schony, W. (1997). Moclobemide in social phobia. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 71-80
- 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
-

- Buss, A.H. (1984). A conception of shyness. En J.A. Daly y J.C. McGroskey (Eds.), *Avoiding communication: Shyness, reticence and communication apprehension* (pp. 39-50). Beverly Hills, CA: Sage
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-657
- Butler, G. y Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62
- 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
- Caballo, V.E. (1995). Fobia social. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal, J.A. Carrobbles. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 1) (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI
- Caballo, V. y Buela, 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.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
- 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
- Caspi, A., Elder, G.H. y Bem, D.J. (1988). Moving away from the world: Life-course patterns of shy children. *Developmental Psychology*, 24, 824-831
- 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
- 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.
- Christensen, A. y Hazzard, A. (1983). Reactive effects during naturalistic observation of families. *Behavioral Assessment*, 5, 349-362
- Claeys, W. (1989). Social anxiety, evaluative threat and incidental recall of trait words. *Anxiety Research*, 2/1, 27-43
- 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.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.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
- Clark, J. y Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological reports*, 36, 211-221
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associated.
-

- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, 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., Then, G.H. y Hope, D.A. (1999). Interpretative biases for ambiguous stimuli in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 643-651
- 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
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- 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
- Cox, B.J., Swinson, R.P. y Shaw, B.F. (1991). Value of the Fear Questionnaire in differentiating agoraphobia and social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 159, 842-845
- 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
-

- 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
- 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
- Daniels, D. y Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, 21, 118-121
- Darby, W.B. y Schlenker, B.R. (1986). Children's understanding of social anxiety. *Developmental Psychology*, 22, 633-639
- Darwill, T.J., Johnson, R.C. y Danko, G.P. (1992). Personality correlates of public and private self-consciousness. *Personality and Individual Differences*, 3, 383-384
- 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. (1998, octubre). *Neurobiología de la fobia social*. Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de Psiquiatría. Gerona.
- 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., 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., Krishnan, R., Ford, S.M., Smith, R.D. y Wilson, W.H. (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
- De Jong, P.J., Merckelbach, H., Bögels, S. y Kindt, M. (1998). Illusory correlation and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1063-1073
- 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., 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
- 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.
- 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., Osborne, 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
- 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
-

- 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
- DiNardo, P.A y Barlow, D.H. (1988). *The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind
- DiNardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- DiNardo, P.A., Moras, K., Barlow, D.H., Rapee, R.M. y Brown, T.A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorders categories: Using The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256
- DiNardo, P.A., O'Brien, G., Barlow, D.H., Waddell, M.T. y Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorders categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074
- 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
- 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
-

- Eisler, R.M., Miller, P. y Hersen, M. (1973). Components of assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology, 29*, 295-299
- 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
- Endicott, J. y Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 35*, 837-844
- 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
- Esteves, F. (1999). Sesgos en el procesamiento de expresiones faciales emocionales. *Ansiedad y Estrés, 5*, 217-227
- Eysenck, M.W. (1999). Cognitive biases in social phobia. *Ansiedad y Estrés, 5*, 275-284
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1968). *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service
- 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
- 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.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
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Los autoinformes como datos de conducta cognitiva en evaluación conductual. *Análisis de Modificación de Conducta, 12*, 27-42
- Feske, V. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 26*, 695-720
- 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
- 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
- Foa, E.B., McNally, R. y Murdock, T.B. (1989). Anxious mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 141-147
- Foster, S.L., Inderbitzen, H. y Nangle, D.W. (1993). Assessing acceptance and social skills with peers in childhood: Current issues. *Behavior Modification*, 17, 255-286
- 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
- Furman, W. y Robins, P. (1985). What's the point: Selection and treatment objectives. En B. Schneider, K.H. Rubin y J.E. Ledingham (Eds), *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp. 41-54). Nueva York: Springer-Verlag
- Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Buergener, 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
- García-Coll, C., Kagan, J. y Reznick, J.S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005-1019
- 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*, 22,
- 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-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.
- 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
- 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
- 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*
- 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
- 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
- Golstein, S. (1987). Treatment of social phobia with clonidine. *Biological Psychiatry*, 22, 369-372
- Gorma, J.M. y Gorman, L.F. (1987). Drug treatment of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 13, 183-192
- 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, M.S. y Beck, A.T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 9-13
- Greenberg, M.S., Vázquez, C. y Alloy, L.B. (1988). Depression versus anxiety: Differences in self- and other-schemata. En L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 109-142). Nueva York: Guilford Press
- 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., Baños, R.M., Quero, S. y Botella, C. (1999, noviembre). *Diferencias en autoestima entre población normal y personas con diagnóstico de fobia social*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada
- 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
- 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., Surawy, 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
- Harvey, A.G., Clark, D.M., Ehlers, A. y Rapee, R.M. (2000). Social anxiety and self-impression: cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1-10
-

- Hayward, C., Killen, J., Kraemer, H.C. y Taylor, C.B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 37, 1308-1316
- 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
- Hecht, H., von Zerssen, D. y Wittchen, H.-U. (en prensa). Anxiety and depression: Clinical features and social dysfunctions associated with comorbidity and “pure” states in a community sample. *Journal of Affective Disorders*,
- 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. (1991). *Cognitive-behavioral treatment of social phobia in a group setting: A treatment manual* (2ª edición). Manuscrito no publicado. University at Albany-State University of New York.
- 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 Wiley y Sons Ltd.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S. y Becker, R.E. (1987). Social phobia. En L. Michelsson y M. Ascher (Eds.), *Cognitive behavioral assessment and treatment of anxiety disorders* (pp. 280-309). Nueva York: Plenum Press
- 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., 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., Rappe, 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. 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., Makris, G.S., Juster, H.R., Öst, L-G. y Rapee, R.M. (1997). Social phobia: A preliminary cross-national comparison. *Depression and Anxiety*, 5, 1-4
- 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
- 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., 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
- 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 American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 910-917
- Hirschfeld, D.R., Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Snidman, N., Reznick, J.S., y Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association
-

- with anxiety disorder. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 31, 103-111
- Hoag, M.J. y Burlingame, G.M. (1997). Evaluating the effectiveness of child ad adolescent group treatment: A meta-analysis review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 234-246
- 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., 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., 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., Newman, M.G., Becker, A., Taylor, C.B. y Roth, W.T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy 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
- Hofmann, S.G. y Roth, W.T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy*, 27, 79-91
- Hollander, E., Kwon, J., Weiller, F., Cohen, L., Stein, D.J., 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. y Hope, D.A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325
- Holt, C.S., Heimberg, R.G., Hope, D.A. y Liebowitz, M.R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77
- 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 Dombeck, M.J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189
- 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
- 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.
- 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
- Hymel, S., Rubin, K.H., Rowden, L. y LeMare, L. (1990). Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development*, 61, 2004-2021
- Inderbitzen, H.M. (1994). Adolescent peer social competence: A critical review of assessment methodologies and instruments. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 227-259). Nueva York: Plenum Press
-

- 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
- Ishiyama, F.I. (1984). Shyness, anxious social sensitivity and self-isolating tendency. *Adolescence*, 19, 903-911
- 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
- Jerrelman, 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, 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
- Jones, W.H., Briggs, S.R. y Smith, T.G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639
- Johnson, B.T. (1991). *DSTAT: Software for the Meta-analytic Review of Research* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- 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
- Kagan, J. y Snidman, N. (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science*, 2, 40-44
- Kagan, J., Reznick, J.S., Clarke, C., Snidman, N. y García-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225
-

- Kagan, J., Reznick, J.S. y Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473
- 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
- Katzelnick, D.J., Kenneth, A.K., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Mantle, J.M. y Serlin, R.C. (1995). Sertraline for social phobia: A double-blind, placebo-controlled crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1368-1371
- 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
- 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
- Kerr, M., Lambert, W.W. y Bem, D.J. (1996). Life course sequelae of childhood shyness in Sweden: Comparison with the United States. *Developmental Psychology*, 32, 1100-1105
- Kessler, M.N. (1995). Will social phobia subjects answer the telephone?. *American Journal of Psychiatry*, 152, 4
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. y Antony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321
- Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, 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., 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.
- 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. (1999). 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.M., Dandes, S.K., Wick, P. Shaw, K. y Stone, W.L. (1988). Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91
- La Greca, A.M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94
- La Greca, A.M. y Stone, W.L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27
- 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
- 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
- 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
- Lang, K.A., Mueller, J.H. y Nelson, R.E. (1983). Test anxiety and self-schemas. *Motivation and Emotion*, 7, 169-178
-

- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M. y Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 928-934
- Lawrence, B. y Bennet, S. (1992). Shyness and education: The relationship between shyness, social class and personality variables in adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 62, 257-263
- 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. (1983b). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75
- 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: Guildford Press
- 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
- 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
- Lépine, J.P. y Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Neuropharmacology*, 18, S15-S26
- Lépine, 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
- Lépine, J.P. y Péliissolo, A. (1998). Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *Journal of Affective Disorders*, 50, S23-S28
- 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., 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
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173
- Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Campeas, R. y Levin, A. (1986). Phenelzine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 93-98
- 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. 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
- 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
- Loranger, M. y Arsenault, R. (1989). Self-evaluation questionnaire of social skills for adolescents in high school. *Journal of Adolescent Research*, 4, 75-91
- 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
- Ludwing, R.P. y Lazarus, P.J. (1983). Relationship between shyness in children and constricted 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
- 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. y Falsetti, S.A. (1995). Treatment options for social phobia. *Psychiatric Annals*, 25 (9), 570-576
- 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
- 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., Fyer, A.J., Liebowitz, M.R. y Klein, D.F. (1990). Delineating the boundaries of social phobia: Its relationship to panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 41-59
- 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. y Clark, D.M. (1999). How do I appear to others?. Social anxiety and processing of the observable self. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 419-434
- Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann
- Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386
- Marks, I.M. (1985). Behavioral psychotherapy for anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 25-35
- Marks, I.M. y Gelder, M.G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221
- Marshall, R.D. y Schneier, F.R. (1996). An algorithm for the pharmacotherapy of social phobia. *Psychiatric Annals*, 26 (4), 210-216
- 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
- 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. (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. 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. y Clarke, J.C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23
- 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
- McNally, R.J., Foa, E.B. y Donnell, C.D. (1989). Memory bias for anxiety information in patients with panic disorder. *Cognition and Emotion*, 3, 27-44
- McNeil, D.W. y Lewin, M.R. (1995). *Behavioral avoidance and escape in circumscribed speech and generalized social anxiety*. Manuscrito en preparación
- 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
- 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.
- 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 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
-

- 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.A. y Telch, M.J. (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
- Mogg, K., Mathews, A. y Weinman, J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98
- 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. (1998). *Tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
-

- Mueller, J.H. y Courtois, M.R. (1980). Retention of self-descriptive and nondescriptive words as a function of test anxiety level. *Motivation and Emotion*, 4, 229-237
- 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. y Flowers, C. (1994, Junio). *Zoloft (setraline) in the treatment of social phobia*. Póster presentado en el 19th Collegium Internationale NeuroPsychopharmacology Congress. Washington, DC.
- 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
- 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
- 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
-

- Norton, G.R., McLeod, L., Guertin, J., Hewitt, P.L., Walker, J.R. y Stein, M.B. (1996). Panic disorder or social phobia: which worse?. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 273-276
- 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
- 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
- Olivares, J. (2000). Los problemas del adolescente normal. En C. Saldaña (Dir.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide
- Olivares, J. y García-López, L.J. (1998). *Intervención en Adolescentes con Fobia Social: Un programa de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes con un trastorno de ansiedad social*. Manuscrito no publicado
- 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*. Manuscrito en preparación.
- Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Social Effectiveness Therapy for Adolescents*. Manuscrito no publicado
- Olivares, J., García-López, L.J. e Hidalgo, M.D (2000). The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, en prensa
-

- 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., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (2000). *Normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents*. Manuscrito enviado para su publicación
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Macià, D. (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide
- Olivares, J., Méndez, J. y Macià, D. (1999). *Técnicas de modificación de conducta (2ª edición)*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (1999). *Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española*. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada, Noviembre 1999
- Ollendick, T.H. y Greene, R. (1990). Behavioral assessment of children. En G. Golstein y H. Hersen (Dir.), *Handbook of Psychological Assessment*. Nueva York: Pergamon
- Ollendick, T.H. y Hersen, M. (1984). *Child behavioral assessment: Principles and procedures*. Nueva York: Pergamon Press
- 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
- Ontiveros, A. y Fontaine, R. (1990). Social phobia and clonazepam. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 439-441
- 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
- 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
- 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 agorapobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry*, 135, 555-560
- Pastor, C. y Sevilá, J. (2000). *Tratamiento psicológico de la fobia social*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta
- 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. (1966). *Insight vs. Desensibilization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press
- 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
- 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
- Peterson, S.A. y Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Polos Heights, IL: International Diagnostics Systems, Inc.
- Pilkonis, P.A. (1977). Shyness, public and private in its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality*, 45, 585-595
- 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. 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
- Pozo, C., Carver, C., Wellens, A.R. y Scheier, M. (1991). Social anxiety and social perception: Construing others' reactions to the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 355-362
-

- Prescott, C.A., Neale, M.C., Corey, L.A. y Kendler, K.S. (1997). Predictors of problem drinking and alcohol dependence in a population-based sample of female twins. *Journal of Study of Alcohol*, 58, 167-181
- Puigcerver, A., Martínez-Selva, J.M., García-Sánchez, F.A. y Gómez-Amor, J. (1989). Individual differences in psychophysiological and subjective correlates of speech anxiety. *Journal of Psychophysiology*, 3, 75-81
- 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.
- Rachman, S., Grüter-Andrew y Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617
- 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
- Rapaport, M.H. (1998). Circulating lymphocyte phenotype surface markers in anxiety disorder patients and normal volunteers. *Biological Psychiatry*, 43, 458-463
- 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
- Rapaport, M.H., Paniccia, G. y Judd, L.L. (1995). A review of social phobia. *Psychopharmacological Bulletin*, 31, 125-129
- 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. (1997). Potencial role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67
- 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
-

- Rappe, R.M. y Hayman, K. (1996). The effects of videofeedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 315-322
- Rapee, R.M. y Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756
- Rappe, 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. 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
- 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., 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
- Reich, J.R. y Yates, W. (1988). A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *American Journal of Psychiatry*, 145, 590-594
- 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
- Reis, H.T. y Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. En S. Duck (Ed.), *Handbook of research in personal relationships* (pp. 367-389). Londres: John Wiley y Sons
- 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
-

- Renwick, S. y Emler, N. (1991). The relationship between social skills deficits and juvenile delinquency. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 61-71
- Reznick, J.S., Kagan, J., Sniderman, N., Gersten, M., Boak, K. y Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited children: A follow-up study. *Child Development*, 57, 660-680
- 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.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
- 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., Biederman, J., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirschfeld, D.R. y Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Revision Psychiatry*, 1, 2-16
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Hirschfeld, D.R., Faraone, S.V. y Kagan, J. (1992). Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 475-481
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Gersten, M., Hirschfeld, D.R., Meminger, S.R., Herman, J.B., Kagan, J., Reznick, J.S. y Snidman, N. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 463-470
-

- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Hirschfeld, D.R., Bolduc, E.A. y Chaloff, J. (1991). Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, (11 suppl), 5-9
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Hirschfeld, D.R., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J.S.(1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatry Research*, 25, 49-95
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press
- 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
- Rubin, K.H. y Mills, R.S.L. (1988). The many faces of social isolation in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 916-924
- 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
- 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., 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. (1996). Variables predictoras de abandonos y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 387-407
-

- 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
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312
- Sanz, (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
- 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, 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. (1994). *The Columbia study investigating the efficacy of moclobemide in the treatment of social phobia*. Comunicación presentada en el 34th Congress de The New Clinical Drug Evaluation Unit Program. Marco Island, Florida. Junio.
- 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.R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B.A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D. y Liebowitz, M.R. (1994). Functional impairment in social phobia. *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., Martin, L.Y., Liebowitz, M.R., Gorman, J.M. y Fyer, A.J. (1992). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorder*, 3, 15-23
- 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
- Seipp, B. (1991). Anxiety and academic performance. A meta-analysis of findings. *Anxiety Research*, 4, 27-41
- 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
- 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
-

- Silverman, W.K. y Kurtimen, W.M. (1996). *Anxiety and phobic disorders: A pragmatic approach*. Nueva York: Plenum Press
- Slavkin, 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
- Smith, T.W., Ingram, R.E. y Brehm, S.S. (1983). Social anxiety, anxious self-preoccupation, and recall of self-relevant information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1276-1283
- 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
- Spielberger, C.D., Pollans, C.H. y Wordern, T.J. (1984). Anxiety disorders. En S.M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). Nueva York: Wiley
- Spitz, R. (1961). *El primer año de la vida del niño*. Madrid: Aguilar
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. y First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) I: History, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629
- 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 Scandinavia*, 84, 142-149
- 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 of 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., Chartier, M.J., Hazen, A.L., Kovak, 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*, 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. y Chavira, D.A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, *50*, S11-S16
- Stein, M.B., 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., Huzel, L.L. y Delaney S.M. (1993). Lymphocyte β -adrenoceptors in social phobia. *Biological Psychiatry*, *34*, 45-20
- 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., 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
- 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
- Strahan, E. y Conger, A.J. (1998). Social anxiety and its effects on performance and perception. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 293-305
- 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
- Strauss, C.C. y Last, C.G. (1993). Social and simple phobia in children. *Journal of Anxiety Disorders*, *1*, 141-152
- 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
- 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., 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
- Stravynski, 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
- Takahashi, T. (1989). Social phobia syndrome in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, *30*, 45-52
-

- 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
- 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., Koch, W.J., McLean, P., Paterson, R.J. y Anderson, K.W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. *Behavior Modification*, *21*, 487-511
- 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
- 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
-

- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. y Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification*, 2, 41-60
- 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
- Trull, T.J. y Sher, K.J. (1994). Relationships between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360
- 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., 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-Quille, 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., 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., 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. y Wolff, P.L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders?. *Clinical Psychology Review, 16*, 157-172
- 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., Manciani, C. y Streiner, D. (1993). Fluoxetine efficacy in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 27-32
- Van Ameringen, M., Manciani, C. y Streiner, D. (1994). Sertraline in social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 31, 141-145
- 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., Manciani, C. y Wilson, C. (1996). Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 39, 115-121
- 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 Der Molin, H.A. (1990). A definition of shyness and its implications. En W.R. Crozier (Ed.), *Shyness and embarrassment*. Cambridge: Cambridge University Press
- Van Dyck, R. (1996). Non-drug treatment for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (Suppl. 3), 65-70
- 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., 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
-

- 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
- 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., Mundim, S., Pinto, S., Saboya, E. y Kovacs, R. (1996). The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 83-88
- 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
- Wacker, H.R., Mulleijans, 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.
-

- Wallace, S.T. y Alden, L.E. (1995). Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognitive Therapy and Reserach*, 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. e Inderbitzen, H.M. (1998). Social anxiety and peer relations among adolescents: Testing a psychobiological model. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 183-198
- 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
- Watson, D., Clark, L.A. y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457
- Watson, J.B. (1925). *Behaviorism*. Nueva York: Norton
- Weems, C.F., Silverman, W.K. y La Greca, A.M. (2000). What do youth referred for anxiety worry about?. Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, en prensa
- 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
- Wells, A. (1998). Cognitive theory of social phobia. En N. Tarrrier, A. Wells y G. Haddock, *Treating complex cases: The cognitive behavioral therapy approach* (pp. 1-26). Chichester, Reino Unido: John Wiley
- Wells, A. y Clark, D.M. (1997). Social phobia: A cognitive approach. En G.C.L. Davey, *Phobias: A handbook of description, tretament and theory*. Chichester, Reino Unido: John Wiley
- 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., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. y Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behaviour Therapy*, 26, 153-161
-

- 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. (1999). The observer perspective: biased imagery in social phobia, agoraphobia and blood/injury phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 653-658
- 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
- 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
- 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 of Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 15-23
- Wittchen, H.U. y Essau, C.A. (1989). Comorbidity of anxiety disorders and depression: does it affect course and outcome?. *Psychiatry and Psychobiology*, 4, 315-323
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., Zerssen, D. Von, Krieg, J.-C. y Zaudig, M. (1991). 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., Stein, M.B. y Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323
- 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. (1983). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press
- 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
-

-
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley
- 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
-

IX. ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO VII

Tabla 7.1. Análisis de varianza de un factor sobre el pretest

VARIABLES			GRADOS DE LIBERTAD		F	p	
			Tratamiento	Error			
AUTOINFORMES	SPAI-FS		3	55	0.683	0.566	
	SPAI-AG		3	55	1.531	0.217	
	SPAI-DIF		3	55	1.230	0.308	
	SASA-FNE		3	55	2.689	0.055	
	SASA-SAD-N		3	55	0.891	0.452	
	SASA-SAD-G		3	55	0.797	0.501	
	SASA-TOTAL		3	55	2.062	0.116	
	FNES		3	55	4.495	0.007	
	SADS		3	55	0.135	0.939	
	AUTOESTIMA		3	55	1.788	0.160	
	ADAPTACIÓN		3	55	1.918	0.137	
	ASERTIVIDAD		3	55	2.688	0.057	
	PRCS		3	55	4.314	0.008	
	EHSPA		3	55	0.081	0.970	
	ADIS-FS		3	55	0.314	0.815	
ADIS-TPE		3	55	2.919	0.404		
OBSERVACIÓN	Iniciar y Mantener una Conversación	<i>Análisis Molecular</i>	Nº Frases/minuto	2	41	3.066	0.057
			Frecuencia errores	2	41	1.614	0.211
		<i>Análisis Molar</i>	Mirada	2	41	2.197	0.124
			Calidad vocal	2	41	0.623	0.541
			Duración	2	41	0.350	0.706
			Malestar	2	41	1.182	0.317
	Fluidez		2	41	1.229	0.303	
	Total	2	41	0.854	0.433		
	Hablar en público	<i>Análisis Molecular</i>	Nº Frases/minuto	2	41	1.095	0.344
			Frecuencia errores	2	41	0.190	0.828
		<i>Análisis Molar</i>	Mirada	2	41	1.165	0.322
			Calidad vocal	2	41	0.768	0.471
			Duración	2	41	2.043	0.143
			Malestar	2	41	3.085	0.056
	Total	2	41	2.311	0.112		

ANEXO VIII

Tabla 7.2.1. Análisis de homogeneidad de las pendientes. Comparaciones pretest-postest

VARIABLES			GRADOS DE LIBERTAD		F	p	
			Tratamiento	Error			
AUTOINFORMES	SPAI-FS		3	51	4.038	0.012	
	SPAI-AG		3	51	0.138	0.955	
	SPAI-DIF		3	51	0.697	0.558	
	SASA-FNE		3	51	1.951	0.133	
	SASA-SAD-N		3	51	1.492	0.228	
	SASA-SAD-G		3	51	1.670	0.185	
	SASA-TOTAL		3	51	0.918	0.439	
	FNES		3	51	0.572	0.636	
	SADS		3	51	1.057	0.376	
	AUTOESTIMA		3	51	0.986	0.407	
	ADAPTACIÓN		3	51	2.881	0.045	
	ASERTIVIDAD		3	51	1.885	0.144	
	PRCS		3	51	0.903	0.446	
	EHSPA		3	51	1.387	0.257	
	ADIS-FS		3	51	0.352	0.788	
OBSERVACIÓN	Iniciar y Mantener una Conversación	<i>Análisis Molecular</i>	Nº Frases/minuto	2	38	0.422	0.659
			Frecuencia errores	2	38	0.109	0.897
			Duración errores	2	38	0.124	0.884
		<i>Análisis Molar</i>	Mirada	2	38	0.122	0.886
			Calidad vocal	2	38	0.586	0.562
			Duración	2	38	0.418	0.661
			Malestar	2	38	1.000	0.377
			Fluidez	2	38	0.621	0.543
			Total	2	38	0.581	0.564
	Hablar en público	<i>Análisis Molecular</i>	Nº Frases/minuto	2	38	0.092	0.912
			Frecuencia errores	2	38	0.333	0.719
			Duración errores	2	38	0.445	0.644
		<i>Análisis Molar</i>	Mirada	2	38	0.929	0.404
			Calidad vocal	2	38	2.361	0.108
			Duración	2	38	0.670	0.518
			Malestar	2	38	0.830	0.440
			Fluidez	2	38	0.323	0.726
			Total	2	38	0.879	0.423

Tabla 7.2.2. Análisis de homogeneidad de las pendientes. Comparaciones posttest-seguimiento

	VARIABLES	GRADOS DE LIBERTAD		F	p
		Tratamiento	Error		
AUTOINFORMES	SPAI-FS	3	51	0.974	0.412
	SPAI-AG	3	51	0.431	0.732
	SPAI-DIF	3	51	1.379	0.260
	SASA-FNE	3	51	1.558	0.211
	SASA-SAD-N	3	51	0.369	0.776
	SASA-SAD-G	3	51	5.110	0.004
	SASA-TOTAL	3	51	0.950	0.423
	FNES	3	51	1.165	0.332
	SADS	3	51	2.651	0.059
	AUTOESTIMA	3	51	0.965	0.416
	ADAPTACIÓN	3	51	2.398	0.079
	ASERTIVIDAD	3	51	2.283	0.090
	PRCS	3	51	1.015	0.394
	EHSPA	3	51	2.606	0.062
	ADIS-FS	3	51	0.974	0.412

Tabla 7.2.3. Análisis de homogeneidad de las pendientes. Comparaciones pretest-seguimiento

	VARIABLES	GRADOS DE LIBERTAD		F	p
		Tratamiento	Error		
AUTOINFORMES	SPAI-FS	3	51	2.462	0.073
	SPAI-AG	3	51	0.778	0.512
	SPAI-DIF	3	51	2.568	0.065
	SASA-FNE	3	51	1.055	0.376
	SASA-SAD-N	3	51	0.356	0.785
	SASA-SAD-G	3	51	2.259	0.093
	SASA-TOTAL	3	51	0.218	0.884
	FNES	3	51	0.117	0.950
	SADS	3	51	0.441	0.725
	AUTOESTIMA	3	51	1.448	0.229
	ADAPTACIÓN	3	51	0.758	0.523
	ASERTIVIDAD	3	51	0.387	0.763
	PRCS	3	51	0.966	0.416
	EHSPA	3	51	0.767	0.518
	ADIS-FS	3	51	0.954	0.421

ANEXO IX

ANEXO X

Tabla 7.3. Fiabilidad interjueces: Coeficientes de Pearson

VARIABLES				Pretest	Postest
OBSERVACIÓN	Iniciar y Mantener una Conversación	<i>Análisis Molecular</i>	Nº Frases/minuto	0.81	0.86
			Frecuencia errores	0.89	0.52
			Duración errores	0.94	0.84
		<i>Análisis Molar</i>	Mirada	0.83	0.72
			Calidad vocal	0.74	0.68
			Duración	0.60	0.68
			Malestar	0.81	0.62
			Fluidez	0.75	0.65
			Total	0.88	0.79
	Hablar en público	<i>Análisis Molecular</i>	Nº Frases/minuto	0.76	0.69
			Frecuencia errores	0.85	0.79
			Duración errores	0.93	0.95
		<i>Análisis Molar</i>	Mirada	0.78	0.82
			Calidad vocal	0.62	0.73
			Duración	0.75	0.74
			Malestar	0.90	0.66
			Fluidez	0.80	0.82
			Total	0.87	0.92