

## Tesis doctoral

Un ensayo controlado para el tratamiento de adolescentes con trastornos de ansiedad social: impacto en variables de perfeccionismo, atención plena y bienestar, así como un análisis del papel del especificador entre sujetos sanos y diagnosticados.

Universidad de Jaén    Departamento de Psicología



Presentada por:  
Gema María Fuentes Rodríguez

Dirigida por:  
Luis Joaquín García López



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**

---

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**



**Un ensayo controlado para el tratamiento de adolescentes con trastorno de ansiedad social: Impacto en variables de perfeccionismo, atención plena y bienestar, así como un análisis del papel del especificador entre sujetos sanos y diagnosticados**

**PRESENTADA POR:**

**GEMA MARÍA FUENTES RODRÍGUEZ**

**DIRIGIDA POR:**

**LUIS JOAQUÍN GARCÍA LÓPEZ**

**JAÉN, 20-12-2017**

*A mi familia y a mi pareja*

Al Dr. Luis Joaquin García-López, director de esta tesis, por darme la oportunidad de realizar este proyecto, por todo el apoyo brindado, porque gracias a sus clases quise doctora, por enseñarme, por tu paciencia, por todas las oportunidades, por tu tiempo, por siempre darme ánimos, de corazón MIL GRACIAS.

Al Dr. Acierno y Dra. Hernández por todo vuestro apoyo por hacer sentir tan acogida lejos de casa. MUCHAS GRACIAS POR TODO.

Al Dr. Torres Cruz y al Dr. Saez gracias por toda vuestra ayuda con el análisis estadístico cuando me sentía tan perdida.

A todos los colaboradores de este proyecto, en especial a Vero muchas gracias por escucharme y darme fuerzas.

A los participantes de este estudio MIL GRACIAS por darme esta oportunidad.

A los orientadores, directores y jefe de estudio de todos los centros que han participado. GRACIAS

A la Escuela de Doctorado, por estos dos años, y sobre todo a cada uno de mis compañeros, lo que están y lo que estuvieron, en especial a Gloria porque siempre apareces con una sonrisa incluso en los días malos, a Úrsula por ser ejemplo de constancia y fuerza, a Miriam por todo el cariño y David por todos tus consejos.

A todos mis amigos, en especial a Raquel por cuidarme siempre por tu franqueza, Amanda porque a pesar de todo siempre estás ahí cuando lo necesito y Ana por tu compañía en este viaje.

A mi compañero de vida, a José Ángel, por estar siempre a mi lado, por todos los momentos mágicos que me regalas. TE QUIERO.

A mi familia, mis hermanos, mis cuñados (que son como hermanos) y mis padres. Gracias por estar siempre ahí, por ayudarme, por ser como sois .. Os quiero.

A todas aquellas personas que alguna vez me han ayudado.



**INDICE.**

Resumen.....	7
Introducción.....	8
I. Marco Teórico.....	12
1. Desarrollo Histórico.....	13
2. Definición y Características.....	16
3. Epidemiología.....	22
4. Factores Relacionados Con TAS .....	25
5. Comorbilidad.....	31
6. Modelos Teóricos.....	37
7. Tratamiento Psicológico.....	45
II. Objetivos e Hipótesis.....	52
i.    Objetivos.....	53
ii.   Hipótesis.....	54
III. Metodología.....	55
IV. Resultados.....	69
V. Discusión.....	88
Conclusiones.....	93
Limitaciones.....	95
Líneas futuras .....	97
Referencias.....	108

## . RESUMEN

El trastorno de ansiedad social (TAS) es uno de los más frecuentes en la adolescencia, sigue un curso crónico y causa graves consecuencias negativas para las personas que lo padecen. Además, la comorbilidad en este trastorno es más una norma que una excepción, aunque existe una necesidad el impacto de la co-ocurrencia de otros trastornos en adolescentes con TAS. Junto a esto, la reciente edición de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ha añadido el especificador de actuación para aquellos casos que el miedo está restringido a situaciones de actuación social. Dado el escaso tiempo transcurrido desde entonces hasta ahora, existe una escasez de investigaciones que analicen el impacto del especificador en sujetos con amplio espectro de TAS, controles sanos y aquellos que únicamente presentan el especificador. Esta tesis doctoral pretende cubrir ambos aspectos.

Adicionalmente, y en cuanto a la eficacia de los tratamientos se refiere, la IAFS (Intervención con Adolescentes con Fobia Social) es uno de los tratamientos para adolescentes con TAS que ha recibido mayor apoyo empírico. Sin embargo, hay aspectos del tratamiento que nunca habían sido evaluados, tales como el efecto del tratamiento en las dimensiones del perfeccionismo o en la calidad de vida. Otro objetivo de esta tesis doctoral es evaluar el efecto de la intervención IAFS no sólo en sintomatología ansiosa y depresiva, sino en calidad de vida y elementos transdiagnósticos como perfeccionismo.

Nuestros resultados muestran que aquellos que presentan el especificador tienen una sintomatología más leve respecto a los que presenta TAS sin especificador y además muestran patrones similares que los controles sanos en alguna de las variables. Asimismo, los datos revelan una sintomatología más grave en aquellos adolescentes con trastornos comorbidos. Finalmente, se observa que los adolescentes que recibieron la intervención mejoran no sólo en sintomatología ansiosa y depresiva, sino también en calidad de vida (bienestar físico, ambiente escolar y relaciones sociales) y perfeccionismo (particularmente, miedo a cometer errores).

## INTRODUCTION

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5; APA, 2013) defines social anxiety disorder (SAD), also known as social phobia, as “marked fear or anxiety about one or more social situations in which the individual is exposed to possible scrutiny by others. Examples include social interactions (e.g., having a conversation), being observed (e.g., eating or drinking), or performing in front of others (e.g., giving a speech). The individual fears that he or she will act in a way or show anxiety symptoms that will be negatively evaluated (e.g., be humiliated, embarrassed, or rejected) or will offend others.” (p. 132). The latest edition of the DSM includes a performance only specifier for those whose anxiety is limited to speaking and performing in public.

SAD is one of the most common disorders in adolescence and adulthood, along with major depression and alcohol dependence (Ollendick, Benoit, & Grills-Taquechel, 2013), despite having been one of the most neglected anxiety disorders (Horse & Mateos, 2000). It tends to follow a chronic and unremitting course (Beesedos et al., 2012). The onset period is often adolescence (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink, & Treffers, 2004), although studies show that in some cases the age of onset occurs as early as childhood (Wong and Knappe, 2014).

Several studies have analyzed the impact of certain factors on the development of social anxiety. One such factor is perfectionism, which has found to be positively related to a number of disorders including depression, eating disorders, personality disorders, suicide, and anxiety disorders (e.g., Frost, Glossner, & Maxner, 2010; Lundh & Öst, 2001; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002; Scappatura et al., 2017). However, there are few studies that associate perfectionism with SAD. Research that does show this relationship includes a study carried out by Levinson et al. (2015) in a university sample, who report a strong correlation between high levels of social anxiety and exhibiting high personal standards and considerable worry about making mistakes. And in a more recent study, Yap et al. (2016) found a negative correlation between fear of positive evaluation and high standards, but not between perfectionism and fear of negative evaluation. With regard to the relationship between perfectionism and social anxiety in adolescents, a recent study conducted in Russia by Pavlova and



Kholmogorovab (2017) yielded a positive correlation between social anxiety and the variables “worrying about mistakes” and “overdoing” (spending too much time doing homework and too little or none communicating with peers).

Another factor that moderates the effect of SAD is comorbidity. Here it is common to find SAD accompanied by other mental disorders. Fehm et al. (2008) found that 59% of adolescents diagnosed with SAD had a comorbid disorder, whereas 26% had two comorbid disorders. García-López, Diaz-Castela, Muela-Martínez, and Espinosa-Fernández (2014) reported that 61% of adolescents with SAD exhibited comorbid disorders, with specific phobia and generalized anxiety as the most frequent types. A recent study (García-López, Bonilla, & Muela-Martínez, 2016) found that a third of participants with SAD also met criteria for at least one additional disorder, the most common being specific phobia (49%) and generalized anxiety (26%).

The following doctoral thesis covers four objectives. The first involves analyzing the possible sociodemographic differences between the SAD groups (with and without the social performance-only specifier). The second objective is to analyze the possible differences between the social anxiety groups with the performance only specifier and without the performance only specifier in anxious symptomatology, depression, perfectionism, quality of life, and self-esteem. The third objective is to compare adolescents with SAD but without comorbid disorder (P-SAD) with adolescents exhibiting comorbid disorder (C-SAD) for all variables subject to study. The fourth and final objective of this doctoral thesis is to analyze the efficacy of IAFS (Intervention with adolescents Phobia Social) treatment, comparing adolescents receiving therapy with those who have not been diagnosed with any disorder, as well as with a control group on the waiting list.

## INTRODUCCIÓN

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; APA, 2013) define el trastorno de ansiedad social (TAS), o fobia social, como “un miedo o ansiedad intensa en respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. Además, teme ser negativamente evaluada a partir de su actuación o de los síntomas de ansiedad que muestra, lo que implica humillación o vergüenza, rechazo por parte de otros u ofender a otros” (pág.132). La nueva edición del DSM añade el especificador de actuación para aquellas personas cuya ansiedad se limita a hablar o actuar en público.

El TAS es uno de los trastornos más comunes en la adolescencia y en la edad adulta, junto con la depresión mayor y la dependencia del alcohol (Ollendick, Benoit y Grills-Taquechel, 2013) a pesar de haber sido uno de los trastornos de ansiedad más olvidados (Caballo y Mateos, 2000). A menudo, presenta un curso crónico y no remitente (Beesdos et al. 2012). Su periodo de aparición suele ser la adolescencia (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink y Treffers, 2004), aunque estudios muestran que en algunos casos la edad de inicio se adelanta hasta la infancia (Wong y Knappe, 2015).

Diversos estudios han analizado el impacto de ciertos factores en el desarrollo de la ansiedad social. Uno de estos factores es el perfeccionismo, que ha resultado tener una relación positiva con el desarrollo de varios trastornos como depresión, trastornos alimentarios, trastornos de la personalidad, suicidio y trastornos de ansiedad (e.g., Frost, Glossner y Maxner, 2010; Lundh y Öst, 2001; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002, Scappatura et al., 2017), pero son escasos los estudios que relacionan perfeccionismo con TAS. A pesar de la escasez de estudios, y en una muestra universitaria, Levinson et al. (2015) han encontrado una relación positiva entre altos niveles de ansiedad social y exhibir altos estándares personales y una gran preocupación por cometer errores. En un estudio más reciente, Yap et al. (2016) han encontrado una correlación negativa entre miedo a la evaluación positiva y altos estándares, pero no entre perfeccionismo y miedo a la evaluación negativa. Respecto a la relación entre perfeccionismo y ansiedad social en adolescentes, nos encontramos un estudio reciente realizado en Rusia por Pavlova y Kholmogorova (2017). Estos autores han encontrado una correlación positiva entre ansiedad social y las variables "preocupación por los errores" y "exageración" (pasar

demasiado tiempo haciendo tareas y muy poco o ninguno comunicándose con sus compañeros).

Entre otros factores que moderan el efecto del TAS, se encuentra la comorbilidad. Es común encontrarse el TAS acompañado de otros trastornos mentales. Fehm et al. (2008) encontró que el 59% de los adolescentes diagnosticados con TAS padecía un trastorno comórbido y el 26% tenían dos trastornos comórbidos. García-López, Diaz-Castela, Muela-Martínez y Espinosa-Fernández (2014) informaron que el 61% de los adolescentes con TAS presentaron trastornos comórbidos, siendo fobia específica y ansiedad generalizada los trastornos comórbidos más frecuentes. Un estudio reciente (García-López, Bonilla y Muela-Martínez, 2016) encontró que un tercio también cumplía con los criterios de al menos un trastorno mental adicional, siendo la más común fobia específica (49%) y ansiedad generalizada (26%)

La siguiente tesis doctoral abarca cuatro objetivos. El primer objetivo es analizar las posibles diferencias sociodemográficas entre los grupos de TAS (con y sin especificador de actuación social). Nuestro segundo objetivo es analizar las posibles diferencias entre los grupos de ansiedad social con especificador de actuación y sin especificador de actuación en sintomatología ansiosa, depresión, perfeccionismo, calidad de vida y autoestima. El tercer objetivo es comparar aquellos adolescentes con TAS sin trastornos comórbidos (P-TAS) con los adolescentes con trastornos comórbidos (C-TAS) en todas las variables de nuestro estudio. El último objetivo de esta tesis doctoral es analizar la eficacia del tratamiento IAFS, comparando los adolescentes que reciben terapia con aquellos que no han sido diagnosticado de ningún trastorno, así como con un grupo control en lista de espera.

# I. MARCO TEÓRICO

## 1. DESARROLLO HISTORICO

El primer caso descrito en el que una persona podría padecer lo que hoy consideramos trastorno de ansiedad social (TAS, en adelante) se encuentra recogido en el libro de Robert Burton (1845). Este autor recoge la descripción que realiza Hipócrates de uno de sus pacientes, a quien retrata como alguien que sufre algo que va más allá de la timidez. Sin embargo, no es hasta 1903 cuando Piarret Janet hizo referencia a personas con miedo a hablar en público o realizar otras actividades frente a los demás.

El término de fobia social se recoge por primera vez en 1952, dentro del apartado de fobias en los Manuales Diagnósticos del DSM y CIE. A pesar de ello, el TAS no aparece como un trastorno independiente hasta la publicación del DSM-III en 1980 (véanse más abajo los criterios diagnósticos).

**Tabla 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.

Posteriormente, en la versión revisada del DSM III (APA, 1987), se especificó que la fobia social fuera generalizada cuando los miedos se generalizaban a muchas más situaciones sociales. A continuación, se recoge la clasificación propuesta en este manual:

**Tabla 2. Criterios diagnóstico en Fobia social DSM III-R.**

- 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 las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Tras la publicación del DSM-IV, el cambio más relevante fue la diferenciación en la duración de la sintomatología entre adultos y adolescentes. En adolescentes, la duración de los síntomas debía estar presente al menos durante 6 meses. Además de este cambio, el DSM-IV mantuvo el subtipo de fobia social generalizada. Sin embargo, una de las

críticas que recibió es que no especifica el número de situaciones temidas que debe tener el paciente para considerarlo del tipo generalizado (Zubeidat, Sierra y Fernández-Parra, 2007). En una revisión posterior (DSM IV-TR), se mantuvieron los mismos criterios del DSM-IV.

Si nos atenemos a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), no es hasta 1992 cuando la fobia social aparece como una categoría independiente, en CIE-10.

**Tabla. 3. 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 el CIE-10 no se distinguía ningún subtipo de fobia social ni tampoco se hacía ninguna referencia a ninguna especificación del trastorno en la población infanto-juvenil.

Actualmente, en versiones recientes, se han vuelto a modificar los criterios del TAS, tanto en el Manual Diagnóstico del DSM como en el borrador del CIE-11. Los criterios diagnósticos, tanto del DSM-5 como de la versión de prueba del CIE-11, serán abordados en el siguiente epígrafe.

## 2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Actualmente el DSM-5 define TAS como un “*miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas*” (pág. 132). De forma más detallada, el DSM-5 recoge los siguientes criterios diagnósticos:

**Tabla 4. Criterios del DSM-5 para la evaluación del Trastorno de Ansiedad Social.**

- A. Miedo o ansiedad acusada en respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. Posibles ejemplos son interacciones sociales (p.ej., mantener una conversación, encontrarse con personas desconocidas), ser observado (p.ej., al comer o beber) y actuar delante de otros (p.ej., dar una charla). Nota: En niños la ansiedad debe ocurrir en situaciones con compañeros de su edad, no sólo en interacciones con adultos.
- B. La persona teme ser negativamente evaluada a partir de su actuación o de los síntomas de ansiedad que muestra, lo que conlleva humillación o vergüenza, rechazo por parte de otros u ofender a otros
- C. Las situaciones sociales provocan casi siempre miedo o ansiedad. Nota: En niños la ansiedad puede manifestarse como lloros, berrinches, quedarse paralizados, pegarse a alguien, encogimiento o no hablar en situaciones sociales
- D. Las situaciones sociales son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos.
- E. El miedo o ansiedad es desproporcionada para la amenaza implicada por la situación social y para el contexto sociocultural.
- F. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente 6 meses o más.
- G. El miedo, ansiedad o evitación causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.
- H. El miedo, ansiedad o evitación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a otra condición médica.
- I. El miedo, ansiedad o evitación no puede explicarse mejor por los síntomas de otro trastorno mental, tal como trastorno de pánico trastorno dismórfico corporal o trastorno del espectro



autista.

Si otra condición médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o heridas) está presente, el miedo, ansiedad o evitación está claramente no relacionado con ella o es excesiva.

Especificar si: Sólo actuación: El miedo está restringido a hablar o actuar en público

Los criterios del DSM-5 presentan diferencias respecto a los del DSM-IV-TR (véase sección anterior). Una de ellas es la exclusión del criterio de que el paciente reconozca que su ansiedad es excesiva o irracional. En segundo lugar, el DSM-5 añade el miedo a la evaluación negativa y ofender a otros, con el fin de recoger aspectos culturales evidenciados por el denominado síndrome *Taijin kyofusho* (miedo a ofender a los demás), frecuente en los países asiáticos. En tercer lugar, el nuevo manual especifica que la ansiedad ha de ser desproporcionada en relación con la amenaza real de la situación y para el contexto sociocultural. Otra diferencia es que no sólo los menores de 18 años deben presentar los síntomas al menos durante seis meses, sino que este criterio también se aplica a la población adulta. Otra novedad es que se entiende que el miedo o la ansiedad pueden estar relacionados con una condición médica si dicho miedo es excesivo. El DSM-5 determina también que si se presentan ataques de pánico, éstos pueden añadirse como un especificador (trastorno de ansiedad con un especificador de ataques de pánico). Finalmente, ha desaparecido el subtipo de fobia social generalizada que establecían los dos últimos manuales. En su lugar, aparece el especificador “de actuación”, usado para cuando el miedo está restringido a hablar en público o actuación social. Dado el potencial alcance de esto último y su relación con la temática de esta tesis, en la sección 2.1 abordaremos los limitados datos disponibles sobre el especificador.

## 2.1 Subtipo y Especificador

Dada la reciente publicación del DSM-5 y su progresiva implementación en ensayos controlados, aún se constata una escasez de trabajos que analicen el papel del especificador de actuación social. Entre ellos, en una muestra de jóvenes adultos, García-López et al. (en prensa) han encontrado que aquellos con diagnóstico clínico de TAS limitado al especificador difieren de aquellos sin especificador en menores valores de ansiedad social y comorbilidad con el TAG. Asimismo, Peyre et al. (2016) han

hallado que las personas con TAS con especificador muestran mejor salud mental y menor ansiedad social que aquellos sin el especificador.

Otros estudios cuestionan la eficacia de la clasificación propuesta por el DSM-5. En concreto, Kerns et al. (2013) en un estudio con 240 adolescentes, encuentra que menos de 1% de los adolescentes con TAS presentan el especificador de rendimiento. Estudios en muestra de adolescentes encuentran un mayor porcentaje; García López y Moore encuentra una prevalencia de 6,8%, García-López et al. (2015) hallan una prevalencia de 3,8 % y Fuentes-Rodríguez, García-Trujillo y García López, (en prensa) encuentran una prevalencia de 10 %. Crome et al. (2014) han analizado las diferencias entre el DSM-IV y el DSM-5 y ha encontrado que es menos frecuente encontrar a personas con ansiedad social con el especificador de actuación. En población adulta García-López et al. (en prensa) han informado de que el 27 % de la muestra de TAS exhibe el especificador.

Anteriormente a este especificador, y en función del tipo y la cantidad de las situaciones temidas, distintos equipos han propuestos otros subtipos de ansiedad social diferentes a los recogidos en los manuales del DSM. (véase a continuación)

Empezando por orden cronológico :

Turner et al. (1992) propusieron mantener la denominación fobia social generalizada establecida por el DSM-IV, pero considerando que se trataría de la ansiedad ante interacciones sociales, mientras que por defecto se entendía que fobia social específica haría referencia a miedo ante situaciones de actuación social. Es decir, un criterio cualitativo.

Heimberg et al. (1993) plantearon una clasificación en función del número de situaciones temidas. En concreto, asumieron el subtipo generalizado como se recogía estrictamente en el DSM-IV (y se mantuvo en el DSM-IV-TR), es decir, un criterio cuantitativo (mayoría de situaciones sociales). Adicionalmente, propusieron dos subtipos adicionales: a) fobia social específica, la cual recogía aquellas personas que presentan ansiedad a situaciones muy concretas de actuación social y b) fobia social no generalizada para aquellos con ansiedad ante un número concreto de situaciones sociales (el sujeto presenta situaciones sociales temidas, pero no la mayoría de éstas).

Stein (1997) consideró tres categorías: los que sólo sienten ansiedad a hablar en público, los que, además de miedo a hablar en público, sienten ansiedad ante otra situación social; y los que informan de miedo a una gran variedad de situaciones sociales. Ya en el siglo XXI.

Ya en el siglo XXI, Asnaani et al. (2015) propone el siguiente modelo:

<b>Tabla 5. Clasificación de situaciones temidas recogidas en Asnaani et al. (2015)</b>	
<b>Rendimiento /hablar en público</b>	Hablar en clase Actuar delante de una audiencia
<b>Interacción social</b>	Conocer nuevas personas Fiestas y reuniones sociales Citas Hablar con desconocidos
<b>Observacional.</b>	Usar el baño público Hacer un examen importante Escribir, beber o/y comer en frente de otros. Trabajar mientras te observan

En nuestro país, en primer lugar nos encontramos con el equipo de Quero et al. (2003), que aventuraron tres tipos diferentes de ansiedad social: a) subtipo de miedo a hablar en público, solo para aquellos con ansiedad a hablar en público; b) subtipo de fobia social circunscrita; para aquellos con miedo a situaciones concretas; y c) subtipo generalizado, el cual implicaría miedos antes varias situaciones sociales.

En segundo lugar, Piqueras et al. (2008) propusieron 4 tipos diferentes de ansiedad social. Estos autores asumen como criterio la gravedad de los síntomas y utilizan como referencia una entrevista diagnóstica que evalúa 13 situaciones sociales de actuación e interacción. Los tipos de ansiedad social propuestos por dichos autores son los siguientes: a) Específica: limitado solo para aquellos ansiosos con miedo a situaciones de actuación social, sería el tipo menos severo; b) Levemente generalizada: para aquellos sujetos que sienten ansiedad entre 2 y 5 situaciones sociales, y cuando al menos una de estas situaciones sea de interacción; c) Moderadamente generalizada, si el sujeto presenta ansiedad ante 6-9 situaciones sociales, incluyendo al menos dos situaciones de interacción; y d) Gravemente generalizada para aquellos casos en los que

la persona siente ansiedad ante 10 situaciones sociales. Al menos dos de ellas deben ser de interacción.

En tercer lugar, Bados (2009) recoge y clasifica las siguientes situaciones

<b>Tabla 6. Situaciones temidas, recogidas en Bados (2001).</b>	
<b>Intervención pública:</b>	Hablar/actuar en público Presentar un informe ante un grupo, Intervenir en grupos pequeños formales
<b>Interacción informal</b>	Iniciar, mantener y terminar conversaciones. Unirse a una conversación o actividad ya en marcha. Hablar de temas personales. Hacer cumplidos/ expresar amor Relacionarse con el sexo opuesto o preferido Concertar citas o acudir a las mismas Establecer relaciones íntimas Asistir a fiestas Conocer gente nueva Llamar a alguien por teléfono Recibir críticas
<b>Interacción asertiva</b>	Solicitar a otros que cambien su comportamiento molesto Hacer una reclamación Devolver un producto Hacer o rechazar peticiones Expresar desacuerdo/crítica/disgusto, mantener las propias opiniones Interactuar con figuras de autoridad
<b>Ser observado</b>	Comer/beber/escribir/trabajar/telefonar delante de otros Asistir a clases de gimnasia o danza Usar los servicios públicos Entrar en un sitio donde ya hay gente sentada (p.ej., aulas o transportes públicos), ser el centro de atención (p.ej., en una fiesta de cumpleaños).

Recientemente, Caballo et al. (2017) han clasificado las situaciones sociales en dos: interactivas o no interactivas. A continuación, el autor señala varios ejemplos de situaciones social interactivas y no interactivas, que se recogen en la Tabla 6:

<b>Tabla 7. Ejemplo de situaciones sociales interactivas y No interactivas.</b>	
Situaciones Interactivas	Situaciones NO interactivas
Iniciar o mantener conversaciones	Hablar en público ante una audiencia
Quedar (Citarse con alguien)	Actuar ante otra persona
Asistir a una fiesta	Cantar en publico
Telefonar	Ser el centro de atención
Hablar con una persona con autoridad	Comer/ beber en público

Hacer un cumplido	Escribir/ Trabajar mientras le están observando
Decir alguien que le molesta algo	Utilizar urinarios públicos
Rechazar una petición	Entrar en una sala cuando todo los demás ya están sentados.
Conservar con un grupo pequeño	Desmayarse o caerse en público
Asistir a reuniones o congreso	
Expresar sentimientos positivos a otra persona	
Devolver un artículo que ha comprado en una tienda.	

Según la literatura, encontramos que la situación social comúnmente más temida en adolescentes y adultos es la de hablar en público (García-López et al., 2008; Turner, Beidel y Townsley, 1992). A pesar de ser el miedo a hablar en público la situación social que produce mayor ansiedad, Crome y Baillie (2014) han hallado que los temores de usar baños públicos o comer, beber o escribir en público reflejaban niveles elevados de ansiedad social. Además, Sunderland et al. (2016) han encontrado que el miedo a las situaciones de ir a fiestas o entrar en una habitación llena de gente eran predictores de que aparecieran conductas de evitación más graves.

Uno de los focos de atención de la investigación ha consistido en determinar las posibles diferencias que podemos encontrar en el número o el tipo de situaciones temidas en función del sexo. Según la revisión realizada en Asher et al. (2017) se puede concluir que las mujeres suelen temer situaciones profesionales como realizar una entrevista, hablar con figuras de autoridad y hablar en una reunión. Datos similares encontraron Caballo et al. (2010). En el mencionado estudio las chicas exhibían mayor ansiedad que los hombres en las situaciones de hablar en público y hablar con una autoridad. Además de las situaciones profesionales, las mujeres también eran más propensas a sentir ansiedad ante un examen importante y beber/ comer delante de otras personas (Xu et al., 2012).

### 3. EPIDEMIOLOGIA

#### 3.1 Prevalencia

Tabla 8. Resumen de investigaciones sobre prevalencia del Trastorno de Ansiedad Social.

Autores	Año	País	Tipo De Muestra	N	Edad	Evaluación	Porcentajes		
							Total	Mujer	Hombre
Wittchen et al.	1999	Alemania	Comunitaria	3021	14-25	CIDI	7,3%	9,5%	4,9%
Essau et al.	1999	Alemania	Comunitaria	1035	12-17	CIDI	1,60 %	2,10%	1,00%
Fehm et al.	2005	Europa	Comunitaria			Meta-análisis	6.65%		
Beesdo et al.	2007	Alemania	Comunitaria	3021	14 -24	DIA-X/M-CIDI	11,00%	14,00%	8,00%
Inglés, C. J. et al.	2008	España	Estudiantes	2.022	16 >	SPAI	12,06%	15,47%	8,80%
Merikangas et al.	2011	Estados Unidos	Comunitaria	10123	13-18	CIDI	7,90%	11,20%	7,00%
Demir et al.	2013	Turquía	Estudiantes	1.482	9–16	SASC-R CSPSCA	3,90%		
Di Blasi, et al.	2014	Italia	Estudiantes	1305	14- 19	SIAS	25,90%	14,50%	10,40%
García-López et al.	2015	España	Comunitaria	2541	13-18	ADIS-IV	5,50%		
Ghazwani et al.	2016	Arabia Saudí	Comunitaria	454	15-20	LSAS			11,70%

Existen diversos estudios que analizan la prevalencia de ansiedad social en diferentes tipos de muestras. A modo de resumen, en la tabla 8 se recogen aquellos que se han llevado a cabo en muestras de adolescentes.

En primer lugar, los datos son claros y consistentes sobre el hecho de que el TAS muestra mayores tasas de prevalencia en chicas que en chicos. Esta diferencia podría explicarse a través de diversas variables y factores socioculturales. Las distintas formas en las que los padres educan a niños y niñas tienen consecuencias en la forma de

afrontar las situaciones sociales y, además, mientras los hombres son educados desde niños para que no tengan conductas de miedo, lo contrario ocurre con las chicas (Rubin y Nelson, 1999). Esta forma diferente de educar a niños y a niñas también podría influir en la deseabilidad social que manifiestan, por lo general, más alta en las chicas (Caballo et al., 2007). Por otra parte, varios estudios han hallado otras diferencias entre género. Inglés et al. (2010) encontraron mayores niveles de respuestas psicofisiológicas y cognitivas en chicas, además de una mayor puntuación en la escala de foco atencional, aunque el tamaño del efecto para estas variables fue pequeño. En estos mismos estudios se halló también que los chicos tendían a realizar más conductas de evitación y escape. Sin embargo, García-López et al. (2008) no hallaron diferencias entre géneros en la frecuencia de situaciones de escape, aunque sí en las conductas de evitación, pero los tamaños del efecto fueron pequeños. La mayor prevalencia en TAS en chicas no está tan clara cuando la muestra es clínica. Parece que con este tipo de muestra las diferencias de género no sean tan pronunciadas, de hecho, incluso algunos estudios encuentran una mayor prevalencia de TAS en chicos que en chicas (Fehmn, 2005; Heimberg y Juster, 1995). Además, cuando la muestra se centra en el colectivo LGBT se observa una mayor prevalencia en hombres (Bostwich et al., 2010). El análisis de la prevalencia de TAS en LGBT solo se ha llevado a cabo en muestra estadounidense y en un rango de edad reducido, solo en adultos.

En segundo lugar, se han encontrado diferencias en función de la procedencia de los participantes. Los estudios revelan que hay menos presencia de TAS en los países asiáticos (Ono et al., 2001). Sin embargo, los estudios encontrados se centran en los criterios del DSM-IV, el cual no incluía el miedo a hacer algo que ofenda a los demás. Debido a los cambios recientes en el DSM-5, se esperará una mayor tasa de prevalencia en este tipo de muestra, al recogerse explícitamente el miedo a ofender a los demás dentro del TAS. Aunque es necesario, antes de estudiar la prevalencia, tener en cuenta el impacto del síndrome de *Taijin kyofusho* (miedo a ofender a los demás), algunos autores consideran clasificar este síndrome dentro de los trastornos dismórficos o de los trastornos delirantes (Nakagami et al., 2017). Otros estudios que analizan la prevalencia entre países asiáticos y occidentales sugieren que la diferencia en prevalencia es debido a que en los países asiáticos son menos propensos a mostrar formas graves de ansiedad social y por lo tanto tienen menos probabilidades de ser diagnosticados con fobia social

(Krieg y Xu, 2015). Entre los países europeos también se encuentran diferencias en muestra de adultos: Francia y Holanda presenta mayor prevalencia que España e Italia. Caballo, Salazar y García-López (2011)

Ante esta heterogeneidad de datos, hay que tener en cuenta que los estudios difieren en función de la metodología empleada, así como el estudio de la prevalencia de ansiedad social a lo largo de la vida en algunos casos, y la presencia actual del trastorno en otros. Para poder obtener unas conclusiones claras acerca de la prevalencia de TAS es necesaria una mayor estabilidad en las medidas utilizadas.

### ***3.2. Edad de inicio del trastorno de ansiedad social***

Referente a la edad de inicio del trastorno, los estudios ofrecen resultados contradictorios. Keller (2006) y Wittchen y Fehn (2001) ubicaron la edad de inicio en la adolescencia tardía y adultez. Sin embargo, otros autores sitúan la edad de inicio en la adolescencia (APA, 1994, Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001; Dalrymple, Herbert y Gaudiano, 2007; Fehm, Beesdo, Jacobi y Fiedler, 2008; Faravelli, Zucchi, Vivani, Salmoria y Painoni, 2000; Méndez, inglés e Hidalgo, 2002; Olivares, Piqueras y Alcázar, 2006), y un menor número localizan la media de edad de inicio en la infancia (Albano y Hayward, 2004; Ollendick y Hirshfeld-Becker, 2002; Weeks, Coplan y Kingsbury, 2009). Como puede verse, no existe consenso en la literatura sobre la edad de inicio en TAS. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, encontramos mayor prevalencia en la adolescencia, aunque más estudios en población infantil son necesarios para esclarecer el inicio del trastorno.

El TAS presenta un curso crónico si éste no es tratado (García-López, 2000-2007, 2013; Wong y Rapee, 2015). De hecho, en un estudio longitudinal de 8 años con evaluaciones periódicas cada seis meses, Yonkers et al. (2003) hallaron que tanto el TAS como el trastorno por estrés postraumático son los dos trastornos de ansiedad con el menor número de remisiones. En este mismo estudio encontraron que no existen diferencias en el número de remisiones entre hombres y mujeres. En un estudio posterior, Beesdo et al. (2012) encontraron que el TAS era más persistente y tenía un deterioro más grave cuando la edad de inicio del trastorno era más temprana. En un estudio más reciente, Sunderland et al. (2016) han hallado que una edad de inicio más temprana correlaciona con mayores conductas de evitación.



## 4. FACTORES ASOCIADOS A LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL.

Uno de los objetivos claves en la investigación del TAS es encontrar aquellos factores de riesgo con el objetivo de prevenir la aparición del trastorno. A continuación, se recogen variables que han mostrado tener una correlación significativa con la presencia del trastorno de ansiedad social.

### 4.1. Perfeccionismo

Aunque no hay un consenso acerca de la definición de perfeccionismo, encontramos que actualmente los autores coinciden en entender el perfeccionismo a través de un modelo multidisciplinar. Uno de los más usados es el modelo propuesto por Frost et al. (1990). Estos autores proponen las siguientes dimensiones en el perfeccionismo:

<b>Tabla 9. Dimensiones del perfeccionismo propuesta por Frost et al. (1990)</b>	
<i>Dimensiones</i>	<i>Definición</i>
Exigencias personales	Hace referencia a predisposición de crearse metas excesivamente elevadas
Preocupación por los errores	Como su propio nombre indica, hace referencia a una elevada preocupación a cometer errores y obtener algún fracaso
Dudas sobre acciones	Se define como la predisposición constante de la calidad de las acciones que se realizan.
Expectativas paternas	Se entiende como, la percepción que tiene las personas acerca de las elevadas expectativas que tienen los padres sobre uno mismo.
Críticas paternas	Hace referencia a la percepción de las críticas de los padres.
Organización	Hace referencia a una elevada importancia acerca de la organización y el orden

A pesar de los numerosos estudios que encontramos sobre perfeccionismo, no hay una definición clara y aceptada de este constructo. Recientemente, García-Fernández et al. (2016) han realizado un análisis de 325 documentos sobre esta temática y han llegado a concluir con una definición en la que el perfeccionismo es “*un rasgo de la personalidad caracterizado por la imposición a uno mismo de unas normas de desempeño poco*

*realistas, la motivación por ser perfeccionista y la percepción del entorno como demasiado exigente y crítico”.*

El perfeccionismo es una variable que a menudo encontramos con diversos trastornos psicológicos, como por ejemplo, depresión (Brown y Beck, 2002), trastornos de la conducta alimentaria (Boone, Claes y Luyten, 2014; Keel y Forney, 2013; Pamies y Quiles, 2014), trastorno obsesivo compulsivo (Rodríguez -Jiménez et., al 2014) o insomnio (Akarm et al., 2017). En cuanto al trastorno de ansiedad social, diversos estudios de caso único encuentran que pacientes con TAS tienen altos estándares personales y un alta autocritica (Johnson, 2006; Karp y Dugas, 2003; Mersch et al., 1992, Shaewacheter, 2008).

Además, usando una metodología correlacional, Juster (1996) comparó las puntuaciones en perfeccionismo en una muestra de pacientes con TAS con las puntuaciones de otros trastornos. Los resultados revelaron valores más altos de perfeccionismo en el grupo con ansiedad social, particularmente en las dimensiones de Preocupación por los Errores y Dudas sobre Acciones. En una investigación posterior, Levinson et al. (2015) han hallado que la presencia de expectativas bajas de sí mismos (bajos estándares) combinadas con altas preocupaciones sobre la evaluación se asocia con incremento de los síntomas de ansiedad social. Finalmente, y con el objetivo de esclarecer qué tipo de relación guardan el perfeccionismo y la ansiedad social, en el sentido de si el perfeccionismo es un antecedente o una consecuencia, Gautreau et al. (2015) han llevado a cabo un estudio longitudinal en adultos, cuyos resultados sugieren que el perfeccionismo se muestra como una consecuencia en la ansiedad social, al menos en edad adulta. Sin embargo, esta conclusión, según señalan los autores, hay que tomarla con cautela y se hacen necesarios más estudios en población infanto-juvenil. Es destacable la ausencia de estudios que evalúan el impacto del perfeccionismo como mediador o moderador en población adolescente que sufre TAS.

#### ***4.2. Inhibición conductual***

La Inhibición Conductual (IC) es un rasgo temperamental definido por el miedo extremo ante la novedad y la dificultad para explorar los estímulos nuevos, ya sean personas u objetos (Kagan, Reznick, 1988).

La IC se ha estudiado como un factor de riesgo de sufrir ansiedad social TAS (Chronis-Tuscano et al., 2009; Essex et al., 2009; Hirshfeld-Becker et al., 2007; Hudson y Dodd, 2012; Hudson, Dodd, Lyneham y Bovopoulos, 2011; Orgilés et al., 2012; Sportel et al., 2013). En nuestro país, en un estudio longitudinal se ha hallado que los niños que exhiben IC entre los 4 a 6 años presentan un riesgo 11,11 veces mayor de presentar sintomatología de ansiedad social que aquellos que no presentan IC (Ordoñez-Ortega et al., 2016). En otro estudio longitudinal con dos años de seguimiento, estos autores han encontrado que padecer IC supone un riesgo 7,23 veces superior de padecer TAS en comparación con aquellos que no presentaban IC (Ordoñez-Ortega, et al., 2016).

#### ***4.3. Factores parentales***

El estilo educativo de los padres ha sido objeto de estudio en varias investigaciones. Uno de los focos de atención ha estado en el estilo educativo parental. Una revisión de la literatura revela que los adolescentes y los adultos con TAS describen a sus padres como más sobreprotectores, controladores, con más conducta de rechazo, con falta de calidez emocional y más críticos (Wong y Rapee, 2015). En particular, mediante un estudio observacional, Greco y Morris (2002) encontraron que los padres de los adolescentes con TAS son más controladores y más negativos. Lieb et al. (2000), en un estudio longitudinal, halló que un estilo parental de sobreprotección y rechazo se relacionaba con el desarrollo del TAS. Por su parte, Gulley et al. (2014) observaron que la crítica en los padres era un predictor del TAS en adolescentes. En un estudio posterior, Festa et al. (2011) han encontrado que uno de los predictores más fuertes de los síntomas de ansiedad social en niños es el sobrecontrol por parte de los padres. En un estudio más reciente llevado a cabo en Arabia Saudí, Ghazwani et al. (2016) han hallado que el estilo de crianza de los hijos, como la cólera de los padres, la crítica (particularmente frente a los demás), la protección exagerada, el maltrato y la provocación familiar surge como un factor de riesgo significativo para el TAS. Gómez-Ortiz, et al. (2016) estudian diversos factores que pueden predecir la ansiedad social y encuentran que el control conductual materno, supervisión materna y disciplina inductiva materna se relaciona con el desarrollo del trastorno de ansiedad social.

Además de como posible causa del TAS, la conducta de los padres se ha analizado como uno de los factores causantes del mantenimiento del TAS. Los estudios demuestran que los padres de aquellos que padecen TAS eran más controladores,

expresaban menos afecto, son más sobreprotectores y muestran menos apoyo emocional (ej., Arrindel, et al., 1983, 1989; Rapee y Melville, 1997; Lieb et al., 2000).

También la conducta de los padres se ha analizado como factor que influye en la terapia. Concretamente, Barrett et al. (1996) hallaron que los padres de niños con ansiedad (incluidos con TAS) refuerzan las conductas de evitación y desaniman a sus hijos a realizar los ejercicios de exposición. A este tipo de conductas por parte de los padres Silverman y Kurtimen (1996) las define como *“Trampa de la protección”*. Estos mismos autores encuentran el mismo patrón anteriormente mencionado. Ante la necesidad de controlar los factores parentales de este tipo que puedan impedir una mejoría obtenida con el tratamiento en los adolescentes con TAS, García-López et al. (2014) han desarrollado un programa de intervención en ansiedad social donde incluye un entrenamiento para los padres (para más información véase el apartado de tratamiento).

Otros de los aspectos en los que pueden influir en el desarrollo de TAS en los adolescentes son los trastornos de sus padres. En concreto, Lieb al. (2000) encontró que los padres que presentan ansiedad social o depresión tenían más probabilidades de que su hijo presente el mismo trastorno.

#### ***4.4. Maltrato entre iguales.***

Cada vez la sociedad es más consciente de las graves consecuencias del acoso escolar. Miembros de la comunidad educativa y otros profesionales trabajan en los centros educativos para poder paliar los efectos negativos que produce el maltrato entre iguales.

Gracias a una revisión bibliográfica acerca del TAS y su relación con el acoso entre iguales, García-López et al. (2011) informaron que los estudios apuntan a una fuerte relación entre el hecho de haber sido víctima de acoso escolar en la niñez o la adolescencia y posteriormente, sufrir TAS en la edad adulta. En particular, Storch y Masia-Warner (2004) han revelado que esta relación es especialmente significativa en el caso del acoso escolar relacional. En cuanto a la naturaleza de la relación entre TAS y acoso escolar, la revisión de la literatura llevada a cabo por García-López et al. (2011) apunta a que se trata de una relación bidireccional: por una parte, la persona que ha sido objeto de abuso escolar tiende a desarrollar ansiedad social, puesto que, en base a su experiencia negativa, percibe las situaciones sociales como anisógenas. Por otra parte,

aquellos que presentan un trastorno de ansiedad social son percibidos por los compañeros como solitarios y vulnerables, aumentando el riesgo de ser acosados.

En cuanto a la influencia del sexo como variable moderadora, Ranta et al. (2012) han informado que esta relación bidireccional entre sufrir TAS y haber sufrido acoso en chicos es diferente para las chicas, ya que, en este caso, la relación que se establece parece ser unidireccional, haber sufrido violencia relacional aumenta el riesgo de padecer TAS.

#### ***4.5. Eventos traumáticos.***

Diversas teorías plantean que los eventos negativos de la vida son un factor de riesgo para desarrollar TAS (para una revisión, véase Ranta et al., 2014). En concreto, Feerick y Snow (2005) encontraron que las mujeres con antecedentes de abuso sexual reportaron más síntomas de ansiedad y angustia en situaciones sociales. La edad de inicio del abuso, el abuso por parte de un amigo de la familia y el abuso por parte de otros criminales fueron todas características influyentes en la predicción de ansiedad social de adultos. Además, los individuos con TAS reportaron mayor abuso emocional infantil y abandono emocional comparado con un grupo control sin trastornos en el estudio de Kuo (2011). Asimismo, Chartier et al. (2001) informó que variables como tener una historia de ninguna relación personal cercana con un adulto, abandono en la escuela o requerir educación correctiva se asociaron significativamente con un diagnóstico de fobia social en la edad adulta. Más recientemente, Binelli et al. (2012) encontró que sólo la violencia familiar estaba relacionada con la presencia de ansiedad social.

Aún son muchos los aspectos que quedan por analizar sobre la relación entre TAS y eventos en la vida, como, por ejemplo, examinar las variables mediadoras que pueden actuar entre los eventos negativos y TAS. También queda por explorar el papel que desempeñan estos eventos en los programas de intervención.

#### ***4.6. Déficit en habilidades sociales.***

El déficit en habilidades sociales se ha analizado como un factor de causa, mantenimiento o/y consecuencia de diferentes trastornos (Caballo, 1993). En general, los datos parecen apuntar de manera sistemática a una correlación negativa y

significativa entre el déficit en habilidades sociales y elevadas puntuaciones en ansiedad social (Caballo, 2014). En este sentido, algunos autores (Caballo, 1993; Turner et al., 1994, 1999) consideran que una baja habilidad social contribuiría al desarrollo posterior del TAS. Por otro lado, otros autores defienden que los ansiosos sociales muestran peores habilidades sociales por la ansiedad que le producen estas situaciones, y no por un déficit en esta habilidad (Kashdan y Herbert, 2001; Rapee y Heimberg, 1997). Por tanto, tener poca competencia social sería una consecuencia de padecer TAS. Por último, otros autores integran las dos teorías. Así Rapee y Spence (2004) propusieron que el déficit en habilidades sociales podría ser un factor de riesgo para algunos individuos, mientras que para otros podría ser un factor de mantenimiento en el TAS. Es necesario disponer de estudios longitudinales para poder concluir de manera clara sobre la relación entre habilidades sociales y TAS (Ranta et al., 2015). A pesar de la controversia en las investigaciones, tal y como se indica en Caballo et al. (2011), hay un gran número de tratamientos para TAS que incluyen entrenamiento en habilidades sociales dada la estrecha relación entre déficit de habilidades sociales y presencia de sintomatología de ansiedad social.

#### ***4.7. Autoestima y Auto-concepto.***

En la literatura nos encontramos altas relaciones entre evidenciar algún trastorno y tener una baja autoestima en adolescentes (Montt y Ullua, 1996). En esta línea, Prinstein y La Greca, (2002) en un estudio longitudinal encontraron una relación entre baja autoestima y puntuaciones en escalas que miden ansiedad social. En otro estudio longitudinal, Tuijl et al. (2014) analizaron variables de autoestima y ansiedad social, Estos autores han concluido que la baja autoestima es un factor de riesgo para padecer ansiedad social. Gashovwer, 2013 encontró esta relación con la baja autoestima implícita. Los estudios realizados con muestra española obtienen resultados similares, Piqueras, Olivares e Hidalgo (2012) encontraron que los adolescentes con TAS tienen una autoestima significativamente menor comparados con aquellos que no tenían ansiedad. Delgado et al. (2013), en otro estudio con muestra española, hallaron correlaciones negativas entre TAS y la percepción de ser peores estudiantes, menos atractivos y atléticos y emocionalmente más inestables.

#### ***4. 8. Conclusiones.***

Muchos autores, a través del estudio de las diferentes variables que influyen en el desarrollo y en el mantenimiento del TAS, han elaborado modelos teóricos que nos permiten tener una concepción más clara acerca del desarrollo de este trastorno. Sin embargo, aún no podemos esclarecer el papel que juegan algunos de los factores mencionados en el TAS, pero los datos apuntan a que los eventos negativos, la influencia parental, el maltrato entre iguales, la inhibición conductual, la baja autoestima y el perfeccionismo juegan un papel en el desarrollo y/o mantenimiento del TAS.

## 5. COMORBILIDAD.

Algunos autores encuentran que el TAS es el trastorno de ansiedad con mayor tasa de trastornos comórbidos (Kessler et al., 1994; Schneier et al., 1992, Knappe et al., 2015), siendo más frecuente encontrar trastornos comórbidos cuando la edad de inicio del TAS es más temprana (Fehm et al., 2008). Los datos sugieren que la comorbilidad es la regla más que la excepción (Wong y Rapee, 2015). De hecho, los ensayos clínicos controlados aleatorios de la terapia cognitivo conductual (TCC) en adolescentes con un diagnóstico primario de TAS por DSM-IV señalan altas tasas de comorbilidad entre TAS y otros trastornos en todo el mundo. En Europa, Essau, Conradt y Petermann (1999) informaron que el TAS aparece junto con trastornos somatoformes (41%), trastornos depresivos (29%), trastornos por consumo de sustancias (23%) y otros trastornos de ansiedad (100%). Olivares et al. (2002) hallaron una fuerte comorbilidad entre TAS y fobia específica (F.E, 70%), depresión mayor (28%) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG, 26%). Ingul, Aune y Nordahl (2014) encontraron en una muestra de 1773 personas con TAS que el 73% evidenció al menos un trastorno comórbido, y fue la FE el más frecuente (49%) seguida de Trastorno de Ansiedad Generalizada (28%). Datos similares encontramos en García-López, Diaz-Castela, Muela-Martínez y Espinosa-Fernández (2014), quienes han hallado que el 61% de los adolescentes con TAS tenían trastornos comórbidos y, al igual que en el estudio anterior, los más frecuentes fueron fobia específica y ansiedad generalizada. Al igual que en los dos estudios anteriores, García-López, Bonilla y Muela-Martínez (2016) han informado que un tercio de su muestra de adolescentes también cumplía con los criterios de al menos un trastorno mental adicional, siendo los más comunes FE (49%) y TAG (26%). En Estados Unidos, Baer y Garland (2005) revelaron que TAG (25%), FE (17%) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH, 17%) fueron las condiciones comórbidas más frecuentes encontradas en TAS. Masia et al. (2005) también identificaron el TAG como la condición comórbida más prominente (40%), seguida de distimia (14%). Posteriormente, Masia-Warner et al. (2007) encontraron que el 42% de los individuos presentaban un trastorno comórbido y, al igual que en estudios anteriores, fue TAG (25%) el trastorno comórbido más frecuente seguido de distimia (8%). Viana, Rabian y Beidel (2008) también encontraron que TAG (25%), F.E (7,6%), TDHA y trastornos del estado de ánimo (6,4%) eran los trastornos comórbidos más



frecuentes en TAS. En esta misma línea Mesa, Beidel y Bunnell (2014) también han encontrado el TAG (19%) como trastorno comórbido más frecuente, seguido por distimia y depresión mayor (12%). Recientemente, Masia-Warner et al. (2016) revelaron que el 42% evidenció al menos un trastorno comórbido.

La edad de inicio de TAS también se relaciona con la presencia de trastornos comórbidos, de este modo aquellos que padecen TAS a edades más temprana suelen presentar mayor tasa de comorbilidad. (Beesdos et al., 2012).

Referente al género, hay estudios que no encuentran diferencias en el número de trastornos comórbidos entre chicos y chicas (Tursk, et al., 1998). En un intento de arrojar luz sobre el tema, Xu et al. (2012) analizaron en una muestra de jóvenes entre 18-24 años, si la diferencia de género en comorbilidad viene dada por el tipo de trastornos comórbidos, hallando mayor prevalencia de trastornos de externalización entre los hombres, y mayor prevalencia de trastornos de internalización entre las mujeres. En esta misma línea, pero en una muestra compuesta por adolescentes y adultos, MacKenzie y Fowler, (2013) encontraron que la depresión fue el trastorno comórbido más frecuente en mujeres. Otro estudio concluye que la comorbilidad entre consumo de tabaco en adolescentes con ansiedad social es más frecuente en chicos (Wu et al., 2010). A pesar de las investigaciones que parecen indicar que los trastornos comórbidos exteriorizantes son más frecuentes en hombres, y los trastornos interiorizantes más frecuentes en mujeres, hay estudios que indican lo contrario: Ashera, Asnaanib y Aderkaa, 2017, en una revisión teórica, informan que la depresión es más común en hombres que en mujeres con TS. Sin embargo, en adolescentes no encontramos ningún estudio donde los chicos presenten más trastornos interiorizantes que las chicas.

### ***5.1. Comorbilidad con otros Trastornos de Ansiedad.***

Cuando examinamos diversos artículos sobre comorbilidad encontramos que existe una disparidad de datos respecto a los trastornos de ansiedad social y otros trastornos de ansiedad comórbidos. Por una parte, algunos autores han hallado que los tres trastornos de ansiedad más frecuentemente comórbidos en adolescentes con TAS son la fobia específica (75%), ansiedad generalizada (27%) y trastorno de pánico-agorafobia (14%) (Zubeidat, 2007), mientras que Essau et al. (1999), en otro grupo de adolescentes con

TAS, hallaron que los trastornos comórbidos más comunes fueron agorafobia (23,5%) seguida por el trastorno obsesivo-compulsivo (11,8%) y la fobia específica (5,9%). A ello se suma el estudio llevado a cabo por Albano et al. (1996) en Estados Unidos, quienes encontraron que el trastorno de ansiedad generalizada era el trastorno comórbido más frecuente. Otro de los trastornos de ansiedad frecuentemente asociados a TAS ha sido el trastorno de pánico- agorafobia. Sin embargo, los estudios que nos encontramos son anteriores a la nueva clasificación del DSM-5, donde se recoge que TAS puede aparecer con ataque de pánico. Un nuevo estudio para esclarecer este tema es necesario.

### ***5.2. Comorbilidad con trastornos del ánimo.***

Los trastornos del estado de ánimo también ha sido trastornos comórbidos muy frecuentes entre aquellos que padecen TAS. Beesdo et al. (2007) y Ohayon, Schatzberg, (2010), en estudios en los que los participantes tenían más de 15 años, encontraron que: a) padecer ansiedad social es un riesgo para posteriormente sufrir depresión, y b) presentar TAS seguido de depresión incrementa la probabilidad de presentar otros trastornos de ansiedad adicionales. En estos estudios también se analizaron las posibles diferencias de género en cuanto a mostrar depresión como trastorno comórbido al TAS, no hallándose diferencias. A pesar de que estos estudios no encontraron diferencias de género, Väänänen et al. (2011) descubrieron que el riesgo de padecer trastorno depresivo como trastorno secundario al TAS es mayor en chicas con TAS es mayor que en chicos.

Otros trastornos del estado de ánimo están también presentes en TAS con frecuencia. Wittchen et al. (2003), en una muestra de adolescentes con distimia, encontraron que el 17,1% de los adolescentes presentaba TAS como comórbido. Aunque hay un estudio que encuentra relación entre TAS y trastornos bipolares en adultos (Koyuncu, et al., 2014), no hay existencia de ninguno en adolescentes con TAS que se centre solo en trastorno bipolar.

### ***5.3. Comorbilidad con abusos de sustancias.***

En muestra adulta, los datos parecen apuntar a una fuerte relación entre padecer TAS y consumo de alcohol (Grant et al., 2005; Morris et al., 2005). Sin embargo, cuando los estudios se refieren a población adolescente esta relación no esta tan clara. En concreto,

Jimenez-López y Cárdenas, (2014) no han hallado diferencias entre aquellos que tenían puntuaciones altas en ansiedad social y aquellos que evidenciaban puntuaciones bajas en la frecuencia de consumo de alcohol. Por el contrario, Black et al. (2015) han informado que los adolescentes que sufrían TAS tienen el doble de riesgo de padecer un trastorno por abuso de alcohol. Para comprender mejor la naturaleza de esta relación entre TAS y abuso de alcohol, Blumenthal et al. (2010) estudiaron las razones del uso del alcohol en adolescentes con TAS y constataron que el factor más determinante para el consumo de alcohol era la evitación del *arousal* producido por la ansiedad. Tras analizar estos estudios, parece que sufrir TAS en la adolescencia es un factor de riesgo para tener trastorno del abuso de sustancia en la edad adulta, pero no hay una relación clara en la adolescencia. Parece que los adolescentes empiezan a beber alcohol para evitar el *arousal* producido por la ansiedad y que este les lleva a tener un mayor riesgo de sufrir abusos de alcohol en el futuro. No obstante, más estudios al respecto son necesarios.

Además del consumo del alcohol, también se ha estudiado la relación entre TAS y cannabis. Sin embargo, al igual que con el trastorno de abuso de alcohol, la mayoría de los estudios se refieren a adultos. A pesar de esto encontramos estudios como el Tepe et al. (2012). Estos autores hallaron que la fecha para el inicio del trastorno de cannabis en adolescentes con TAS son los 16 años, así como que el trastorno por cannabis es más frecuente en hombres. Además, según estos autores, los pacientes con fobia social que padecen abuso al cannabis desarrollaron TAS en primer lugar, seguido por fobia específica, estrés post-traumático y abuso de otras sustancias.

A pesar de que la mayoría de los estudios citados hacen referencia sobre todo al consumo, Buckner et al. (2010) señaló que padecer TAS en la adolescencia supone un riesgo para padecer dependencia de sustancias y no trastorno por abuso.

#### **5.4. Otros trastornos comórbidos.**

Además de los trastornos comórbidos ya mencionados, también se ha estudiado la relación de TAS y trastorno de TDHA. Tras una revisión bibliográfica sobre el tema, Koyuncu y Binbay (2014) informaron que hay una gran prevalencia entre padecer TAS y además tener TDHA. Otro de los aspectos relacionados con TAS ha sido la paranoia. En un estudio reciente con adolescentes, Pisano et al. (2016) han encontrado que los

adolescentes diagnosticados con TAS evidenciaban ideas paranoides de forma más frecuente e intensa que el grupo control.

### ***Conclusiones.***

Como se ha podido comprobar en el epígrafe anterior, podemos afirmar que es más común que TAS se presente con trastornos comórbidos a que aparezca de forma aislada. Sin embargo, aún no podemos esclarecer cuáles son los trastornos comórbidos más frecuentes, ya que estos datos varían en función del estudio. Además, y tal como se recoge en García-López, Bonilla y Muela-Martinez (2016), es necesario disponer de más estudios siguiendo el DSM-5 y evaluar el potencial papel del especificador.

Debemos tener en cuenta que la mayoría de los estudios se basan en la división de TAS que se realiza en el DSM-IV, por lo que estudios que analicen el papel del especificador propuesto en el DSM-5 son necesarios. La variable sexo parece jugar también un papel importante, pero aún no encontramos suficientes evidencias que aclaren las posibles diferencias en comorbilidad entre hombres y mujeres.

## 6. MODELOS PSICOLÓGICOS.

### 6.1. Modelos Cognitivo-Conductuales.

El modelo cognitivo conductual de Beck et al. (1985) aplicado a los trastornos de ansiedad propone que la respuesta de las personas a determinados estímulos viene dada, además de por condicionamiento, por la forma en la que perciben los estímulos. Según este modelo, la conducta no viene determinada solamente por la situación en sí, sino por el modo en que es percibida y valorada por las personas. En este sentido, estos autores han propuesto el concepto de esquema: una estructura cognitiva que sirve a las personas para interpretar y valorar la información procesada. En condiciones normales, esta estructura ayuda a filtrar la información captada del ambiente de modo que sean seleccionados los aspectos más relevantes de la misma, con el fin de facilitar la adaptación al ambiente de cada uno, centrando la atención en los aspectos más significativos para la supervivencia y la óptima adaptación al ambiente. Estos esquemas son adaptativos e influyen en la respuesta fisiológica ante situaciones de peligro, preparando al organismo para emitir una determinada conducta para afrontar dicha situación comprometida.

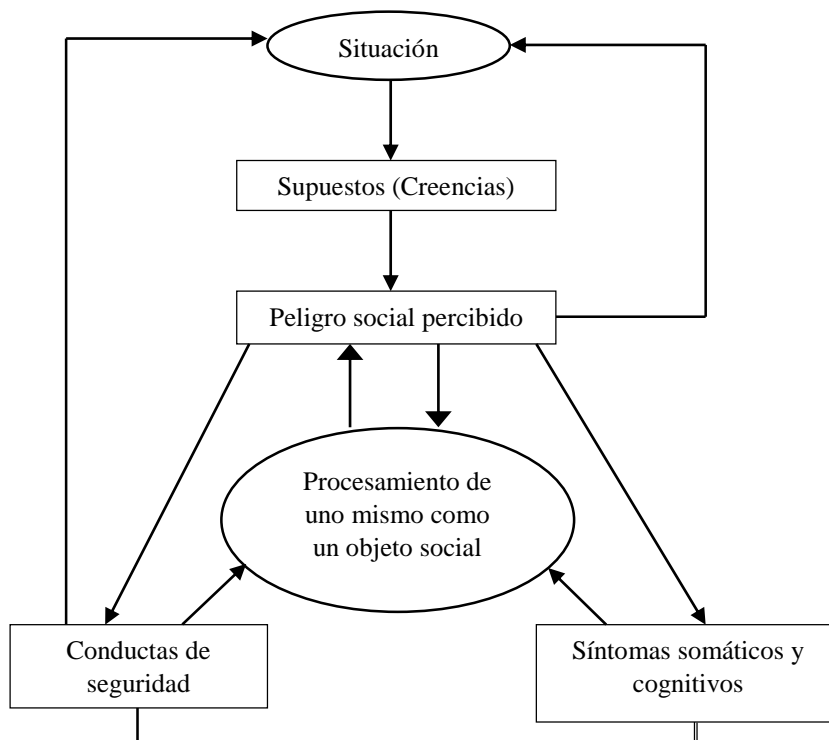
Sin embargo, en condiciones de psicopatología, este procesamiento de la información se caracteriza por una respuesta exagerada a la situación presente, caracterizada por una hipervigilancia a los estímulos que pueden indicar peligro y exagerando la valoración del mismo (distorsiones negativas) y, por consiguiente, percibiendo más peligro del que hay en realidad.

#### *6.1.1. El modelo de Clark y Wells (1995)*

El modelo de Clark y Wells (1995) explica por qué la exposición a las situaciones temidas no es suficiente para extinguir el miedo en la ansiedad social. Estos autores ponen el énfasis del mantenimiento del TAS en la atención auto-focalizada. Cuando las personas con fobia social se encuentran en una situación social temida, su foco de atención se dirige a ellos mismos, sobre todo a las sensaciones somáticas que están sintiendo en ese momento. La auto-focalización conlleva que las personas con TAS evalúen su actuación en las situaciones sociales temidas en base a las auto-percepciones que han experimentado, utilizando esa información para crear una imagen negativa y sesgada de ellos mismos. Según este modelo, las conductas realizadas para evitar la

evaluación negativa de los demás (conductas de seguridad), como, por ejemplo, evitar el contacto ocular y llevar ropa oscura para que no se note el sudor, contribuyen al mantenimiento de este trastorno, ya que si en estos casos no aparecen síntomas de ansiedad los ansiosos sociales lo atribuyen a estas conductas. Además de las conductas de seguridad, también contribuirá al mantenimiento de este trastorno la revisión posterior de la situación social temida, centrada en sus síntomas de ansiedad y su autoimagen negativa (“postmortem”), junto con la ansiedad anticipatoria a una nueva situación social producida por las experiencias negativas previas y la autoimagen distorsionada de ellos mismos. El siguiente cuadro muestra las características principales de este modelo.

**Figura 1. Modelo de Clark y Wells**



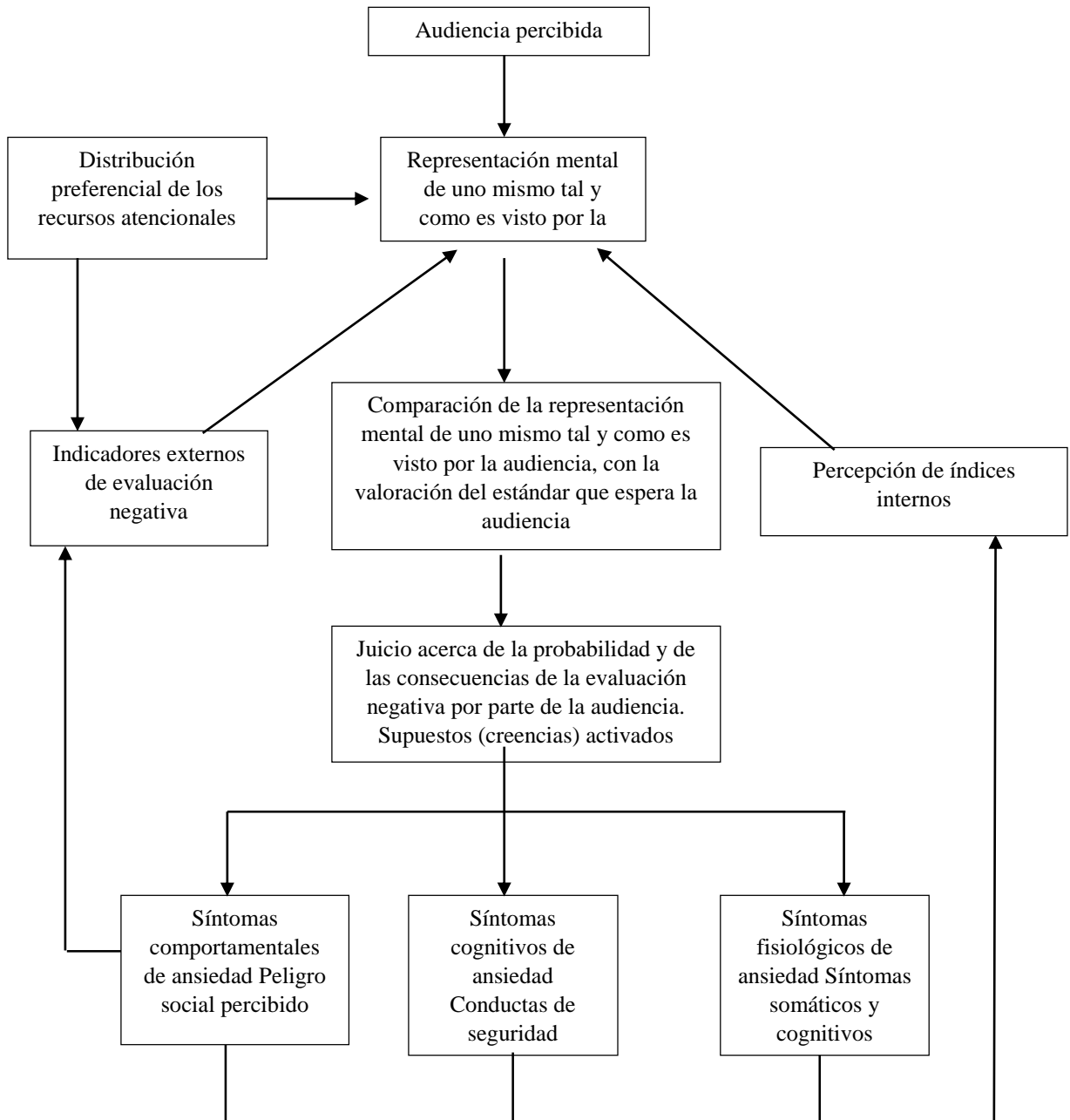
### **6.1.2. Modelo de Rapee y Heimberg (1997)**

Según este modelo, las personas que padecen TAS crean una imagen de ellos mismos ante una situación social. Esta presentación mental de ellos mismos es creada por su recuerdo de situaciones sociales pasadas, sus señales internas (respuestas psicofisiológicas), y sus señales externas (como responde la audiencia ante la situación social). Ante una situación social, las personas con TAS mantienen su foco de atención en la autoimagen que se han creado de ellos mismos en situaciones sociales, que es

negativa, y, en consecuencia, tienen la creencia de que los demás los evaluarán de forma negativa.

Además de focalizar la atención en la autoimagen negativa de ellos mismos en situaciones sociales, las personas con TAS hacen comparaciones mentales entre lo que creen que los demás esperan de su actuación social, los estándares situacionales que creen que tienen aquellos con los que interactúan y la estimación de cómo los han visto los demás. Los individuos con TAS siempre consideran que su rendimiento social es peor y que no está a la altura de los estándares de los demás, lo que lleva a que presenten mayores niveles de ansiedad que otras personas. En el siguiente cuadro se resumen este modelo (véase figura 2).

**Figura 2. Modelo de de Rapee y Heimbeg (1997)**





### ***6.1.3. Modelo Cognitivo conductual de Olivares y Caballo, (2003).***

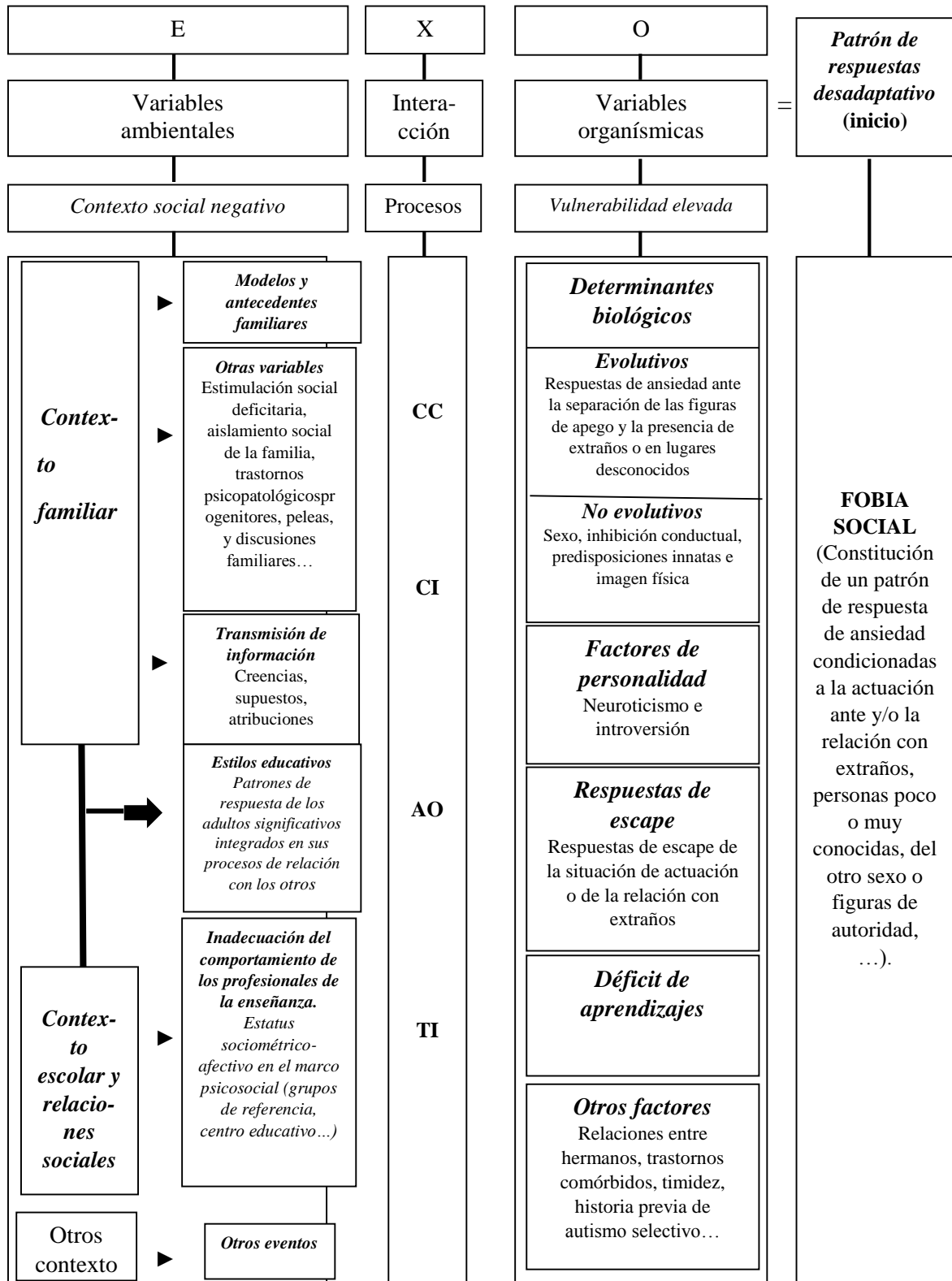
Este modelo explica el inicio del TAS a través de un contexto social negativo y unas variables intrapersonales que tienen las personas con ansiedad social. Este modelo destaca como contexto negativo el papel de la familia, donde incluye el estilo educativo de los padres. Además de las relaciones familiares, entre los contextos negativos se encuentran posibles cambios de residencia, hospitalizaciones, entornos escolares, grupos de amigos..., en definitiva, todas aquellas situaciones sociales que produzcan un nivel alto de estrés.

Como variables propias de cada persona el modelo incluye: variables biológicas, personalidad, relaciones entre hermanos y la presencia previa de timidez, mutismo selectivo u otro trastorno.

Cuando las variables personales y sociales negativas confluyen en una persona dan lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas. Esta conducta desadaptativa se produce por un alto nivel de incertidumbre causado por la percepción del control de la propia conducta, la conducta de los demás y el efecto que produce la propia respuesta en los demás. Esta ambigüedad crea en la persona un estado de alerta que produce los síntomas de ansiedad y las conductas de evitación o/y escape.

Cuando la persona se expone ante una situación social la ansiedad es muy intensa y aumenta el miedo a lo que los otros puedan percibir, esto se generaliza a otras situaciones. La incertidumbre causa el miedo a la evaluación negativa. En la siguiente figura se resumen este modelo (véase Figura 3).

**Figura 3. Modelo para la fobia social (Olivares y Caballo, 2003)**



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

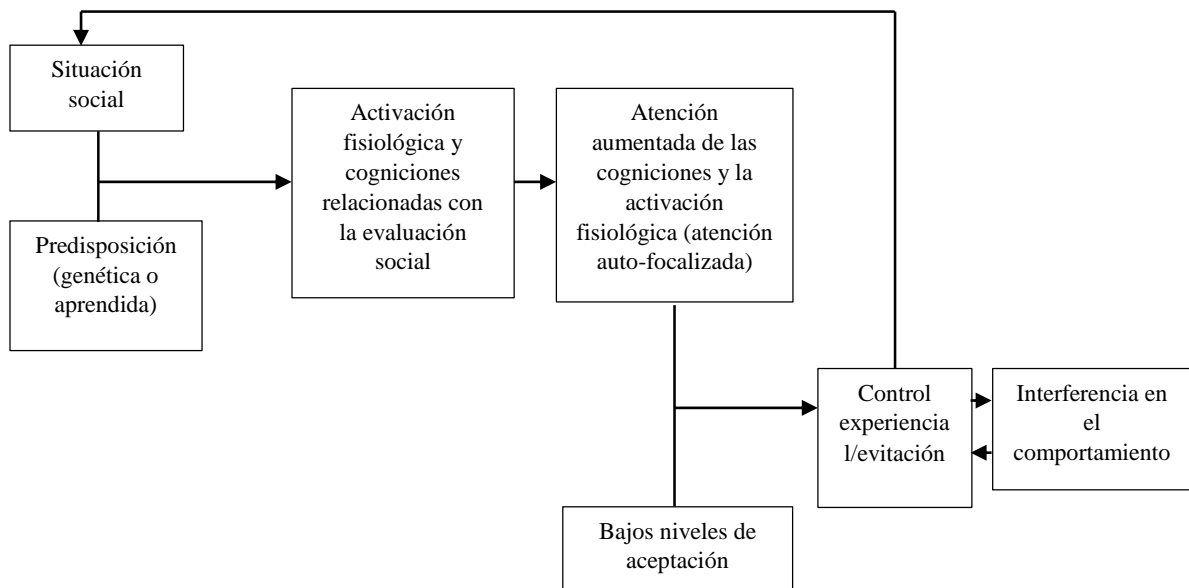
## **6.2. Teoría De Aceptación y Compromiso.**

El enfoque de las terapias de aceptación y compromiso se basa en la teoría de los marcos relacionales (Hayes, 1991, 1994; Hayes et al., 2001). Estos autores entienden las cogniciones y el lenguaje como conductas, y por ende, consideran que tanto cognición como lenguaje siguen las mismas reglas del condicionamiento aplicadas a las conductas. A través del lenguaje, aprendemos la relación de “equivaler”, mediante la cual podemos establecer relaciones entre uno o varios aprendizajes obtenidos directamente a otro no aprendido directamente pero equivalente a los anteriores. Según esta teoría, el pensamiento interno nos puede causar gran malestar, al creernos literalmente aquello que pensamos y actuar en base a esas creencias (no siempre correctas).

Las terapias de aceptación y compromiso se basan en que las cogniciones son conductas. Debido a las relaciones que se producen en el lenguaje un estímulo que a priori no nos parece que puede estar asociado a sensaciones desagradables, nos puede desencadenar múltiples pensamientos y emociones de sufrimiento. La evitación de las sensaciones internas (evitación experiencial), sería la causa de las psicopatologías. Las asociaciones no directas que se producen en el lenguaje llevan, en muchas ocasiones a que las personas tengamos sensaciones desagradables ante estímulos neutrales. Cuando las personas son propensas a evitar o controlar a toda costa esas sensaciones desagradables (evitación experiencial) su vida se ve muy limitada, produciéndose un desajuste psicológico. Un modelo basado en aceptación para ansiedad social ha sido diseñado por Herbert y Cardaciotto (2005). Según estos autores, existe, en ciertas personas, una predisposición a experimentar síntomas de ansiedad social ante situaciones sociales. Esta predisposición puede ser genética, derivada de experiencias previas o una combinación de ambas y, consiste en un nivel de activación ante situaciones sociales. Cuando ocurre esta activación, el foco atencional de la persona se centra en su experiencia interna y decrece su atención hacia los estímulos externos. Herbert y Cardaciotto (2005) sostienen que el impacto que producen en las personas la activación y la autofocalización en las situaciones sociales dependerá del nivel de aceptación de las cogniciones negativas y sensaciones internas de la persona. De esta manera, una persona con poca aceptación de las sensaciones internas (cogniciones

negativas y sensaciones de activación) evitará las situaciones sociales con el fin de no volver a experimentarlas (véase Figura 4).

**Figura 4. Modelo basado en Aceptación para ansiedad social (Herbert y Cardaciotto, 2005)**



Es común que a los niños y adolescentes se le diga frases como “No pienses esto” o “No estés triste” cuando tienen miedo o no se encuentran bien, desde la teoría de aceptación se promueve aceptar las sensaciones y los sentimientos que tenemos y acercarnos a ellos con curiosidad, (Salvador, 2017).

### 6.3. Modelo interpersonal

La terapia interpersonal fue desarrollada inicialmente por Klerman y cols (1984) como un tratamiento para pacientes con depresión mayor. Está basada en los principios de Sullivan (1953). El principio fundamental de la terapia es que los estados anímicos de las personas y los eventos vitales están interconectados, de forma que un mal estado anímico puede desencadenar un evento vital negativo y, por su parte, un suceso negativo desencadenará un estado de ánimo negativo. En esta terapia, el terapeuta se centra en las relaciones interpersonales del paciente, ayudándolo a comprender los sucesos más recientes de su vida en términos interpersonales y animándolo a explorar

formas alternativas de lidiar con las situaciones y problemas de su vida diaria, sobre la base de que las personas pueden cambiar sus vidas y, con ello, sus estados de ánimo negativos, actuando y aprendiendo a expresar, en las relaciones interpersonales, sus deseos, sentimientos y estados de ánimo, en especial los negativos, de forma más efectiva. Dentro de este paradigma, Lipsitz et al. (1997) desarrollaron un modelo interpersonal para el TAS. Según esta perspectiva, aquello que caracteriza la ansiedad social es un rol de inseguridad social, el cual produce el mantenimiento y desarrollo del TAS. Como consecuencia de esta inseguridad, las personas con este trastorno crean de “estrategias de autoprotección”, como por ejemplo no llevar la iniciativa en situaciones sociales o retirarse de esas lo antes posible. Este comportamiento puede llevar a que las personas perciban a los ansiosos sociales como distantes y desinteresadas y pierdan el interés. Esto produce que se cumpla lo que los ansiosos sociales creen y por tanto sus miedos y sus inseguridades se acentúan, lo cual lleva a que vuelvan actuar de la misma forma ante otra situación social.

## **7. TRATAMIENTO PSICOLOGICO PARA ANSIEDAD SOCIAL.**

Hay una amplia gama de tratamientos para TAS basados en diferentes modelos teóricos. Varios de estos programas han demostrado su eficacia. Diferentes técnicas como el mindfulness y la utilización de terapias online se han incorporado en los programas de tratamiento cognitivo-conductuales.

A continuación, se explican algunos de los programas de tratamiento cognitivo-conductuales que han mostrado su eficacia en población adolescente con TAS:

### ***7.1. “Ser yo mismo entre otros” (Salvador, 2009).***

Este programa se basa en el modelo de Clark y Wells (1995). Enfatiza el uso de video-feedback con preparación cognitiva y experimentos conductuales, pero sin utilizar reestructuración cognitiva ni entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, adoptan técnicas derivadas de las terapias de aceptación y compromiso, como la aceptación de sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas, difusión cognitiva y valores. Para abordar el dialogo interno autocrítico que a menudo presentan los pacientes con fobia social, el programa de intervención añade un componente de auto-compasión basado en la terapia de compasión de Gilbert (2000). El programa consta de 18 a 21 sesiones en grupos, 4 sesiones individuales, 3 sesiones con padres y 1 sesión con los profesores e incluye la oportunidad de recibir más sesiones individuales.

El tratamiento ha sido validado en una muestra portuguesa (Salvador, 2009). Actualmente se está trabajando para reducir el número de sesiones y comprobar los efectos que esta reducción supondría.

### ***7.2. Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; García-López, 2000, 2007)***

El IAFS consta de 12 sesiones grupales que se llevan a cabo en el entorno escolar, aunque los adolescentes tienen la opción de pedir sesiones individualizadas. Cada sesión se realizó una vez por semana y tuvo una duración de 90 minutos. El programa de intervención se puede dividir en tres etapas:

a) Psicoeducación: Se realiza en las dos primeras sesiones del tratamiento. El objetivo de este componente es informar a los adolescentes de los contenidos que forman el

programa, describir el modelo explicativo de la fobia social, planificar los objetivos del tratamiento y explorar las expectativas de cambio.

b) Técnicas de reestructuración cognitiva: En la tercera sesión, se comienza con la identificación de pensamientos automáticos y los errores de pensamientos.

c) Entrenamiento en habilidades sociales y exposición: Se realiza desde la cuarta sesión hasta la última. El elemento principal de esta etapa es la exposición, tras el entrenamiento de habilidades de comunicación, asertividad y hablar en público. A lo largo de estas sesiones, los adolescentes deben realizar exposiciones en contexto natural.

Esta intervención ha mostrado su eficacia a corto, medio y largo plazo en una muestra de adolescentes española y mexicana (Antona et al., 2012; García-López et al., 2002, 2014; García-López, Olivares et al., 2006; Olivares et al., 2002). Además de en adolescentes, este programa de tratamiento también ha sido validado en población joven adulta (García-López, Ruiz, et al., 2006).

### ***7.3. Intervención en Familiares y Adolescentes con Fobia Social (IFAFS; García-López et al., 2014)***

Este tratamiento se basa en el IAFS, con la salvedad de que este programa, además de las 12 sesiones estipuladas en el IAFS, añade cinco sesiones con los padres de los adolescentes donde se trabaja acerca de la emoción expresada. Cada sesión tiene una duración de 120 minutos. Los padres participaron en técnicas de psicoeducación acerca de la ansiedad social y la emoción expresa. Además, se trabajó formas correctas de comunicación que sustituyeran la crítica, el rechazo o los comportamientos hostiles y, también, recibieron instrucciones de extinguir las evitaciones y la conducta de seguridad y pasaran a reforzar todas aquellas conductas de exposición que los adolescentes lograban. García-López et al. (2014) han demostrado que los resultados son superiores cuando se añade el componente de educación a los padres si éstos evidencian altos niveles de emoción expresada, en comparación con aquellos que solo reciben el IAFS.

### ***7.4. Programa de terapia cognitivo conductual, (CBT-A; Albano, 1991)***

Este tratamiento consta de 16 sesiones de 90 minutos de duración. Añade técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, resolución de problemas y exposición. Consta de dos fases:

-Fase Educativa y entrenamiento en habilidades sociales; Esta fase consta de ocho sesiones, en las cuales se aplican las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y habilidades sociales.

-Fase de Exposición: En esta fase los clientes realizan exposición gradual a las situaciones sociales temidas.

Este tratamiento ha sido validado en niños y adolescentes (Hayward et al., 2000), García-López et al., 2002, Olivares et al., 2002, Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008 y Sportel et. al., 2013)

### ***7.5. Terapia interpersonal (Lipzit y Markowitz, 1999)***

La terapia interpersonal fue adaptada para fobia social por Lipzit, Markowitz, Cherry y Fyer (1999). Consta de 14 semanas de tratamiento en las que se combinan sesiones individuales y grupales. La terapia interpersonal fue probada por Lipsitz et al. (1999, 2008) en un ensayo con una muestra limitada a 9 adultos con ansiedad social. El 78% obtuvieron mejoras significativas de sus síntomas.

### ***7.6. Programa Jugando y Aprendiendo Habilidades Sociales (JAHSO; Caballo et al., 2011)***

El programa de intervención JAHSO (“Jugando y aprendiendo habilidades sociales”) es desarrollado por Caballo et al. (2011). En este programa, dirigido a niños de 9 a 14 años, se trabajan las habilidades sociales de forma grupal. El JAHSO consta de varias partes: la primera de ellas consiste en un conjunto de actividades, secuenciadas en siete módulos, que están destinadas a que los alumnos conozcan los distintos tipos de habilidades sociales, la importancia de las mismas y la forma de desarrollarlas. Cada módulo se centra en una habilidad, incluyendo un primer módulo introductorio a las habilidades sociales y los distintos estilos de comportamiento posibles. El resto de los módulos tratan, en este orden, de: - hacer y recibir cumplidos; - expresar sentimientos positivos y negativos; iniciar, mantener y finalizar conversaciones; - hacer y rechazar peticiones; hacer críticas y afrontarlas; y – solución de problemas interpersonales.



En cada uno de estos módulos se define la actividad a realizar, explicando a los alumnos en qué consiste y valorando, conjuntamente con ellos, la importancia de la misma y las ventajas que puede tener su conocimiento o mejora en la vida cotidiana. Asimismo, se les explica la forma en la que pueden desarrollarla, dando en todo momento ejemplos de aquello que se explica para, finalmente, realizar tareas grupales orientadas a que los niños puedan entrenar la destreza. Al final de cada tarea grupal, los alumnos hacen una reflexión sobre lo aprendido y se les manda tareas para casa.

La segunda parte del programa JAHSO se centra en el juego “Galaxia Habis”. El objetivo de este juego consiste en que los alumnos practiquen las habilidades sociales aprendidas, como por ejemplo dar un cumplido o rechazar una petición.

Este programa de intervención ha sido eficaz en una muestra comunitaria y en niños y adolescentes tempranos con ansiedad social (Caballo et al., 2011, 2015)

### ***7.7. Habilidades para el Éxito Social y Académico, (SASS; Masia-Warner, et al. 2001)***

El programa de Habilidades para el Éxito Académico y Social, SASS sus siglas en inglés, es un programa cognitivo-conductual diseñado para reducir la ansiedad de los niños a través de reuniones grupales y eventos sociales. Este programa de intervención está diseñado para ser aplicado en contexto escolar y tiene una duración de 12 semanas. El programa ha sido evaluado con adolescentes con TAS Masia-Warner et al. (2005). También se ha evaluado la efectividad del programa cuando son los orientadores escolares los encargados de impartirlo. No se ha encontrado diferencias significativas entre el programa impartido por psicólogo y el programa impartido por orientadores (Masia-Warner et al.,2016)

### ***7.8. Tratamientos para varios trastornos de ansiedad social, entre ellos, ansiedad social.***

#### ***7.8.1. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de Trastornos Emocionales en Adolescentes (UP-A; Ehrenreich-May, 2011)***

El UP-A está diseñado para mejorar la regulación emocional, la ansiedad y los síntomas depresivos utilizando una serie de técnicas de tratamiento basadas en el

Modelo Cognitivo Conductual y en el Modelo de las emociones de Gross y Thompsons, (2007). La diferencia clave de este protocolo es que hace hincapié en los aspectos comunes que existen entre los diferentes trastornos de ansiedad y depresión. De esta forma, esta intervención es aplicable a adolescentes con diferentes trastornos, entre ellos TAS. Este protocolo se basa en el Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales para adultos (Barlow et. al., 2010).

Esta intervención consta de 13 sesiones con los adolescentes y 2 sesiones con sus padres, aunque el protocolo es flexible y permite una reducción o aumento de las sesiones. Las técnicas de intervención comunes al CBT son: psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, y activación conductual. Las técnicas tomadas de la regulación emocional son: modificación cognitiva de las evaluaciones de los estímulos que provocan emoción, modificación de las conductas impulsadas por la emoción y prevención de la evitación emocional.

Ehrenreich-May et al. (2016) han estudiado el efecto de este tratamiento en una muestra de 51 adolescentes con diagnóstico primario en ansiedad o depresión. En concreto 16 de los participantes padecían ansiedad social. Los adolescentes que participaron en el tratamiento mejoraron notablemente en comparación con el grupo control en lista de espera, esta mejora se mantuvo tras 8 semanas después de la intervención. En Dear et al. (2016) se compara este tratamiento con el CBGT, encontrando que ambos programas de tratamiento fueron eficaces para AS.

### ***7.8.2. Coping Cat (Kendall, 1994)***

El programa Coping Cat ha sido evaluado y apoyado empíricamente para el tratamiento de la ansiedad social en jóvenes (Kendall, 1996; Kendall et al., 2008). El programa consta de 16 sesiones individuales o 18 grupales. Recoge técnicas de exposición y de relajación. Kendall et al. (2008), compararon la eficacia del Coping Cat aplicado de forma individual con una modalidad dirigida a la familia y un grupo control, en una muestra de niños de entre los 7 y los 14 años.

### ***7.8.3. Otros.***

Las nuevas tecnologías se han ido haciendo un espacio en el tratamiento de la ansiedad social. Cada vez es más frecuente encontrarse tratamientos en modalidad online. El uso de internet ofrece varias ventajas y permite que el tratamiento sea más accesible.

Resultados prometedores se encuentran en Yuen et al. (2013). Estos autores encuentran que los pacientes con TAS mejoran después de un tratamiento basado en el modelo de aceptación y compromiso realizado a través de la plataforma virtual *Second life*. Otro ejemplo de tratamiento online lo encontramos en Spence et al. (2011). Estos autores desarrollaron un programa para tratar los trastornos de ansiedad en jóvenes, el “BRAVE ONLINE”, y encuentran que la sintomatología de ansiedad disminuyó notablemente. En un estudio más reciente, Spence et al. (2017) desarrollaron un tratamiento online específico para ansiedad social. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas entre el tratamiento genérico y el específico.

### **7.8.9. Conclusiones**

Como puede observarse contamos con un gran número de protocolos de intervención que han mostrado un gran apoyo empírico para el tratamiento en el TAS. No obstante, son muchos los temas que aún están por resolver. No conocemos las posibles diferencias en el impacto de los tratamientos teniendo en cuenta los nuevos criterios del DSM-5. Además, seguimos sin conocer cuáles son las técnicas que generan una mayor disminución de la sintomatología en muchos de los protocolos. Además, son pocos los estudios que aporten datos sobre la eficacia de incluir en el tratamiento una intervención con padres. Aún desconocemos el impacto que podrían tener los trastornos de comorbilidad en el tratamiento. También está por estudiar la eficacia de muchos de los programas en minorías (sexuales, étnicas, religiosas, etc.).

## **II. OBJETIVOS E HIPOTESIS**

## I. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta tesis doctoral es examinar el papel del especificador de actuación social propuesto en el DSM-5 tanto en dimensiones como perfeccionismo, ansiedad, depresión, calidad de vida, autoestima y comorbilidad, así como moderador de los resultados del tratamiento. Asimismo, tiene como finalidad estudiar el impacto de un tratamiento psicológico en estas dimensiones, en comparación con un grupo control sano y un grupo de ansiedad social control.

Los objetivos concretos son:

1. Analizar las relaciones entre ansiedad social y variables sociodemográficas y clínicas (edad de inicio, CSR y comorbilidad), centrándose en las posibles diferencias entre adolescentes con TAS y el especificador de actuación frente a aquellos con TAS sin el especificador.
2. Explorar las posibles diferencias entre adolescentes con TAS limitado al especificador de actuación social y aquellos que padecen TAS excluyendo el especificador en variables que miden sintomatología ansiosa, depresión, perfeccionismo, calidad de vida y autoestima.
3. Examinar las posibles diferencias entre adolescentes con TAS sin trastorno comórbidos (P-TAS) y los adolescentes con trastornos comórbidos (C-TAS) en todas las variables de nuestro estudio y explorar los trastornos más frecuentes.
4. Analizar la eficiencia del tratamiento IAFS en las medidas de ansiedad social (medida por el propio sujeto o por el clínico –CSR–), autoestima, depresión, perfeccionismo y calidad de vida tanto en el post test como en el seguimiento entre las condiciones control y adolescentes con TAS.

## II. HIPOTESIS

1. Se hallará un menor CSR, mayor comorbilidad y una edad de inicio más temprana en el grupo de adolescentes con TAS limitado al especificador (E-TAS), en comparación con el grupo TAS excluyendo al especificador (nE-TAS).
2. Se encontrarán valores más altos en las escalas de ansiedad social, depresión, calidad de vida y conciencia plena y menor autoestima en el grupo de adolescentes con TAS en comparación con el grupo control sano. En el caso del especificador, se hallará una relación negativa entre la presencia del especificador y sintomatología de ansiedad social, depresión, calidad de vida y conciencia plena. Es decir, el grupo E-TAS evidenciará menores valores frente al nE-TAS en dichas variables.
3. Los adolescentes con un trastorno comórbido presentarán mayores valores que los puros (sujetos con TAS pero sin ningún trastorno comórbido) en las variables anteriormente mencionadas, a excepción de la autoestima y calidad de vida, donde se espera puntuaciones más altas en la condición TAS pura (sin comorbilidad). Los trastornos comórbidos más frecuentes serán ansiedad generalizada y fobia específica.
4. En comparación con el grupo control con TAS, los adolescentes que reciban tratamiento obtendrán puntuaciones más bajas en depresión, ansiedad y conciencia plena pero más alta en calidad de vida y autoestima.

## **III. METODOLOGÍA**

### III.1. Participantes.

La muestra se compuso de 116 adolescentes (51,7% chicas), con un rango de edad de 13 a 18 años ( $M = 15,37$ ,  $DT: 1,14$ ). Del total de la muestra, 66 participantes (34,8% mujeres) no recibieron ningún diagnóstico de salud mental ( $M$  edad = 15,42,  $DT = 2,50$ ) y, por ende, pasaron a formar parte del grupo de controles sanos (CS). Para las comparaciones con el especificador (véase procedimiento), se usó un emparejamiento de muestra y se seleccionó a 10 participantes, de los cuales el 60 % fueron chicas y la media de edad fue de 15,60 ( $DT=0,96$ ). La muestra clínica TAS consistió en 50 adolescentes (74% chicas), quienes habían recibido un diagnóstico de TAS siguiendo los criterios marcados por el DSM-5, con un criterio de gravedad clínico (CSR, en adelante) de entre 4 y 8 ( $M = 5,40$ ,  $DT = 1,07$ ). La edad media para el grupo clínico fue de 15,30 años ( $DT = 1,15$ , rango: 13-18 años), la edad de inicio del TAS fue de 8,22 ( $DT = 3,87$ ) y el número de trastornos comórbidos varió de 0 a 5 ( $M = 0,90$ ,  $DT = 1,04$ ). Para más información, véase la tabla 10. Para hallar el nivel socioeconómico de los participantes, les preguntamos por la profesión de los padres, luego codificamos esta información según la Clasificación de Clase Social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología, (1995). No se hallaron diferencias significativas en el nivel socioeconómico entre el grupo con TAS y el grupo sano.

Con el objetivo de analizar las posibles diferencias en la muestra clínica entre aquellos jóvenes que presentan TAS con o sin ningún trastorno comórbido, la muestra clínica (TAS) se dividió en: a) adolescentes con TAS y que presentaban trastornos comórbidos (C-TAS) y b) adolescentes con TAS puros, es decir, que no presentaran ningún trastorno adicional (P-TAS). Tras esta segmentación, en la condición C-TAS, 28 (78,6% mujeres) de los 50 (56%) participantes presentaron trastornos comórbidos. La edad media de inicio para la C-TAS fue de 8,07 años ( $DT = 3,94$ ), con una CSR de 4 a 8 ( $M = 5,25$ ,  $DT= 2,12$ ). En cuanto al número de trastornos adicionales al TAS, 15 (53,6%) adolescentes presentaban un trastorno comórbido único, 11 (39,3%) presentaban dos trastornos comórbidos y 2 (7,1%) presentaban tres o más trastornos comórbidos. Concretamente, entre los adolescentes con un único trastorno comórbido a TAS ( $n =$



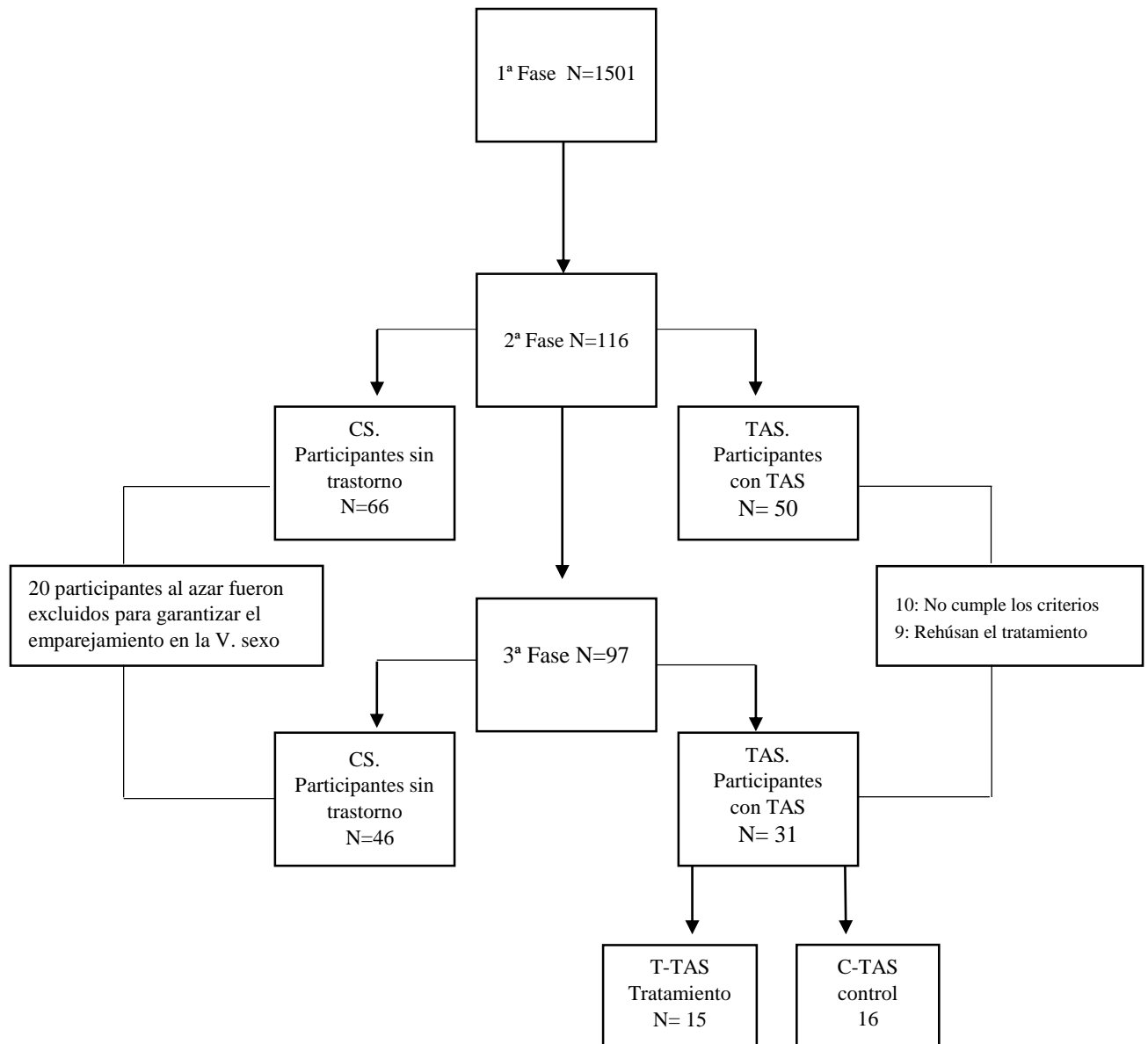
15), el 46,7% sufría fobia específica (FE) junto a TAS, El 26,7% padecía TAS y trastorno de ansiedad generalizada (TAG), un 20% TAS junto a TDHA (un caso con subtipo de inatención, otro subtipo hiperactivo-impulsivo, y uno con subtipo combinado) y, por último, el 6,6% fue diagnosticado de TAS junto con trastorno depresivo persistente (TDP, anteriormente distimia). Los datos para la TAS como trastorno primario y dos trastornos comórbidos agrupados ( $n = 11$ ) fueron los siguientes: casi un tercio (27,2%) fue diagnosticado de TAS, seguido por TAG y FE, un 18,2% de TAS seguido de TAG y Trastorno depresivo Mayor (TDM), un 18,2% fue diagnosticado de TAS seguido por TAG y TDHA con subtipo de inatención, el 9,1% recibió un diagnóstico de TAS seguido por Depresión Mayor y TAG o tics, un 18,2% padecía TAS seguido de FE y TDHA del tipo combinado, un 9,1% tenía TAS seguido por trastorno de ansiedad de separación y Fobia específica, un 9,1% padecía TAS seguido de TDHA combinado y distimia. Dos de los veintiocho participantes del grupo C-TAS presentaron tres o más trastornos comórbidos. En concreto: uno de ellos sufría TAS seguido por TAG, FE y trastorno de pánico; El otro participante padecía TAS seguido por TAG, TDHA combinado, trastorno negativista desafiante, FE y trastorno de ansiedad por separación.

Para poder realizar las comparaciones entre el especificador y TAS excluyendo el especificador se igualó el número de participantes en todos los grupos. Este balanceo se realizó tanto para emparejar el número de chicos y chicas, como para igualar el número de muestra entre E-TAS y nE-TAS.

La media de edad de nE-tas fue de 15,80 (DT= 0,78), la media de gravedad clínica fue de 6,10 (1,10), la media en comorbilidad 1,70 (DT 1,42) y la media en edad de inicio fue de 8,40 y la DT de 3,68. En el grupo E-TAS, la media de edad fue de 15,50 DT 1,08, la media en gravedad clínica fue de 4,60 (DT=0,84), la media de trastorno comórbido fue de 0,30 (DT 0,48) y la edad de inicio del trastorno fue 11,40 (DT=3,23).

Gracias a la muestra total de 116 sujetos, se pudieron examinar los objetivos 1-3 destinadas a estudiar las diferencias entre los adolescentes con TAS limitado al especificador de actuación social y aquellos que no presentaban únicamente el especificador. Véase Figura 5.

Figura 5. Procedimiento.



De los 116 participantes de la segunda fase, 97 cumplieron los criterios de inclusión y accedieron al tratamiento. No se encontraron diferencias significativas en ninguna

variable entre aquellos que decidieron no recibir tratamiento con aquellos que sí quisieron recibirlo. Referente al grupo control sano, se eliminaron 20 participantes varones, con el objetivo de igualar el número de hombres y mujeres dentro de este grupo, la medida de edad de este grupo fue de 15,57 (DT= 1,20).

La media de edad de la muestra total que accedió a la Fase 3 (N = 97) fue de 15,39 años, con una desviación típica de 1,07, siendo el 48,15% chicas. De entre ellos, 66 participantes (68%) no presentaban ningún trastorno (condición control sano, CS). Dentro del grupo sin trastorno, el 34,8% fueron chicas y la media en edad fue de 15,42 (DT: 2,50). No se encontraron diferencias significativas entre el grupo control sano y el grupo con ansiedad social.

Del total de participantes, 31 (77,4% mujeres) cumplieron los criterios de trastorno de ansiedad social (TAS). La media de edad para el grupo que padecía fobia social fue de 15,32 DT = 0,94, siendo la media de edad de inicio del trastorno en ansiedad social de 7,13 (DT 3,81), la media en CSR de 5,90 (DT = 1,11) y el promedio de trastornos comórbidos oscilo entre 0 y 5. Dentro del grupo de participantes que padecía TAS (n=31), 15 finalizaron el tratamiento y 16 formaron parte del grupo control en lista de espera. Para aquellos participantes que recibieron tratamiento (T-TAS), el 86,7% fueron chicas, la media de edad fue de 15,73 (DT=0,99), la media en CSR para este grupo fue de 6,00 (DT 0,93) y la media de edad de inicio del trastorno fue de 6,67, oscilando el promedio de trastornos comórbidos entre 0 y 2. ( M = 1,18 y DT= 1,33) Para aquellos que no recibieron tratamiento (C-TAS), el 68,8% fueron chicas, la media de edad fue de 14,9 (DT=0,68), la media de edad en el inicio del trastorno en ansiedad social fue 7.56 (DT 3,97) y la media en CSR fue 5,81 (DT 1,28), variando el promedio en trastornos comórbidos entre 0 y 5.

En las tablas 10, 11 y 12 se muestran las medias y desviaciones típicas de las escalas antes de comenzar con la intervención.

Tabla. 10. Participantes. Segunda Fase. Muestra emparejada. División basada en el especificador.

	Grupo de Controles Sanos (CS)	Grupo de Trastorno de Ansiedad social (TAS).		
		TAS, limitado al especificador E-TAS	TAS, excluyendo Especificador (nE-TAS)	TAS, todo el espectro (TAS)
N	10	10	10	10
Media en Edad (DT)	15,60 (0,96)	15, 80 (1,75)	15, 50 (1,08)	15,65 (0,93)
Media de Edad de Inicio (DT)	N/A	11,40 (3,24)	8,40 (3,68)	9,90 (3,71)
Numero de chicas (frecuencias)	6 (60%)	6 (60%)	6 (60%)	12 (60%)
Comorbilidad (DT)	N/A	3 (30%)	8 (80%)	11 (55%)
<b>Autoestima</b> media (DT)	34,00 (5,25)	30,40 (4,93)	26,70 (5,87)	28,55 (5,61)
<b>CDI</b> media (DT)	8,30 (5,44)	10,50 (2,76)	17,10 (5,59)	13,80 (5,46)
MAAS-A	71,80 (10,51)	67,60 (11,57)	61,90 (8,44)	64,75 (10,28)
Media de Rango de Gravedad Clínico. (CSR) (DT)	N/A	4,60 (0,84)	6,10 (1,10)	5,35 (1,23)
SPAI-B media (DT)	10,65 (8,97)	23,49 (7,20)	37,66 (23,49)	30,57 (10,15)
SAS-A media (DT)				
.....FNE	14,80 (5,41)	20,40 (4,47)	27,10 (5,02)	23,75 (5,77)
.....SAD-N	13,20 (5,33)	14,60 (2,17)	22,70 (3,33)	18,65 (4,98)
.....SAD-G	5,90(1,97)	7,70 (2,91)	13,20 (3,08)	10,45 (4,06)
.....Puntuación total	33,90 (10,70)	42,70 (7,73)	63,00 (7,77)	52,85 (12,86)
Escala de Perfeccionismo. Media (DT)				
.....FMPS_CM	7,00 (5,79)	8,40 (5,10)	16,70 (8,83)	12,56 (7,25)
.....FMPS_PS	13,30 (7,09)	13,00 (4,67)	15,10 (6,49)	14,05 (5,61)
.....FMPS_PE	7,30 (5,52)	7,80 (4,32)	7,60 (5,04)	7,70 (4,57)
.....FMPS_PC	3,00 (3,40)	2,70 (2,26)	5,50 (5,15)	4,10 (4,13)
.....FMPS_DA	3,30 (2,16)	5,70 (2,41)	8,00 (3,43)	6,85 (3,12)
.....FMPS_OR	13,30 (7,48)	12,20 (5,65)	13,80 (5,61)	13,00 (5,54)
.....Puntuación total	33,90 (19,56)	37,60 (14,19)	52,90 (18,45)	45,25 (17,84)
KIDTCREEN media (DT)				
.....Bienestar físico	18,10 (4,68)	17,20 (2,89)	14,10 (4,23)	15,65 (3,87)
.....Bienestar psicológica	29,70 (4,92)	28,00 (3,56)	22,40 (4,12)	25,20 (4,72)
.....Autonomía y relaciones parentales	28,60 (7,41)	28,20 (3,71)	24,10 (6,31)	26,15 (5,46)
.....Relaciones sociales	17,50 (2,46)	16,10 (3,11)	14,70 (3,74)	15,40 (3,42)
.....Ambiente escolar	16,00 (2,05)	15,00 (2,16)	16,60 (9,44)	15,80 (6,72)
.....Puntuación total	109,90 (19,93)	104,50 (9,70)	91,90 (12,21)	98,20 (12,53)
nE-TAS= Grupo de ansiedad social excluyendo aquellos que solo presentan el especificador.				
TAS = Todos los adolescentes con ansiedad social				
E-TAS =Aquellos que solo presentan ansiedad social con el especificador				

**Tabla 11. Participantes segunda fase. División comorbilidad**

	Puro (P-TAS)	Con comorbilidad (C-TAS)
N	22	28
Medias de edad (DT)	15,14 (.89)	15,21 (1,00)
Media en edad de inicio (DT)	8,41 (3,85)	8,07 (3,94)
Numero de chicas (frecuencias)	15 (68,2%)	22 (78,6%)
Comorbilidad (DT)	N/A	1,61 (.88)
Rango de Gravedad clínico (CSR) (DT)	4,95 (0,79)	5,25 (2,12)
SPAI-B media (DT)	26,23 (11,04)	33,73 (9,63)
SAS-A media (DT)		
FNE	21,41 (7,81)	26,93 (5,75)
SAD-N	18,55 (4,04)	20,68 (4,83)
SAD-G	9,27 (2,86)	11,35 (3,81)
Puntuación total	49,23 (12,58)	58,97 (11,66)
CDI media (DT)	11,95 (6,19)	16,04 (7,06)
Autoestima (DT)	28,68 (6,72)	27,46 (5,34)
MASS-A	63,60 (12,02)	64,36 (9,85)
Escala de Perfeccionismo.		
FMPS_CM	10,86 (7,06)	14,29(9,02)
FMPS_PS	11,77 (6,14)	14,50 (5,82)
FMPS_PE	7,59 (3,94)	9,07(5,30)
FMPS_PC	3,77(2,93)	4,82 (4,53)
FMPS_DA	5,86 (3,80)	7,11 (3,75)
FMPS_OR	13,45 (3,70)	15,93 (6,28)
Puntuación total	39,38 (17,17)	49,79 (21,38)
KIDTCREEN media (DT)		
Bienestar físico	17,00 (4,52)	15,11 (3,74)
Bienestar psicológico	27,00 (4,43)	25,18 (5,79)
Autonomía y relaciones	28,5 (3,85)	26,10 (5,2)
Relaciones sociales	17,18 (2,26)	16,06 (3,67)
Ambiente escolar	15,04 (3,11)	15,46 (6,02)
Puntuación total	104,73 (14,84)	97,89 (13,87)

Descripción de la muestra. Participantes fase 3.

Tabla 12. Participantes tercera fase.			
	Grupo de ansiedad social		Grupo Control sano (CS) sano
	Tratamiento (T-TAS)	Control (C-TAS)	
N	15	16	46
Numero de chicas	86,7%	68,8%	50%
Media de Edad	15,73 (1,03)	14,94 (0,68)	15,57 (1,20)
Media en Edad de inicio	8,07(4,21)	7,56 (3,97)	N/A
Comorbilidad (DT)	1,13 (0,99)	1,18 (1,37)	N/A
Media Rango de Gravedad Clínica (CSR)(DT)	5,80 (1,08)	6,00 (1,31)	N/A
SPAIB Media (DT)	34,86 (8,50)	34,26 (7,69)	11,95 (7,48)
Autoestima (DT)	25,66 (5,62)	26,31 (5,05)	34,19 (6,10)
CDI_TOTAL Media (DT)	14,46 (6,16)	15,50 (5,93)	7,58 (4,28)
MASS-A	60,40 (9,67)	61,50 (7,35)	75,56 ( 7,88)
<b>Escala de Perfeccionismo</b>			
.....FMPS_CM	16,13(9,42)	14,12 (6,80)	7,21 (4,78)
.....FMPS_PS	14,40 (7,73)	12,37 (4,20)	12,43 (6,04)
.....FMPS_PE	9,06 (5,28)	8,50 (5,17)	6,32 (4,24)
.....FMPS_PC	5,60 (4,15)	7,18 (4,87)	2,71 (2,57)
.....FMPS_DA	8,00 (2,50)	8,56 (2,47)	3,80 (2,27)
.....FMPS_OR	14,13 (6,06)	13,87 (4,67)	15,73 (5,82)
.....Puntuación total. FMPS_C_TOTAL	53,27 (26,38)	50,69 (15,60)	32,50 (15,17)
<b>SAS-A media (DT)</b>			
.....FNE	26,60 (7,97)	25,31 (5,44)	14,21(4,17)
.....SAD_N	20,46 (5,05)	20,93 (4,46)	13,10 (4,29)
.....SAD_G	11,20 (3,70)	10,94 (2,57)	6,02 (1,93)
.....Puntuación total	58,26 (12,65)	57,18 (9,02)	33,32 (8,61)
<b>KIDTCREEN Media (DT)</b>			
.....Bienestar físico	15,53 (5,22)	14,87 (3,01)	18,34(4,23)
.....Bienestar psicológico	26,53 (6,52)	25,25 (4,76)	30,45 (3,31)
.....Autonomía y relaciones parentales	26,60 (5,54)	25,94 (4,88)	30,11 (4,19)
.....Relaciones sociales	17,73(2,86)	17,19 (3,58)	18,19 (1,92)
.....Ambiente escolar	14,33 (2,72)	14,75 (7,85)	16,34 (2,31)
.....Puntuación total	100,06 (14,24)	97,12 (9,92)	113,47 (13,07)
T-TAS Grupo ansiosos sociales que recibieron tratamiento			
C-TAS: Grupo de ansiosos sociales que formaron parte del control lista de espera			
CS: Grupo de adolescentes sin trastornos.			

## III.2. Procedimiento

El procedimiento que seguimos para la realización de esta tesis doctoral se puede dividir en tres fases:

### *Fase 1:*

En primer lugar, se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados y seleccionamos aleatoriamente centros públicos y privados. Una vez determinados los centros del estudio, se seleccionaron aleatoriamente aulas por centro. Posteriormente a la obtención de los consentimientos del niño y de sus padres o representantes legales, se inició la fase de detección de los adolescentes con TAS. Para ello, se administraron a una población de 1501 adolescentes dos escalas breves de ansiedad social (SAS-A y SPAI-B) que han mostrado su validez como medidas de detección. Diez auxiliares de investigación asistieron a las distintas aulas después de recibir información sobre la evaluación de la ansiedad en los entornos escolares y el uso del SAS-A y SPAI-B durante tres sesiones de 30 minutos. El estudio fue aprobado por el Comité de Dirección de cada escuela secundaria y por el Consejo de Ética en Investigación de la Universidad como IRB, de conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki) y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Durante los meses de noviembre a enero, se llevó a cabo esta fase de manera colectiva, una vez obtenidos los consentimientos.

### *Fase 2:*

Los alumnos que sobrepasaron los puntos de corte para las medidas de ansiedad social descritas más arriba (García-López, Sáez-Castillo, Beidel y La Greca, 2015) fueron contactados para pedir de nuevo a sus representantes legales y a ellos mismos autorización para poder administrar individualmente la entrevista diagnóstica ADIS-5-C/P y una batería de test. La batería de test consistió en los instrumentos de evaluación descritos en la sección de Medidas (véase p.64).

Adicionalmente a la muestra que sobrepasó los puntos de corte, se administró la entrevista diagnóstica y la batería de test a una muestra control con un tamaño similar a la de aquellos que habían superado el punto de corte y aleatoriamente a aquellos de entre los que se contaba con consentimiento. El motivo del uso de la población control es doble: a) evitar la estigmatización al acudir a las aulas y nombrar en voz alta a los alumnos con altas probabilidades de tener ansiedad social (superar el punto de corte en SPAI-B o SAS-A), y b) disponer de una muestra control. En

ambos casos, se requirió de un nuevo consentimiento informado tanto por parte de los padres como de los adolescentes. Como en la fase 1, las tareas de evaluación se realizaron en el centro escolar. Para la administración de la entrevista diagnóstica a los adolescentes y sus representantes legales, contamos con la ayuda de diez asistentes de investigación, quienes previamente firmaron un compromiso de confidencialidad. Este equipo previamente había asistido a un seminario formativo de diez horas de duración, impartido por el director de esta tesis doctoral. Para la superación de este taller, el alumno debía administrar la entrevista correctamente en al menos dos ocasiones. Para ello, el centro escolar proporcionó aulas o despachos con el fin de realizar esta fase (p.ej, despacho de orientación). Una vez detectados los alumnos con fobia social, tuvimos una reunión con sus padres, en presencia de uno o más miembros del equipo directivo y del departamento de orientación del centro, para informarles pormenorizadamente de los resultados y de la fase de intervención y solicitarles su participación en el estudio. A partir de ese momento, establecimos las fechas de la evaluación a los padres, que realizamos por teléfono o en el centro educativo (no se detectaron diferencias en el modo de administración del ADIS5-P).

*Fase 3.* Accedieron a esta fase aquellos que dieron su consentimiento y estuvieron interesados en beneficiarse de la intervención. Además, debían cumplir los siguientes criterios de admisión al ensayo clínico: (1) Padecer un diagnóstico primario de ansiedad social no específica; (2) tener entre 13 y 17 años; y (3) ofrecer por escrito el consentimiento informado de los adolescentes y los padres. Los criterios de exclusión de los participantes del RCT fueron: (1) intención suicida actual; (2) un diagnóstico positivo de retraso mental, psicosis u otros problemas psiquiátricos que limitará su capacidad para entender la psicoterapia; y (3) ausencia de medicación psicotrópica durante al menos 2 semanas antes del inicio del tratamiento aleatorizado.

Tras la sesión informativa a los padres, los participantes con TAS fueron asignados de manera aleatoria a dos condiciones experimentales: control en lista de espera o tratamiento IAFS.

Tras finalizar la última sesión, los alumnos (tanto los grupos controles como el grupo de tratamiento) volvieron a realizar la entrevista diagnóstica ADIS5-C y los cuestionarios utilizados en la fase dos (véase apartado de Medidas), así como sus padres (ADIS5-P). Doce meses después, llevamos a cabo el seguimiento, en el cual volvimos a realizar la entrevista diagnóstica y la batería de test, de forma presencial para los hijos y mediante teléfono para los padres.

Para poder realizar la entrevista diagnóstica en el post-tratamiento y en el seguimiento, contamos con la ayuda de 8 asistentes de investigación diferentes de los que participaron en la fase 2. Estos



asistentes recibieron un entrenamiento de características similares al realizado en la segunda fase. Los asistentes de investigación fueron ajenos a los objetivos de esta tesis doctoral, firmaron un compromiso de confidencialidad y estaban ciegos al momento de la evaluación.

### III.3. Medidas

“Inventario de ansiedad y fobia social, forma breve” (*Social Phobia and Anxiety Inventory, Brief form*, SPAI-B; García-López, Hidalgo et al., 2008). El SPAI-B se deriva de la sub-escala de fobia social del SPAI original, la cual evalúa los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos del trastorno de ansiedad social a través de 32 ítems en una escala tipo Likert de siete puntos. La versión abreviada contiene 16 ítems con contenido equivalente a la forma original y propiedades psicométricas también equivalentes, con la ventaja de la menor longitud y un formato de escala Likert de cinco puntos. García López et al. (2008) encontraron una excelente consistencia interna de 0,92 y un tes-retest de 0,60, en una muestra comunitaria de adolescentes. Esta escala ha sido traducida al portugués, encontrándose una consistencia interna de 0,93 y un test-retest de 0,81 (Viera et al., 2005). En otro estudio más reciente, García-López et al. (2015) hallaron las propiedades de esta escala en una muestra con trastorno y sin trastorno y encuentra una consistencia interna de 0,94. En nuestros datos, también encontramos un alfa de Cronbach de 0,94 en muestra comunitaria y 0,84 en muestra clínica.

“Escala de ansiedad social para adolescentes” (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, SAS-A; La Greca y López, 1998). Esta escala evalúa las experiencias de ansiedad social y el miedo a la evaluación negativa de los adolescentes de edades comprendidas entre los 2 y 18 en el contexto de las relaciones con los semejantes. Está formada por 22 ítems (de los cuales cuatro son neutros, no contabilizados para el total), que son evaluados según una escala de tipo Likert de cinco puntos (de 1= de ninguna manera a 5= todas las veces). Está compuesta por tres subescalas: 1) el “Miedo a la evaluación negativa” (Fear of Negative Evaluation, FNE), 2) el “Malestar y la evitación social específicos en situaciones novedosas” (Social Avoidance and Distress Specific to New Situations, SAD-N) y 3) el “Malestar y la evitación social generalizados” (Generalized Social Avoidance and Distress, SAD-G). El SAS-A ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en diferentes poblaciones (turca, portuguesa, española, americana y china) (Aydin y Sutcu, 2007; Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre y Salvador, 2004; García-López et al., 2001; Inderbitezen-Nolan et al., 2004; Inglés, La Greca, Marzo, García-López y García Fernandez, 2010; Zhou et al., 2008). En muestra española, Inglés et al. (2010), encuentra en una fiabilidad de entre 0,71 y 0,89. En un estudio reciente, García-López et al. (2015) encontraron una

consistencia interna para el SASA-A de 0,92, similar a la que hallamos en nuestros datos (0,91 en muestra comunitaria y 0,83 en muestra clínica).

“Inventario de depresión para niños” (Children's Depression Inventory, CDI; Kovacs et al. 1983; Del Barrio y Carrasco, 2004). El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. Consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Kovacs (1985) haya una consistencia de 0,89, en una población no clínica. En un estudio posterior, este mismo autor (Kovacs, 19992) halla unos coeficientes de consistencia interna entre 0,70 y 0,94 en muestra clínica y no clínica. En población española Barrio y Carrasco, 2004 encuentra una consistencia interna de 0,71 en población normal y en un estudio posterior encuentra una consistencia interna de 0,73 (Rodríguez, Barrio y Carrasco, 2009). En la presente investigación y con el total de la muestra (n=116), se obtuvo una alfa de Cronbach de 0,84 tanto en muestra comunitaria como en muestra clínica.

“KIDSCREEN-27 Index”: (Ravens-Sieberer et al. 2001) evalúa la salud subjetiva y el bienestar de los niños y adolescentes de 8 a 18 años. Mide cinco factores relacionados con la salud: Bienestar Físico; Bienestar Psicológico; Autonomía y padres; Relaciones sociales; y Ambiente escolar. También se puede calcular la puntuación total. Todos los ítems siguen una escala tipo Likert donde 1 nada o nunca y 5 siempre o mucho. La escala total y todas sus subescalas ha mostrado buenas propiedades psicométricas (Ravens-Sieberer et al., 2005). Urzúa et al. (2009) encuentra una consistencia interna de 0,75 en una muestra de adolescentes chilenos. En la muestra de este estudio encontramos una fiabilidad de 0,87 en el total de la escala en muestra comunitaria. En la muestra clínica encontramos un  $\alpha$  de 0,78 en la sub-escala de “Bienestar físico”, 0,84 en “Bienestar psicológico”, 0,74 en “Relaciones Parental y Familia” en “Relaciones sociales” 0,79, en “Ambiente escolar” 0,59 y en el total de la escala 0,78.

“Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS)” Frost et al. (1990). La escala está compuesta por 35 ítems de tipo Likert (0= Nada de acuerdo; 1 = Poco de acuerdo; 2 = Bastante de acuerdo; 3 = Muy de acuerdo; 4 = Totalmente de acuerdo). Esta escala está formada por seis subescalas: Exigencias personales, Preocupación por los errores, Dudas sobre acciones, Expectativas paternas, Críticas paternas

y Organización. Además, también se puede calcular la puntuación total. Esta escala ha sido validada y traducida al español en Carrasco, Belloch y Perpiñá (2010), que informaron de un  $\alpha$  en el total de la escala de 0,93, 0,88 en la subescala “Miedos a errores”, 0,90 en “Influencias paternas”, 0,87 en “Expectativas de logro” y 0,89 en “Organización”. En nuestro estudio encontramos una fiabilidad de 0,91 en la puntuación total en muestra comunitaria y 0,90 en muestra clínica, 0,86 en muestra comunitaria y 0,85 en muestra clínica en la sub-escala “Preocupación por los errores”, 0,80 en muestra comunitaria y 0,79 en muestra clínica en “Estándares Personales”; 0,73 en muestra comunitaria y 0,75 en muestra clínica en la sub-escala “Expectativas parental”; 0,72 en total la muestra y 0,80 en muestra clínica en “Críticas paternas”; 0,78 en el total de la muestra y 0,82 en la clínica en la sub-escala “Dudas de las acciones”; 0,82 en el total de la muestra y 0,83 en muestra clínica en la sub-escala “Organización. En un estudio más reciente encuentran una consistencia interna de 0,71-0,92 en las sub-escalas en una muestra de adolescentes, Gavino, et al. (2017).

“Mindful Attention Awareness Scale in adolescent (MAAS-A)” (Brown et al., 2011). Esta escala consta de 14 ítems que siguen una escala de tipo liker de 1 al 6, donde 1 significa casi siempre y 6 significa casi nunca. Las puntuaciones se encuentran entre 14 y 84. De Bruin et al. (2011) encontraron en el MASS-A una  $\alpha$  de Crombach de 0,86. En un estudio posterior en los Países Bajos, se halló una  $\alpha$  de Crombach de 0,82 y 0,81 respectivamente en una muestra no clínica y en una muestra de adolescentes atendidos en la unidad de psiquiatría (Brown, 2011). En muestra española, Soler et al. (2012) evaluó las propiedades del MAAS-A en una muestra de adultos, encontrando buenas propiedades psicométricas ( $\alpha = 0,89$ ). En muestra de adolescentes españoles, Calvete, Sampedro y Oree (2014) informaron de un índice de 0,85, similar a lo encontrado en esta tesis doctoral (0,86 y 0,82 en muestra clínica).

“Society and Adolescent Self Image, SASI”, (Rosenberg, 1965) evalúan la satisfacción personal con nosotros mismos. Se compone de 10 ítems que siguen una escala de tipo Likert de 4 puntos que varían desde 1 = muy de acuerdo y 4 = muy en desacuerdo. Esta escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas en muestras de jóvenes y adultos. Concretamente, Vazquez, Jimenez García-Boveda y Vazquez-Morejón (2004) encontraron una buena fiabilidad de 0,87 en una muestra de españoles. En un estudio posterior, Góngora, Fernández y Castro (2010) pusieron a prueba las propiedades psicométricas del test en una muestra de adolescentes, hallando un adecuado índice alfa de 0,79. En otra muestra española, esta vez dividida entre adultos sin ninguna psicopatología y adultos con ansiedad social, y Guillén (2000) hallaron una fiabilidad de 0,86 en una muestra control y 0,88 en una muestra con fobia social. En este trabajo se ha hallado un adecuado alfa de 0,79 utilizando la muestra de 116 participantes y 0,72 en la muestra clínica.

“Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) – Child/Parent Version” (ADIS5-C/P): Albano y Silverman, 2016). Consiste en una entrevista semi-estructurada y cuenta con una versión para padres y otra para menores de edad. Esta entrevista mide diversos trastornos de ansiedad, estado de ánimo, estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, TDAH y trastorno por abuso de sustancias. La versión para padres, además de los mencionados, añade el trastorno negativista desafiante, trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo, enuresis y ecopresis. Esta entrevista permite realizar un diagnóstico diferencial y ha servido tanto como base para realizar el diagnóstico del TAS y trastornos comórbidos como para evaluar la eficacia del tratamiento, gracias al índice *Clinician Severity Rating* (CSR), uno de las medidas más utilizadas para medir el cambio terapéutico.

### **III.4. Procedimiento estadístico.**

#### **III. 4.1. Análisis de comparaciones entre grupos.**

En primer lugar, se realizaba la prueba de Kruskal-Wallis. Cuando era significativa, se empleaba Mann-Whitney para comprobar entre qué grupos hay diferencias. El tamaño del efecto utilizado ha sido  $r$  y se interpretaba según los valores de Cohen: 0.1 pequeño, 0.3 medio y 0.5 alto

#### **III.4.4. Análisis con muestras relacionadas en grupo control sano, grupo de tratamiento y grupo control de lista de espera, pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.**

Para realizar esos cálculos, la prueba que hemos realizado ha sido  $t$  para muestras relacionadas, el tamaño del efecto utilizado ha sido  $d$ , interpretándose según los criterios de Cohen (1958): 0.2 pequeño, 0.5 medio y 0.8 alto.

# **IV RESULTADOS**

Como hemos visto anteriormente, la descripción de los participantes de nuestro estudio se ha dividido en función de la fase de nuestra investigación. De este modo, los datos obtenidos en la Fase 2 nos permiten explorar más el papel del especificador de ansiedad social propuesto en el DSM -5 (objetivos 1-3), y los datos obtenidos de los participantes en la Fase 3 nos permiten estudiar posibles cambios de las variables dependientes tras aplicar un tratamiento (objetivo 4).

Para una mejor comprensión de los resultados, estos se mostrarán por este orden: por un lado, presentamos los datos obtenidos en la Fase 2 de nuestro estudio y después expondremos los datos obtenidos de los participantes que continuaron en la Fase 3, siguiendo el mismo orden que se expuso en el capítulo II.

**1. Resultados del objetivo 1. Analizar las relaciones entre ansiedad social y variables sociodemográficas y clínicas (edad de inicio, CSR y comorbilidad), centrándose en las posibles diferencias entre adolescentes con TAS (E-TAS) y el especificador de actuación frente a aquellos con TAS sin el especificador (nE-TAS).**

Los datos revelaron que el grupo E-TAS mostró una edad de inicio del trastorno más tardía, un CSR más bajo y menor presencia de trastornos comórbidos que nE-TAS (véase Tabla 13). Por tanto, nuestra primera hipótesis se cumple. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en la variable edad de inicio cuando se compararon los dos grupos entre sí.

**2. Resultados del objetivo. Explorar las posibles diferencias entre adolescentes con TAS limitado al especificador de actuación social y aquellos que padecen TAS excluyendo el especificador en variables que miden sintomatología ansiosa, depresión, perfeccionismo, calidad de vida y autoestima.**

Los datos revelaron la presencia de diferencias significativas entre el grupo control versus cualquier grupo TAS, con la excepción de la subescala SAD-N, donde no hubo diferencias significativas entre E-TAS y CS. Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del especificador (E-TAS vs nE-TAS) en todas las medidas de ansiedad social (SPAI-B, SAS-A Total y subescalas con tamaño del efecto alto) y depresión (tamaño del efecto alto) con la excepción de la sub-escala SAD-G, donde no se encontraron diferencias significativas entre E-TAS y nE-TAS.

Esto indica que la presencia de especificador puede jugar un papel en la gravedad de la sintomatología de ansiedad social. No encontramos diferencias significativas entre E-TAS nE-TAS en autoestima, en ninguna sub-escala de calidad de vida ni en Atención Plena.

En cuanto a la escala de perfeccionismo (y sus subescalas), no existieron diferencias estadísticamente significativas entre E-TAS y CS. Ello apunta a la similitud en los niveles de perfeccionismo entre el especificador y el grupo control sano. Sin embargo, sí se hallaron diferencias entre nE-TAS y CS (con un tamaño del efecto alto) en las subescalas FMPS-CM, FMPS-DA y en Puntuación Total, mientras que el tamaño del efecto fue medio para la subescala FMPS-PC. A diferencia de lo anterior, esto apunta a que el perfeccionismo juega un papel relevante en adolescentes con ansiedad social una vez se elimina el especificador, que puede distorsionar el papel del perfeccionismo en el TAS si se examinan a los sujetos en su conjunto, sin diferenciar entre E-TAS y NE-TAS. Por otra parte, en la comparación TAS frente a la condición CS se observaron diferencias significativas entre TAS y CS en las subescalas CM y DA, con un tamaño del efecto alto y en la puntuación Total con un tamaño del efecto medio. Cuando se compararon los dos grupos de TAS entre sí, las diferencias significativas únicamente se pusieron de manifiesto en la sub escala CM. En ese sentido, parece que la subescala CM es la que permite diferenciar entre el especificador y aquellos adolescentes con TAS que no están limitados a este subtipo.

Como se puede ver en la Tabla 13, las diferencias estadísticas en la medida de bienestar y calidad de vida se limitaron a las comparaciones entre CS vs nE-TAS y TAS vs CS en la sub-escala bienestar psicológico, con un tamaño del efecto alto. También se hallaron diferencias entre Puntuación Total entre los grupos CS y nE-TAS. Sin embargo, los datos mostraron una ausencia de diferencias significativas en las demás subescalas. En cuanto a la variable autoestima, se observó diferencias significativas entre nE-TAS vs CS con un tamaño del efecto alto y entre TAS completo vs CS, con un efecto del tamaño medio.

**3. Resultados del objetivo 3. Examinar las posibles diferencias entre adolescentes con TAS sin trastorno comórbidos (P-TAS) y los adolescentes con trastornos comórbidos (C-TAS) en todas las variables de nuestro estudio.**

Los datos revelaron una edad de inicio más tardía del TAS completo (independientemente de la clasificación de especificador) ante la presencia de un trastorno comórbido. También se encontraron mayores puntuaciones en las escalas de ansiedad social, depresión y perfeccionismo, y puntuaciones más bajas en la escala de autoestima y atención plena. En la misma línea, se hallaron diferencias significativas entre el grupo puro y comórbido en las variables CDI, SAS-A, SAG-N, FNE y SPAI-B. (Véase tabla 14)



Tabla 13 Fase 2 (Antes del tratamiento). Contrastes de media ente el grupo social limitado al especificador, grupo de ansiedad social excluyendo el especificador, grupos de ansiedad social todo el espectro y grupo control sano.

Variables	Diferencias entre grupos
Edad	<i>ns</i>
Media de Criterio de Gravedad clínica (CSR)	E-TAS < NE-TAS = 0,006 ***
Comorbilidad	E-TAS < NE-TAS = 0,006 ***
Edad de inicio (DT)	E-SAD > NE-TAD <i>ns</i>
SPAI-B(DT)	NE-TAS > CS $p = 0,0001$ *** TAS > CS $p = 0,001$ *** E-TAS > CS $p = 0,005$ *** E-TAS < NE-TAS $p = 0,001$ ***
Autoestima	NE-TAS > CS $p < 0,012$ *** TAS > CS $p = 0,017$ ** E-TAS > CS <i>ns</i> E-TAS > NE-TAS <i>ns</i>
CDI	NE-TAS > CS $p = 0,004$ *** TAS > CS $p = 0,017$ ** E-TAS > CS <i>ns</i> E-TAS > NE-TAS $p = 0,006$ ***
MASS-A	NE-TAS > CS $p = 0,026$ ** TAS > CS <i>ns</i> E-TAS > CS <i>ns</i> E-TAS > NE-TAS <i>ns</i>
Escala de perfeccionismo	
.....FMPS_CM	NE-TAS > CS $p = 0,005$ *** TAS > CS $p = 0,042$ ** E-TAS > CS <i>ns</i> E-TAS < NE-TAS $p = 0,008$ **
.....FMPS_PS	<i>ns</i>
.....FMPS_PE	<i>ns</i>
.....FMPS_PC	<i>ns</i>
.....FMPS_DA	NE-TAS > CS $p = 0,006$ *** TAS > CS $p = 0,005$ *** E-TAS > CS $p = 0,032$ ** E-TAS < NE-TAS <i>ns</i>
.....FMPS_OR	<i>ns</i>
.....Puntuación total	NE-TAS > CS $p = 0,041$ ** TAS > CS <i>ns</i> E-TAS > CS <i>ns</i> E-TAS < NE-TAS <i>ns</i>
SAS-A (DT)	
.....FNE	NE-TAS > CS $p = 0,001$ *** TAS > CS $p = 0,001$ *** E-TAS > CS $p = 0,020$ ** E-TAS < NE-TAS $p = 0,009$ ***

.....,SAD-N	NE-TAS > CS $p=0,001$ *** TAS > CS $p=0,030$ ** E-TAS = CS <i>ns</i> E-TAS < NE-TAS $p=0,001$ ***
.....SAD-G	NE-TAS > CS $p=0,001$ *** TAS > CS $p=0,003$ *** E-TAS > CS <i>ns</i> E-TAS < NE-TAS $p=0,001$ ***
.....Puntuación total	NE-TAS > CS $p=0,001$ *** TAS <sub>total</sub> > CS $p=0,002$ *** E-TAS > CS <i>ns</i> E-TAS < NE-TAS $p=0,001$ ***
<b>KIDSCREEN means (SD)</b>	
.....Bienestar físico	<i>ns</i>
.....Bienestar psicologico	NE-TAS < CS $p=0,004$ ** Todo-TAS < CS <i>ns</i> E-TAS = CS <i>ns</i> E-TAS = NE-TAS <i>ns</i>
.....Autonomía y relaciones parentales	<i>ns</i>
.....Relaciones sociales	nE-TAS < CS $p=0,033$ ** TAS < CS $p=0,016$ ** E-TAS = CS <i>ns</i> E-TAS = NE-TAS <i>ns</i>
.....Ambiente escolar	<i>ns</i>
.....Puntuación total	NE-TAS < CS $p=0,009$ ** TAS < CS $p=0,025$ ** E-TAS = CS <i>ns</i> E-TAS = NE-TAS <i>ns</i>
NE-TAS= Grupo de ansiedad social excluyendo aquellos que solo presentan el especificador. TAS = Todo los adolescentes con ansiedad social E-TAS =Aquellos que solo presentan ansiedad social con el especificador	

Tabla 14. Fase 2. Análisis teniendo en cuenta el papel de la comorbilidad

Variables	Comparaciones	Resultados
Edad de inicio	P-TAS= C-TAS	ns
Media de Criterio de Gravedad clínica (CSR)	P-TAS= C-TAS	0,025 ***
SPAI-B	P-TAS> CS	0,001 ***
	C-TAS > CS	0,001 ***
	P-TAS< C-TAS	0,001 **
Autoestima	P-TAS= CS	p =0,03**
	C-TAS = CS	p>0,001***
	P-TAS= C-TAS	ns
CDI	P-TAS> CS	0,004 **
	C-TAS > CS	0,001 ***
	P-TAS< C-TAS	0,040 **
MASS-A	P-TAS= CS	ns
	C-TAS = CS	ns
	P-TAS= C-TAS	ns
Escala de perfeccionismo		
.....FMPS_CM	P-TAS= CS	ns
	C-TAS = CS	p=0,001***
	P-TAS= C-TAS	ns
.....FMPS_PS	P-TAS= CS	ns
	C-TAS = CS	ns
	P-TAS= C-TAS	ns
.....FMPS_PE	P-TAS= CS	ns
	C-TAS = CS	ns
	P-TAS= C-TAS	ns
.....FMPS_PC	P-TAS= CS	ns
	C-TAS = CS	p=0,043**
	P-TAS= C-TAS	ns
.....FMPS_DA	P-TAS= CS	P=0,008 ***
	C-TAS = CS	p=0,001 ***
	P-TAS= C-TAS	ns
.....FMPS_OR	P-TAS= CS	ns
	C-TAS = CS	ns
	P-TAS= C-TAS	ns
.....Puntuación total	P-TAS= CS	ns
	C-TAS = CS	p=0,001 ***
	P-TAS= C-TAS	ns
SAS-A		
.....FNE	P-TAS> CS	0,001 ***
	C-TAS > CS	0,001 ***
	P-TAS< C-TAS	0,006 ***
.....SAD-N	P-TAS> CS	0,001 ***
	C-TAS > CS	0,001 ***
	P-TAS= C-TAS	ns
.....SAD-G	P-TAS> CS	0,001 ***
	C-TAS > CS	0,001 ***

	P-TAS < C-TAS	0,038 **
KIDSCREEN means (SD)		
.....Bienestar físico	P-TAS = CS	<i>ns</i>
	C-TAS < CS	0,001 ***
.....Bienestar psicológico	P-TAS = C-TAS	<i>ns</i>
	PNE-TAS < CS	0,004 **
	CNE-TAS < CS	0,001 ***
.....Autonomía y relaciones parentales	P-TAS < CS	<i>ns</i>
	C-TAS < CS	0,001 ***
	P-TAS = C-TAS	<i>ns</i>
.....Relaciones sociales	P-TAS = CS	<i>ns</i>
	C-TAS < CS	0,009 **
	P-TAS = C-TAS	<i>ns</i>
.....Ambiente escolar	P-TAS = CS	<i>ns</i>
	C-TAS = CS	<i>ns</i>
	P-TAS = C-TAS	<i>ns</i>
.....Puntuación total	P-TAS < CS	0,019 **
	C-TAS < CS	0,001 ***
	P-TAS = C-TAS	<i>ns</i>
<b>P-TAS= Todos aquellos que presentan ansiedad social (incluyendo los que presentan el especificador) sin trastorno comórbido</b>		
<b>C-TAS = Todos aquellos que presentan ansiedad social (incluyendo los que presentan el especificador) con trastorno comórbido</b>		
<b>CS= Grupo de adolescentes sin trastorno</b>		

**4. Analizar la eficiencia del tratamiento IAFS en las medidas de ansiedad social (medida por el propio sujeto o por el clínico –CSR-), autoestima, depresión, perfeccionismo y calidad de vida tanto en el post test como en el seguimiento entre las condiciones control y adolescentes con TAS.**

#### **4.1. Análisis entre-grupos**

##### **4.1.1. Análisis entre-grupos en el pre-tratamiento**

Los resultados pusieron de manifiesto la ausencia de diferencias significativas entre el grupo TAS Control (C-TAS) y el grupo TAS que recibió tratamiento (T-TAS) en todas las variables. Entre el grupo C-TAS y el grupo control sano (CS), encontramos diferencias significativas, con un tamaño del efecto alto, en las variables de CSR, SPAI-B, SAS-A, SAD\_N, SA\_G, FNE, CDI, Autoestima, MASS-A, FMPS\_CM\_FMPS\_DA FMPS\_PC y la puntuación total de la escala de perfeccionismo. Con un tamaño del efecto medio, se hallaron diferencias significativas entre C-TAS y CS en las siguientes sub escalas de KIDSCREEN: Bienestar físico, Bienestar psicológico, Autonomía y

relaciones, Ambiente escolar y el total de KIDSCREEN. Cuando comparamos el grupo T-TAS y CS, encontramos las mismas diferencias significativas con similares tamaños del efecto que cuando comparamos a los grupos C-TAS y CS con la excepción de que en Bienestar Psicológico y KIDSCREEN Puntuación Total el tamaño del efecto es alto en lugar de medio.

#### **4.1.2. Resultados en los análisis entre-grupo tras finalizar la intervención.**

##### *4.1.2.1. T-TAS vs CS.*

En la tabla 15 pueden observarse las medias y los resultados de los contrastes de media o mediana, según las características de cada variable (véase procedimiento estadístico) tras terminar los sujetos el tratamiento (post-tratamiento). Como se puede ver, se hallaron diferencias significativas, con tamaño del efecto medio, en las variables CSR, SPAI-B y en las sub-escalas de perfeccionismo denominadas Críticas paternas y Dudas ante las acciones. Respecto a las sub-escalas de SAS-A, las diferencias se pusieron de manifiesto en las sub escalas de evitación y malestar: SAD-G, SAD-N, así como en la Puntuación Total, también con un tamaño del efecto medio. Por último, en la sub-escalas de calidad de vida se encontraron asimismo diferencias en la sub-escala Autonomía y relaciones parentales, con tamaño del efecto medio. Finalmente, se hallaron diferencias significativas en la sub-escala Bienestar físico, con tamaño del efecto alto. Al igual que en el grupo sano, en el post-tratamiento ningún adolescente del grupo tratamiento superó ni el punto de corte para SAS-A ni para SPAI-B.

##### *4.1.2.2. C-TAS vs T-TAS*

Los resultados aportaron la existencia de diferencias significativas, con un tamaño del efecto alto, en las variables CSR, SPAI-B, autoestima, CDI, en la sub-escalas de perfeccionismo FMPS\_PS, en las sub-escalas de SAS-A: FNE, SAD-N, SAD-G, así como en la Puntuación Total, y en las sub-escalas de KIDSCREEN de Bienestar físico, Psicológico y Ambiente escolar. Además, se hallaron diferencias significativas (con un tamaño del efecto medio) en las variables puntuación total de la escala KIDSCREEN y en la sub-escala de perfeccionismo FFMPs-CM. En resumen, los datos mostraron puntuaciones más altas de sintomatología de ansiedad social, CSR, CDI y perfeccionismo en el grupo control, y las puntuaciones más altas en autoestima y calidad de vida en el grupo de tratamiento. Todo ella avala la eficacia de la intervención frente a sujetos con TAS que no la recibieron (control TAS). Las variables en las cuales

no se han encontrado diferencias significativas son: Atención plena, Expectativas personales, crítica parentales, Dudas ante los errores, Organización, Relaciones Parentales y Relaciones sociales.

#### **4.1.3. Resultados en los análisis entregrupo tras el seguimiento.**

##### *4.1.3.1. T-TAS vs CS.*

En la tabla 16 se muestran las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de las distintas escalas en la fase de seguimiento y las comparaciones entre grupos. Se encontraron diferencias significativas, con un tamaño del efecto medio, en los siguientes instrumentos de medida: SPAIB, MASS-A, en las subescalas de perfeccionismo FFMPS-PC y FFMPS-DA, las tres subescalas del SAS-A, y, por último, en dos medidas de bienestar, medido por KIDSCREEN (subescalas de Bienestar psicológico y Relaciones sociales). Con un tamaño del efecto alto, se hallaron diferencias significativas en, SAS-A-Puntuación Total, y en las sub-escalas del KIDSCREEN de Autonomía y relaciones parentales y Bienestar físico.

##### *4.1.3.2. T-TAS vs C-TAS.*

Con un tamaño del efecto alto, se observaron diferencias en las variables CSR, Comorbilidad, SPAI-B, Autoestima, en la puntuación Total de SAS-A y en todas sus sub-escalas, así como en las sub-escalas de perfeccionismo de estándares personales, en la Puntuación Total de la escala de perfeccionismo, en las sub-escalas de KIDSCREEN de Bienestar Psicológico y Bienestar Físico, Ambiente Escolar y en la puntuación total del bienestar medida por KIDSCREEN. Por último, los datos mostraron diferencias significativas, con un tamaño del efecto medio, en la sub-escala de perfeccionismo Preocupaciones ante los errores y en la sub-escala de KIDSCREEN de relaciones sociales. Las variables en las que no se encontraron diferencias significativas son; MASS-A, FMPS-PE, FMPS-PC, FMPS-DA, FMPS-DA, y en las sub-escalas de Autonomía y Relaciones Parentales de KIDSCREEN.

Tabla 15. Fase 3. Resultados tras el tratamiento entre las condiciones experimentales.

	Trastorno de Ansiedad social		Control sano	Comparaciones entre grupos
	T-TAS	C-TAS	CS	
Remisión	100%	20%	N/A	
CSR	1,13 (0,83)	4,18 (1,75)	0,41 (0,54)	T-TAS=CS p = 0,04** C-TAS >CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS p<0,001 ***
Comorbilidad	0,00 (0,00)	1,18 (1,37)	N/A	T-TAS<C-TAS p<0,001 ***
SPAI-B	13,62 (7,10)	25,66 (5,32)	7,92 (4,93)	T-TAS=CS p<0,011 ** C-TAS >CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS p<0,001 ***
Autoestima	34,40 (1,92)	25,94 (3,49)	32,93 (5,34)	T-TAS=CS ns C-TAS < CS p<0,001*** T-TAS<C-TAS p<0,001 ***
CDI	6,93 (2,76)	13,31 (5,39)	6,84 (4,09)	T-TAS=CS ns C-TAS >CS p<0,001*** T-TAS<C-TAS p<0,001 ***
MASS-A	65,07 (12,50)	59,63 (8,43)	78,32 (6,13)	T-TAS=CS p<0,001 ** C-TAS < CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS ns
Escala de perfeccionismo				
...FFMPS_MC	8,60 (6,58)	15,63 (8,07)	8,63 (6,37)	T-TAS=CS ns C-TAS >CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS p=0,02 **
...FMPS-PS	10,40 (6,76)	15,44 (6,73)	11,63 (6,60)	ns
....FMPS_PE	7,53 (5,85)	8,75 (3,32)	4,63 (3,87)	T-TAS=CS ns C-TAS >CS p<0,005 *** T-TAS<C-TAS ns
....FMPS_PC	4,53 (3,78)	5,75 (2,21)	2,19 (2,60)	T-TAS=CS p=0,01** C-TAS>CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS ns
...FMPS_DA	6,20 (3,38)	7,56 (2,83)	3,85 (2,03)	T-TAS=CS p=0,02 ** C-TAS >CS p<0,001 *** T-TAS=CS
...FMPS_OR	15,73 (5,77)	16,25 (3,66)	14,04 (6,62)	Ns
...Puntuación total	36,47 (19,66)	52,56 (16,67)	30,97 (17,82)	T-TAS=CS ns C-TAS >CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS ns
Escala de ansiedad social SAS_A				
....FNE	14,60 (2,95)	22,56 (6,48)	12,63 (3,43)	T-TAS=CS ns C-TAS >CS p<0,001*** T-TAS<C-TAS p<0,001)***

....SAD_N	11,93 (2,74)	18,5 (4,38)	9,71 (2,62)	T-TAS=CS p=0,01** C-TAS >CS p<0,001*** T-TAS<C-TAS p<0,001 ***
....SAD_G	6,73 (2,43)	9,75 (2,86)	5,19 (1,37)	T-TAS=CS p= 0,02** C-TAS >CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS p<0,005 ***
.....SAS-A_total	33,27 (5,32)	49,94 (9,86)	27,30 (4,96)	T-TAS=CS p=0,001 ** C-TAS >CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS p<0,001***
Escala de calidad de vida				
.....Bienestar físico	23,07(5,09)	16,88 (3,70)	17,30 (4,42)	T-TAS=CS 0.001 *** C-TAS < CS <i>ns</i> T-TAS<C-TAS 0,001 ***
.....Bienestar psicológico	29,80 (2,68)	25,31 (4,51)	29,95 (3,21)	T-TAS=CS <i>ns</i> C-TAS < CS p<0,001 *** T-TAS<C-TAS p= 0,001 ***
.....Relaciones Parentales y Autonomía	26,07 (5,22)	28,63 (3,84)	30,32 (4,30)	T-TAS=CS p= 0,004 **  C-TAS < CS <i>ns</i> T-TAS<C-TAS <i>ns</i>
.....Relaciones Sociales	18,07 (2,02)	16,5 (3,06)	19,00 (1,15)	T-TAS=CS <i>ns</i> C-TAS < CS p<0,001** T-TAS<C-TAS <i>ns</i>
.....Ambiente escolar	17,73 (1,83)	15,88 (1,15)	16,91 (2,26)	T-TAS=CS <i>ns</i> C-TAS < CS <i>ns</i> T-TAS<C-TAS p= 0,001 **
KIDSCREEN puntuación total	114,73 (7,57)	103,81 (9,42)	113,50 (7,02)	T-TAS=CS <i>ns</i> C-TAS < CS p<0,001 ** T-TAS<C-TAS p=0,001 **

\* Efecto del tamaño pequeño

\*\*Efecto del tamaño medio

\*\*\* Efecto del tamaño alta



Tabla 16. Fase 3. Resultados en el seguimiento entre las condiciones experimentales.

	Ansiedad social		Sin trastorno	Comparaciones entre grupos
	T-TAS	C-TAS	CS	
Remisión	100%	6,66%	N/A	
Comorbilidad	0	1,25 (1,34)	N/A	T-TAS < C-TAS p= 0,002 ***
Criterio de Gravedad Clínico (CSR)	0,93 (1,03)	4,90 (1,52)	0,65 (0,56)	T-TAS = CS <i>ns</i> , C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p<0,001 ***
SPAI-B	10,14 (5,93)	25,08 (8,05)	6,71 (5,14)	T-TAS = CS p = 0,007 ** C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p<0,001 ***
Autoestima	34,67 (2,29)	27,88 (4,51)	34,41 (4,86)	T-TAS = CS <i>ns</i> C-TAS < CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p<0,001 ***
CDI	6,93 (2,58)	14,50 (7,60)	6,47 (4,86)	T-TAS = CS <i>ns</i> C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p< 0,001 ***
MAAS-A	68,73(12,5)	58,63 (14,69)	76,23 (7,13)	T-TAS = CS p= 0,05 ** C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS > C-TAS <i>ns</i>
Escala de Perfeccionismo				
...FMPS_CM	8,00 (6,07)	14,25 (8,84)	8,23 (7,20)	T-TAS = CS <i>ns</i> C-TAS > CS p=0,02** T-TAS < C-TAS p=0,03**
...FMPS_PS	9,27 (4,18)	14,75 (6,62)	10,80 (6,11)	T-TAS = CS <i>ns</i> C-TAS > CS <i>ns</i> T-TAS < C-TAS p=0,008 **
...FMPS_PE	6,20 (5,37)	8,00 (3,37)	3,67 (3,23)	T-TAS = CS <i>ns</i> C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < CTAS <i>ns</i>
.....FMPS_PC	4,20 (3,73)	5,13 (2,60)	1,71 (2,21)	T-TAS = CS p=0,02 ** C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS <i>ns</i>
...FMPS_DAD	5,33 (2,92)	7,62 (2,77)	3,13 (2,88)	T-TAS = CS p= 0,01 ** C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p = 0,02 **
.....FMPS_OR	14,93 (7,57)	17,50 (3,60)	17,068 (5,58)	<i>ns</i>
Puntuación total de perfeccionismo	33,00 (16,31)	49,69(16,80)	27,39 (12,87)	T-TAS = CS <i>ns</i> C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p<0,02 **
Escala de Ansiedad Social SAS_A				
....FNE	13,87 (2,42)	22,81 (6,01)	10,78 (3,62)	T-TAS = CS p=0,001 ** C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p<0,001 ***
....SAD_N	11,67 (2,66)	19,25 (4,84)	9,95 (2,41)	T-TAS = CS 0,02 ** C-TAS > CS p=0,02 *** T-TAS < C-TAS p<0,001 ***

....SAD_G	6,07 (2,15)	8,75 (2,08)	4,60 (1,39)	T-TAS = CS p=0,001 ** C-TAS > CS p<0,001 *** T-TAS < C-TAS p=0,001 ***
.....Puntuación total SAS_A	31,60 (5,72)	50,81 (9,85)	25,34 (5,24)	T-TAS = CS p=0,001 ** C-TAS > CS p=0,001 *** T-TAS < C-TAS p<0,001 ***
Escala de Calidad de vida				
....Bienestar físico	23,73 (6,82)	16,63 (3,98)	17,88 (5,73)	T-TAS = CS p=0,001 ** C-TAS < CS p=ns T-TAS > C-TAS p=0,001 ***
.....Bienestar psicológico	29,73 (2,12)	26,25 (3,73)	31,15 (2,52)	T-TAS = CS ns C-TAS < CS p<0,001 *** T-TAS > C-TAS p=0,001 **
.....Autonomía y Relaciones Parental	26,93 (4,64)	28,94 (4,07)	32,69 (3,90)	T-TAS = CS p<0,001 *** C-TAS < CS p<0,007 ** T-TAS > C-TAS ns
.....Relaciones sociales	19,00 (1,20)	17,75 (1,69)	19,65 (1,49)	T-TAS = CS p=0,02** C-TAS < CS p=0,03** T-TAS > C-TAS p= 0,03 **
.....Ambiente escolar	17,87 (1,73)	16,13 (1,20)	17,71 (2,18)	T-TAS = CS ns C-TAS < CS p=0,02 ** T-TAS > C-TAS p=0,001**
.....Puntuación total	117,27 (6,67)	105,69 (10,71)	117,58 (7,72)	T-TAS = CS ns C-TAS < CS p=0,001*** T-TAS > C-TAS p<0,001 ***

\* Efecto del tamaño pequeño

\*\*Efecto del tamaño medio

\*\*\* Efecto del tamaño alto

## **4.2. Análisis intra-sujeto.**

### **4.2.1. Análisis intra sujeto para la condición C-TAS.**

Como se observa en la tabla 17, existieron diferencias entre las puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento y entre pre-tratamiento y seguimiento, con un tamaño del efecto alto en la variable SPAI-B. En la variable CSR, se pusieron de manifiesto diferencias significativas con tamaño del efecto alto entre pre-tratamiento y post-tratamiento y un tamaño del efecto medio entre pre-tratamiento y el seguimiento. En la variable autoestima, las diferencias significativas se dan en post-tratamiento y seguimiento. En la sub-escala FMPS-PS de perfeccionismo, los datos han revelado diferencias significativas, pero con un tamaño del efecto medio. En la escala SAD-G, se observaron diferencias significativas entre el pre-tratamiento y el seguimiento, con un tamaño del efecto alto. En el SAS-A Puntuación Total se constataron diferencias significativas tanto entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento como entre el pre-tratamiento y el seguimiento.

No encontramos diferencias significativas en las variables de comorbilidad, CDI, MASS-A, FMPS (subescalas CM, PE, PC, DA, OR y Puntuación Total), FNE, SAD-N, ni en las subescalas de KIDSCREEN: Bienestar físico, Bienestar psicológico, Relaciones parentales y autonomía, Relaciones sociales y Ambiente escolar.

Entre el pre y post, 4 adolescentes remitieron espontáneamente, pero tres de esos cuatros adolescentes volvieron a ser diagnosticados con TAS en el seguimiento. Cuando se eliminan estos 4 sujetos, las diferencias se siguen dando en el post, aunque no en el seguimiento

Tabla 17. Análisis intra para los tres momentos de medida en la condición control con TAS (C-TAS)

	Pre	post	seguimiento		
Remisión	100%	100%	100%		
CSR	6,00 (1,31)	4,18 (1,75)	4,93 (1,52)	Pre-TAS vs Post-TAS	0 t=,004***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,017 (0.67)**
Comorbilidad	1,18 (1,37)	1,18 (1,37)	1,25 (1,34)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
SPAI-B	34,26 (7,69)	25,07 (8,05)	25,65 (5,32)	Pre-TAS vs Post-TAS	t<0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,003 ***
Autoestima	26,31 (5,05)	25,93 (3,49)	27,87(4,50)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
CDI	15,50 (5,93)	13,31 (5,38)	14,50 (7,59)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
MASS-A	61,50 (7,35)	(59,62 (8,42)	58,62 (14,68)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
FMPS_CM	14,12 (6,80)	15,62 (8,07)	14,25 (8,83)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
FMPS_PS	12,37 (4,20)	15,43 (6,73)	14,75 (6,61)	Pre-TAS vs Post-TAS	t=0,03 **
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
FMPS_PE	8,50 (5,17)	8,75 (3,31)	8,00 (3,36)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
FMPS_PC	7,18 (4,87)	5,75 (3,31)	5,12 (2,60)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
FMPS_DA	8,56 (2,47)	7,56 (2,82)	7,62 (2,77)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
FMPS_OR	13,87 (4,67)	16,25 (3,66)	17,50 (3,59)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
Perfeccionismo total	50,69 (15,60)	52,56 (16,66)	49,68 (16,79)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns
FNE	25,21 (5,44)	22,56 (6,48)	22,81 (6,01)	Pre-TAS vs Post-TAS	ns
				Pre-TAS vs Segui-TAS	ns

SAD_N	20,93 (4,46)	18,50 (4,38)	19,25 (4,83)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
SAD_G	10,93 (2,56)	9,750 (2,86)	8,75 (2,08)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,012 **
SAS-A	57,18 (9,38)	49,93 (9,85)	50,81 (9,84)	Pre-TAS vs Post-TAS	t=0,013 **
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,019 **
Bienestar físico	14,87 (3,01)	16,87 (3,70)	16,62 (3,98)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
Bienestar psicológico	25,25 (4,75)	25,31 (4,51)	26,25 (3,73)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
Autonomía y relaciones parentales	28,65 (4,76)	28,62 (3,84)	28,93 (4,07)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
Relaciones sociales	17,18 (3,58)	16,5 (3,05)	17,75 (1,69)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
Ambiente escolar	14,75 (7,85)	15,87 (1,14)	16,12 (1,20)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
KIDSCREEN_TOTAL	97,12 (9,92)	103,812 (9,41)	105,68 (10,70)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,037 **

\* Efecto de tamaño pequeño (\*\* Efecto de tamaño medio \*\*\* Efecto de tamaño alto)

Entre post – test y seguimiento solo se encuentran diferencias en la variable autoestima 0,016 (0,67) \*\*.

#### ***4.2.2. Análisis intra-sujeto para la condición T-TAS.***

Los resultados revelaron diferencias significativas, con un tamaño del efecto alto, entre los tiempos de medida pre-tratamiento y post-tratamiento, así como entre pre-tratamiento y seguimiento en casi todas las variables estudiadas: comorbilidad, CSR, SPAI-B, Autoestima, CDI, FNE, SAD-G, SAD-N, SAS-A Puntuación total, KIDSCREEN sub-escala de Bienestar Físico y Puntuación total. Asimismo, se hallaron diferencias significativas pre-tratamiento y post-tratamiento, así como entre pre-tratamiento y seguimiento en la variable FMPS-CM, pero en este caso con un tamaño del efecto medio. Entre el pre-tratamiento y el seguimiento, se constataron diferencias con tamaño del efecto medio en FMPS-PS, FMPS-PE y FMPS Puntuación Total, mientras que en el caso de las comparaciones entre tratamiento y seguimiento lo hallamos en la Sub-escala KIDSCREEN Relaciones Sociales. Finalmente, y respecto de la comparación entre post-test y seguimiento, se hallaron diferencias significativas en SPAI-B y MASS-A, con un tamaño del efecto alto.

Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre los momentos temporales pre-tratamiento y post-tratamiento, pre-tratamiento y seguimiento o post-tratamiento y seguimiento en las variables FMPS-PC, FMPS-DA, FMPS-OR ni KIDSCREEN, subescalas de Relaciones Parentales y Autonomía. Hay que tener en cuenta que no se observaron diferencias significativas en la tasa de remisión entre el posttest y el seguimiento, ya que se obtuvo un efecto techo (100% remisión).

Tabla 18. Análisis intra para los tres momentos de medida en la condición TAS que recibieron tratamiento (T-TAS)

	PRE	POST	SEGUIMIENTO		
	Media	Media	Media		
Comorbilidad	1,13 (0,99)	0	0	Pre-TAS vs Post-TAS	0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	0,001 ***
CSR	5,80 (1,08)	1,20 (0,77)	1,00 (1,00)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
SPAIB_B	34,86 (8,50)	13,62 (7,09)	10,14 (5,93)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
Autoestima	25,66 (5,62)	34,4 (1,91)	34,6 (2,28)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
CDI	14,46 (6,16)	6,93 (2,76)	6,93 (2,57)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
MAAS-A	60,40 (9,67)	65,06 (12,5)	68,73 (12,55)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
FMPS-CM	16,13 (9,42)	8,60 (6,57)	8,00 (6,07)	Pre-TAS vs Post-TAS	t=0,02 **
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,04**
FMPS-PS	14,40 (7,73)	10,4 (6,75)	9,26 (4,18)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,04 **
FMPSPE	9,06 (5,28)	7,533 (5,85)	6,20 (5,37)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,04 **
FMPS-PC	5,60 (4,15)	4,53 (3,77)	4,20 (3,72)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
FMPS-DA	8,00 (2,50)	5,40 (3,37)	5,33 (2,91)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
FMPS-OR	14,13 (5,60)	15,00 (6,52)	14,93 (7,57)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
FMPS-C-TOTAL	53,26 (26,98)	36,46 (19,66)	33 (16,31)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t=0,02**

FNE	26,60 (7,97)	14,6 (2,94)	13,86 (2,41)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
SAD_N	20,46 (5,05)	11,93 (2,73)	11,66 (2,66)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
SAD_G	11,20 (3,70)	6,73 (2,43)	6,06 (2,15)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
SAS-A_TOTAL	58,26 (12,65)	33,26 (5,32)	31,60 (5,71)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
Bienestar físico	14,86 (5,38)	23,06 (5,09)	23,73 (6,81)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
Bienestar psicologico	26,53 (6,52)	29,8 (2,67)	29,73 (2,12)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
Autonomía y relaciones parentales	26,60 (5,53)	26,06 (5,21)	26,93 (4,63)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	<i>ns</i>
Relaciones sociales	17,73 (2,86)	18,06 (2,01)	19 (1,19)	Pre-TAS vs Post-TAS	<i>Ns</i>
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
Ambiente escolar	14,73 (3,32)	17,73 (1,83)	17,86 (1,72)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***
KIDSCREEN_TOTAL	100,06 (14,24)	114,73 (7,57)	117,26 (6,67)	Pre-TAS vs Post-TAS	t <0,001 ***
				Pre-TAS vs Segui-TAS	t <0,001 ***

\* Efecto de tamaño pequeño (\*\* Efecto de tamaño medio \*\*\* Efecto de tamaño alto

En diferencias entre post-test y seguimiento salen significativas en SPAIB ( $p < 0,001$  \*\*\*)

#### 4.2.3. Análisis intra-grupo para la condición CS

Cuando realizamos las comparaciones en el grupo control sano no encontramos ninguna diferencia significativa en ninguna variable con tamaño del efecto alto.



## **V. DISCUSIÓN**

El primer objetivo de esta tesis doctoral era evaluar las diferencias entre TAS con especificador y TAS excluyendo el especificador en variables tales como la edad de inicio, la gravedad del trastorno y la comorbilidad con otros trastornos. Se esperaba encontrar una edad de inicio más tardía, un CSR más leve y menor comorbilidad en el grupo TAS con especificador. Los resultados obtenidos apoyan nuestras hipótesis a excepción de la edad de inicio. Actualmente existen muy pocos estudios que analicen estas posibles diferencias. Sin embargo, en un estudio reciente García-López et al. (en prensa) han encontrado resultados similares en una muestra de adultos, los participantes con nE-TAS tenían más trastornos comórbidos que el grupo E-TAS en dicho estudio.

El segundo objetivo de esta tesis fue analizar las diferencias entre el grupo E-TAS y nE-TAS en todas las escalas de nuestro estudio. Nuestras hipótesis postulaban que los adolescentes con E-TAS tienen menos sintomatología ansiosa, síntomas de depresión, CSR y más alta calidad de vida y autoestima en comparación con el grupo nE-TAS. Los resultados obtenidos ratifican nuestra hipótesis. Estos resultados son consistentes con los encontrados en Aderka, Nikerson, y Hofmann, 2012; Caballo Salazar, Iurrtia, Arias, y Hofmann, 2010; De Los Reyes, Bunnell, y Beidel, 2013; Garcia-Lopez et al., 2016; Olivares, Garcia-Lopez, Hidalgo, y Caballo, 2004; Ruscio, 2010) y confirman la idea de considerar la ansiedad social como un continuo (Beesdo-Baum et al., 2012; Hofmann, Richey, Sawyer, Asnaani y Rief, 2009; Knappe et al., 2014; Lebeau et al., 2012; Lebeau, Mesri, y Vraske, 2016).

El tercer objetivo de la tesis era comparar el grupo de ansiedad social con comorbilidad con aquellos puros. Nuestra hipótesis era encontrar mayor sintomatología en adolescentes que presentan trastornos comórbidos. Los datos revelaron que los adolescentes con TAS y trastornos comórbidos muestran una edad de inicio más temprana, mayores puntuaciones de ansiedad social, de depresión y perfeccionismo, más baja autoestima y calidad de vida. Estos datos van en consonancia con los estudios de Wittchen et al. (2000) y Bruce et al. (2005), quienes también hallaron que los participantes con trastornos comórbidos muestran una sintomatología más grave.

Nosotros esperábamos que los trastornos comórbidos más frecuentes fueran fobia específica y trastornos del estado de ánimo. Los datos apoyan una mayor frecuencia de trastornos comórbidos en el grupo nE-TAS, especialmente TAS y la agrupación con dos

trastornos de ansiedad: ansiedad generalizada y fobia específica (TAG y FE). Datos similares se han encontrado en estudios previos (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Garcia-Lopez, Bonilla y Muela Martínez, 2016; Ollendick, Öst, Reuterskiöld, y Costa, 2010; Viana et al., 2008). Con respecto al especificador de actuación del DSM-5, estos adolescentes muestran comorbilidad únicamente con un trastorno, ya sea TAG o Fobia específica. En comparación a los estudios antes mencionados, la presente investigación apunta a una gran co-ocurrencia del TAS con FE, seguida por TAG y TDAH. Sin embargo, cuando se constata la presencia de dos trastornos comórbidos, se ha hallado que en casi la mitad de los casos es el trastorno de ansiedad generalizada el que aparece como el primer trastorno comórbido, seguido de FE y episodio de depresión mayor. Esto revela una asociación única entre los trastornos. Investigaciones anteriores también han observado cómo las condiciones comórbidas para TAS tienden a dar forma a esta clase de asociaciones particulares (Baer & Garland, 2005; Garcia-Lopez et al., 2014, 2016; Hearn, Donovan, Spence, y March 2016; Ingul et al., 2014; Masia et al., 2005; Masia-Warner et al., 2007, 2016; Mesa et al., 2014; Olivares et al., 2002; Viana et al., 2008). Estos hallazgos muestran la necesidad de tratamientos que sean eficaces cuando los adolescentes padecen otros trastornos comórbidos. Además, estos resultados deben de ser tomados en cuenta en el proceso de evaluación diagnóstica. Así, se recomienda a los profesionales de salud mental prestar especial atención a la detección de trastornos comórbidos. En particular, si se halla un trastorno principal de TAS, sería conveniente explorar la presencia de FE y TAG. La alta comorbilidad entre TAG y TAS podría explicarse parcialmente gracias a los estudios de imágenes cerebrales que apuntaron a que tanto los adolescentes TAS como los que tenían TAG tuvieron una mayor activación de la amígdala, indicativa de una mayor vigilancia y una respuesta emocional ante la amenaza social (Hamm et al., 2014; Monk et al. 2008). Aunque hay un número significativo de publicaciones que han evidenciado asociaciones entre TAS, TAG y FE (p. ej., Seligman y Ollendick, 1998), existen pocos estudios disponibles que informen sobre el vínculo entre TAS y TDAH.

Referente a nuestro último objetivo planteado, el grupo TAS tratamiento muestra puntuaciones más bajas en ansiedad social, depresión y gravedad clínica, así como mayor autoestima y calidad vida cuando se compara con el grupo TAS control tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento. Nuestros resultados son consistentes con los encontrados en la implementación del protocolo IAFS original por Antona et al. (2012),

García-López (2000, 2007), García-López et. al. (2002, 2005, 2014) y Olivares et al. (2002, 2003).

# CONCLUSIONES

En base a los resultados de este estudio, se puede concluir que:

El adolescente con TAS con el especificador de actuación tiene menos trastornos comorbidos y menor CSR.

Existe un continuo en el trastorno de ansiedad social, donde aquellos que presentan el especificador de actuación muestran menos gravedad clínica en ansiedad y depresión.

Aquellos adolescentes que presentan TAS junto con la presencia de otros trastornos comórbidos exhiben una sintomatología más grave de ansiedad social y depresión.

El tratamiento IAFS produce cambios no sólo en medidas de ansiedad social sino también en una reducción de sintomatología depresiva, autoestima, calidad de vida (relacionada con el bienestar físico, ambiente escolar y relaciones sociales) y perfeccionismo (miedo a cometer errores).

## **LIMITACIONES**

A pesar de los potentes resultados obtenidos, hay una serie de limitaciones que cabe señalar. En primer lugar, los resultados relativos a la comorbilidad deben ser tomados con cautela, dada la reducción de la muestra al segmentar los datos. Otro aspecto a mejorar es la falta de homogeneidad en los trastornos comórbidos en el grupo TAS, es decir, no todos los adolescentes presentaban el mismo trastorno comórbido. Otra limitación a destacar es la falta de otro seguimiento más prolongado en el tiempo.



## LÍNEAS FUTURAS

Esta tesis estudio desvela incógnitas acerca del especificador de TAS en adolescentes y la comorbilidad. También abre las puertas a nuevas preguntas, las cuales marcan nuevas líneas de investigación:

-Estudios futuros pueden analizar las posibles diferencias que pueda haber entre los adolescentes con TAS en función de los trastornos comórbidos que padezcan.

- También sería conveniente comprobar la efectividad del tratamiento IAFS en función del tipo del trastorno y del número de trastornos comórbidos que lo acompañen.

-Próximos estudios pueden analizar el efecto de una intervención en adolescentes con el especificador de ansiedad social.

-Nuevas investigaciones deberían estudiar el papel de moderadores y mediadores adicionales que pueden influir en los resultados del tratamiento.

-La incorporación de nuevas estrategias como el *mindfulness* en el protocolo de intervención IAFS debería ser estudiada.

# DISCUSSION

The first objective of this doctoral thesis was to identify differences between the S-SAD group with the performance only specifier and the nS-SAD group without the specifier for age of onset, clinical severity rating, and comorbidity accompanied by other disorders. We expected S-SAD to have later age of onset, lower CSR levels, and less comorbidity. The results obtained support our hypothesis with the exception of age of onset. There are currently very few studies addressing S-SAD. However, García-López et al. (in press) found similar results in an adult sample, in which participants with S-SAD exhibited fewer comorbidity disorders than their nS-SAD peers.

The second objective was to analyze the differences between the S-SAD and nS-SAD groups for all scales in our study. We postulated that adolescents with S-SAD would have less anxious symptomatology, depression symptoms, a CSR, and higher quality of life and self-esteem compared to their nS-SAD counterparts. The results confirm our hypothesis. They also appear to be consistent with findings and reviews of other researchers (Aderka, Nikerson, & Hofmann, 2012; Caballo Salazar, Irturia, Arias, & Hofmann, 2010; De Los Reyes, Bunnell, & Beidel, 2013; Garcia-Lopez et al., 2016; Olivares, Garcia-Lopez, Hidalgo, & Caballo, 2004; Ruscio, 2010), and support the idea of viewing social anxiety as a continuum (Beesdo-Baum et al., 2012; Hofmann, Richey, Sawyer, Asnaani, & Rief, 2009; Knappe et al., 2014; Lebeau et al., 2012; Lebeau, Mesri, & Vraske, 2016).

The third objective was to compare the social anxiety group with comorbidity with those without comorbidity. Our hypothesis was that adolescents with comorbidity would have more symptoms of social anxiety than adolescents without comorbidity. The data revealed that adolescents with SAD and comorbid disorders show an earlier age of onset, higher social anxiety scores, depression and perfectionism, as well as lower self-esteem and quality of life. These data are consistent with the studies carried out by Wittchen et al. (2000) and Bruce et al. (2005), who also found that participants with comorbid disorders show a more severe symptomatology.

We expected the most frequent comorbid disorders to be specific phobia and mood disorders. The data support a greater frequency of comorbid disorders in the nS-SAD group, especially SAD and its grouping with two anxiety disorders: specific phobia and

generalized anxiety (SP and GAD). Similar data have been reported in previous studies (Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Garcia-Lopez, Bonilla, & Muela Martínez, 2016; Ollendick, Öst, Reuterskiöld, & Costa, 2010; Viana et al., 2008). With regard to the DSM-5 performance only specifier, these adolescents show comorbidity with only one disorder, either SP or GAD. In contrast to the aforementioned studies, the present research points to a high co-occurrence of SAD with SP, followed by GAD and ADHD. However, when two comorbid disorders are observed, generalized anxiety appears as the first comorbid disorder in almost half of all cases, followed by SP and major depression episode. This reveals a unique association between the disorders. Previous research has also observed how comorbid conditions for SAD tend to shape this particular kind of association (Baer & Garland, 2005; Garcia-Lopez et al., 2014, 2016; Hearn, Donovan, Spence, & March 2016; Ingul et al., 2014; Masia et al., 2005; Masia-Warner et al., 2007, 2016; Mesa et al., 2014; Olivares et al., 2002; Viana et al., 2008). These findings highlight the need for treatments that are effective when it comes to adolescents suffering from other comorbid disorders. In addition, these results must be taken into account in the diagnostic evaluation process. Thus, mental health professionals are recommended to pay special attention to the detection of comorbid disorders. In particular, if a major disorder of SAD is found, it would be convenient to explore the presence of SP and GAD. The high comorbidity between GAD and SAD could be partially explained thanks to the brain imaging studies reporting how both SAD and GAD adolescents showed greater activation of the amygdala, indicating increased vigilance and an emotional response to the social threat (Hamm et al., 2014; Monk et al., 2008). Although there are a significant number of publications that have demonstrated associations between SAD, GAD and SP (e.g., Seligman & Ollendick, 1998), there are few studies available that report on the link between SAD and ADHD.

Regarding our last proposed objective, the SAD treatment group shows lower scores in social anxiety, depression and clinical severity, as well as higher self-esteem and quality of life when compared to the SAD control group in both post-treatment and follow-up. Our results are consistent with those found when implementing the original IAFS protocol developed by Antona et al. (2002), Garcia-López (2000, 2007), Garcia-López et al. (2002, 2005, 2014), and Olivares et al. (2002, 2003).

## **CONCLUSIONS**

Based on the results of this study, we can draw the following conclusions:

Adolescents with SAD and the performance only specifier have fewer comorbid disorders and a lower CSR than their peers with SAD but excluding the performance only specifier.

There is a continuum in social anxiety disorder, where those who present the performance only specifier have less clinical severity in anxiety and depression.

Those adolescents who present SAD alongside other comorbid disorders exhibit more severe symptomatology of social anxiety and depression.

IAFS treatment produces changes not only in measures of social anxiety but also in a reduction of depressive symptomatology, self-esteem, quality of life related to physical well-being, school environment and social relations), and perfectionism (fear of making mistakes).

## **LIMITATIONS**



Despite the powerful results obtained, there are a number of limitations that should be noted. First, the results regarding comorbidity data should be interpreted with caution, given that the groups sampled was small. Another aspect that calls for improvement is the lack of homogeneity in the comorbid disorders corresponding to the SAD group; that is, not all adolescents had the same comorbid disorder. A third limitation worth highlighting is the lack of another longer follow-up over time.

## **FUTURE LINES OF RESEARCH**

This thesis study not only reveals uncertainties about the performance only specifier of SAD in adolescents and comorbidity, but it also brings to the fore new questions which mark new lines of research:

- Future studies can analyze the possible differences that may exist among adolescents with SAD depending on the comorbid disorders they suffer from.
- Testing the efficacy of IAFS treatment depending on the type of disorder and the number of comorbid disorders experienced would be desirable.
- Subsequent studies can analyze the effect of an intervention on adolescents with the social anxiety specifier.
- Further research should study the role played by additional moderators and mediators that may influence the treatment results.
- Incorporating new strategies such as mindfulness into the IAFS intervention protocol should be considered.

## **REFERENCIAS**

- Albano, A. Aderka, I. M., Nikerson, A., & Hofmann, S. G. (2012). Admixture analysis of the diagnostic subtypes of social anxiety disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jbtep.2011.10.012
- Akram, U., Ellis, J. G., Myachykov, A., Chapman, A. J., & Barclay, N. L. (2017). Anxiety mediates the relationship between multidimensional perfectionism and insomnia disorder. *Differences, Personality and Individual*, 104, 82-86.
- Albano, A. M. & Silverman, W. K. (2017). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-5, Child and Parent versions*. New York: Oxford University Press
- M., & Hayward, C. (2004). Social anxiety disorder. Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: *A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, 198-235.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1996). *Childhood anxiety disorders*.
- Albano, A. M., Marten, P. A., & Holt, C. S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Unpublished manuscript.
- Antona Casas, C. J., Delgado Álvarez, M. D. C., García López, L. J., & Estrada Aranda, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1).
- Arrindell WA, Kwee MG, Methorst GJ, Van der Ende J, Pol E, Moritz BJ (1989) Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *Br J Psychiatry* 155:526–535
- Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*.
- Asnaani, A., Aderka, I. M., Marques, L., Simon, N., Robinaugh, D. J., & Hofmann, S. G. (2015). The structure of feared social situations among race-ethnic minorities and Whites with social anxiety disorder in the United States. *Transcultural psychiatry*, 52(6), 791-807. ISO 690

- Aydin, A., & Sütcü, S. T. (2007). Validity and reliability of social anxiety scale for adolescents (SAS-A). *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 79-89.
- Bados, A. (2009). Fobia Social: naturaleza, evaluación y tratamiento. Unpublished manuscript. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Barcelona. Barcelona, España. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/6321>.
- Baer, S., & Garland, E. J. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 258-264.
- Baños, R. M., & Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological reports*, 87(1), 269-274.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University Press. Accessed on April, 24, 2014.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333.
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., Bedrosian, R. C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of general psychiatry*, 42(2), 142-148.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 21(3), 457-478.

- Beesdo-Baum, K., Klotsche, J., Knappe, S., Craske, M.G., LeBeau, R.T., Hoyer, J. et al. (2012). Psychometric properties of the dimensional anxiety scales for DSM-V in an unselected sample of German treatment seeking patients. *Depression and Anxiety*, doi:10.1002/da.21994
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., & Wittchen, H. U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411-425.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C. A., & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 831-846.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643-650.
- Binelli, C., Ortiz, A., Muñoz, A., Gelabert, E., Ferraz, L., Alaor Filho, S., ... & Martín-Santos, R. (2012). Eventos negativos na infância e ansiedade social em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Black, J. J., Clark, D. B., Martin, C. S., Kim, K. H., Blaze, T. J., Creswell, K. G., & Chung, T. (2015). Course of alcohol symptoms and social anxiety disorder from adolescence to young adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(6), 1008-1015.
- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Frala, J. L., Badour, C. L., & Ham, L. S. (2010). Social anxiety and motives for alcohol use among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 529.
- Boone, L., Claes, L., & Luyten, P. (2014). Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach. *Eating behaviors*, 15(1), 17-23.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American journal of public health*, 100(3), 468-475.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & 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(3), 467-486.

- Brown, G. P., & Beck, A. T. (2002). Dysfunctional attitudes, perfectionism, and models of vulnerability to depression. *Perfectionism: Theory, research, and treatment*, 231-251.
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., & Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological assessment*, 23(4), 1023.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187.
- Buckner, J. D., & Heimberg, R. G. (2010). Drinking behaviors in social situations account for alcohol-related problems among socially anxious individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 640.
- Burton, R. (1845). *The anatomy of melancholy*, vol. 1, 11ª edición. Londres: Thomas Tegg, Cheapside
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1(1), 73-99.
- Caballo, V. E., & Salazar, I. C. (2017). Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: el " cuestionario de habilidades sociales"(CHASO). *Psicología Conductual*, 25(1), 5.
- Caballo, V. E., Calderero, M., Carrillo, G. B., Salazar, I. C., & Jesus Irurtia, M. (2011). Bullying and social anxiety in children (II): proposal of a new recreational intervention program. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 19(3), 611-626.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carroble, J. A. I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Caballo, V. E., Carrillo, G. B., & Ollendick, T. H. (2015). Eficacia de un programa lúdico de entrenamiento en habilidades sociales para la intervención sobre la ansiedad social en niños. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 403-427.



- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., & CISO-A Research Team. (2007). Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16(2), 163-187.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 401-423.
- Caballo, V., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.
- Calvete, E., Sampedro, A., & Orue, I. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la "escala de atención y conciencia plena para adolescentes"(mindful attention awareness scale-adolescents) (MAAS-A). *Psicología Conductual*, 22(2), 277.
- Carrasco, Á., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2009). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y modificación de Conducta*, 35(152).
- Chartier MJ, Walker JR, Stein MB (2001) Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychol Med* 31:307–315. doi: 10.1017/S0033291701003348
- Chronis-Tuscano, A., Degnan, K. A., Pine, D. S., Perez-Edgar, K., Henderson, H. A., Diaz, Y., ... & Fox, N. A. (2009). Stable early maternal report of behavioral inhibition predicts lifetime social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 928-935.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41(68), 00022-3.
- Crome, E., & Baillie, A. (2014). Mild to severe social fears: Ranking types of feared social situations using item response theory. *Journal of anxiety disorders*, 28(5), 471-479.
- Crome, E., Grove, R., Baillie, A. J., Sunderland, M., Teesson, M., & Slade, T. (2015). DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 227-235.
- Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psicologica*, 35, 249-263.

- Dalrymple, K. L., Herbert, J. D., & Gaudiano, B. A. (2007). Onset of illness and developmental factors in social anxiety disorder: preliminary findings from a retrospective interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(2), 101-110.
- De Bruin, E. I., Zijlstra, B. J., van de Weijer-Bergsma, E., & Bögels, S. M. (2011). The mindful attention awareness scale for adolescents (MAAS-A): Psychometric properties in a Dutch sample. *Mindfulness*, 2(3), 201-211.
- de la Sociedad, G. D. T. (1995). Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 29-40.
- De Los Reyes, A., Bunnell, B. E., & Beidel, D. C. (2013). Informant discrepancies in adult social anxiety disorder assessments: Links with contextual variations in observed behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, doi: 10.1037/a0031150.
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., ... & Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 42, 30-44.
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., ... & Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 42, 30-44.
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2004). CDI. Inventario de depresión infantil. Madrid: TEA Ediciones.
- Delgado, B., Inglés, C. J., & García-Fernández, J. M. (2013). Social anxiety and self-concept in adolescence. *Revista de Psicodidáctica*, 18(1).
- Di Blasi, M., Cavani, P., Pavia, L., Lo Baido, R., La Grutta, S., & Schimmenti, A. (2015). The relationship between self-Image and social anxiety in adolescence. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(2), 74-80.
- DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). DSM 5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ehrenreich-May, J., & Chu, B. C. (Eds.). (2013). Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice. Guilford Publications.

- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 831-843.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 831-843.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H., & Kalin, N. H. (2009). Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 40-46.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., ... & Bartolozzi, D. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15(1), 17-24.
- Feerick, M. M., & Snow, K. L. (2005). The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. *Journal of Family Violence*, 20(6), 409-419.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(4), 257-265.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.
- Festa, C. C., & Ginsburg, G. S. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 291-306.
- Frost, R. O., Glossner, K., & Maxner, S. (2010). Social anxiety disorder and its relationship to perfectionism. *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives*, 119-145.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.
- Fuentes-Rodríguez, García-Trujillo y García López, (2017) Exploring the role of the DSM-5 performance-only specifier in adolescents with social anxiety disorder. En prensa.
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Vicent, M., González, C., Gómez-Núñez, M. I., & Poveda-Serra, P. (2016). Perfeccionismo durante la infancia y la adolescencia.

Análisis bibliométrico y temático (2004-2014). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 79-88.

- García-López, L. J. (2007). Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones.
- García-López, L. J. (2014). *Tratando... trastorno de ansiedad social*. Ediciones Pirámide.
- García-López, L. J. (2007,2000). Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones.
- Garcia-Lopez, L. J., Beidel, D. C., Muela-Martinez, J. A., Espinosa-Fernandez, L. (2017). Optimal cut-off score of the Social Phobia and Anxiety Inventory-Brief form. Detecting DSM-5 social anxiety disorder and performance-only specifier. *European Journal of Psychological Assessment*. doi: 10.1027/1015-5759/a000324
- Garcia-Lopez, L. J., Bonilla, N., & Muela-Martinez, J. A. (2016). Considering comorbidity in adolescents with social anxiety disorder. *Psychiatry investigation*, 13(5), 574-576.
- Garcia-Lopez, L. J., del Mar Díaz-Castela, M., Muela-Martinez, J. A., & Espinosa-Fernandez, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement?. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 812-822.
- Garcia-Lopez, L. J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., Olivares, J., & Turner, S. (2008). Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(3), 150-156.
- Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 175-191.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. D. M., & Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501-533.

- Garcia-Lopez, L. J., Sáez-Castillo, A. J., Beidel, D., & La Greca, A. M. (2015). Brief measures to screen for social anxiety in adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(8), 562-568.
- Gautreau, C. M., Sherry, S. B., Mushquash, A. R., & Stewart, S. H. (2015). Is self-critical perfectionism an antecedent of or a consequence of social anxiety, or both? A 12-month, three-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 82, 125-130.
- Gavino, A., Nogueira, R., Pérez-Costillas, L., & Godoy, A. (2017). Psychometric Properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in Spanish Children and Adolescents. *Assessment*, 1073191117740204.
- Ghazwani, J. Y., Khalil, S. N., & Ahmed, R. A. (2016). Social anxiety disorder in Saudi adolescent boys: Prevalence, subtypes, and parenting style as a risk factor. *Journal of family & community medicine*, 23(1), 25.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal" social'conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy.
- Glashouwer, K. A., Vroling, M. S., de Jong, P. J., Lange, W. G., & de Keijser, J. (2013). Low implicit self-esteem and dysfunctional automatic associations in social anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(2), 262-270.
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24(1), 29.
- Góngora, V. F. M. & Castro, A.,(2010). Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 7, 24-30.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., ... & Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(4), 259-267.

- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.
- Gulley, L. D., Oppenheimer, C. W., & Hankin, B. L. (2014). Associations among negative parenting, attention bias to anger, and social anxiety among youth. *Developmental Psychology*, 50(2), 577-585. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033624>
- Hamm, L. L., Jacobs, R. H., Johnson, M. W., Fitzgerald, D. A., Fitzgerald, K. D., Langenecker, S. A., et al. (2014). Aberrant amygdala functional connectivity at rest in pediatric anxiety disorders. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 4, 15-15.
- Hayes, S. C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. *Dialogues on verbal behavior*, 19-40.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-7267
- Hearn, C.S., Donovan, C.L., Spence, S.H., & March, S. (2016). A worrying trend in Social Anxiety: To what degree are worry and its cognitive factors associated with youth Social Anxiety Disorder? *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2016.09.052
- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. A. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. En *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety*, 189-212.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K., & Rosenbaum, J. F. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: a five-year follow-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(3), 225-233.
- Hofmann, S. G., Richey, J.A., Sawyer, A. T., Asnaani, A., & Rief, W. (2009). Social Anxiety Disorder and the DSM-V. In D. McKay, J. Abramowitz, S. Taylor,

& G. J. G. Asmundson (Eds.), *Current Perspectives on the Anxiety Disorders: Implications for DSM-V and Beyond*. (pp. 411-429). New York, NY: Springer Publishing.

- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety.
- Huber, L. (2016). *The role of social support and self-concept in victimization and social anxiety in adolescence* (Doctoral dissertation, Northern Illinois University).
- Hudson, J. L., & Dodd, H. F. (2012). Informing early intervention: Preschool predictors of anxiety disorders in middle childhood. *PLoS One*, 7(8), e42359.
- Hudson, J. L., Dodd, H. F., & Bovopoulos, N. (2011). Temperament, family environment and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 939.
- Inderbitzen-Nolan, H., Davies, C. A., & McKeon, N. D. (2004). Investigating the construct validity of the SPAI-C: comparing the sensitivity and specificity of the SPAI-C and the SAS-A. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 547-560.
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., & Carrillo, F. X. M. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social de?. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 91-104.
- Ingles, C. J., La Greca, A. M., Marzo, J. C., Garcia-Lopez, L. J., & Garcia-Fernandez, J. M. (2010). Social Anxiety Scale for Adolescents: Factorial invariance and latent mean differences across gender and age in Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 847-855.
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García-Fernández, J. M., García-López, L. J., Delgado, B., & Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3).
- Ingul, J. M., Aune, T., & Nordahl, H. M. (2014). A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 54-61.
- Izgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., & Kuğu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 630-634.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: F. Alcan

- Jiménez-López, L. M., & Cárdenas, S. J. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(1), 37-50.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21(3), 403-410.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171.
- Karp, J., & Dugas, M. J. (2003). Stuck behind a wall of fear: How cognitive-behavior therapy helped one woman with social phobia. *Clinical Case Studies*, 2(3), 171-187.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 37-61.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.
- Keller, M. B. (2006). Social anxiety disorder clinical course and outcome: review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *The Journal of clinical psychiatry*, 67, 14-19.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100.
- Kerns, C. E., Comer, J. S., Pincus, D. B., & Hofmann, S. G. (2013). Evaluation of the proposed social anxiety disorder specifier change for dsm-5 in a treatment-seeking sample of anxious youth. *Depression and anxiety*, 30(8), 709-715. ISO 690
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & 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(1), 8-19.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. sc: BasicBooks.
- Knappe, S., Klotsche, J., Heyde, F., Hiobm S., Siegert, J., Hoyer, J. et al. (2014). Test– retest reliability and sensitivity to change of the dimensional anxiety scales for DSM-5. *CNS Spectrums*, doi: 10.1017/S1092852913000710



- Knappe, S., Sasagawa, S., & Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In *Social Anxiety and Phobia in Adolescents* (pp. 39-70). Springer International Publishing.
- Knappe, S., Sasagawa, S., & Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In *Social Anxiety and Phobia in Adolescents* (pp. 39-70). Springer International Publishing.
- Kovacs, M. (1983). The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged children. Unpublished manuscript.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacol. Bull.*, 21, 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory: Manual*. Multi-Health Systems.
- Koyuncu, A., & Binbay, Z. (2014). Comorbidity of Social Anxiety Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(1), 10-21.
- Koyuncu, A., Ertekin, E., Binbay, Z., Özyıldırım, İ., Yüksel, Ç., & Tükel, R. (2014). The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Comprehensive psychiatry*, 55(2), 363-369.
- Krieg, A., & Xu, Y. (2015). Ethnic differences in social anxiety between individuals of Asian heritage and European heritage: *A meta-analytic review*.
- Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ (2011) Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 25:467–473.doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.011
- La Greca A.M., & Lopez N, 1998. Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendship. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 26, 83-94.
- Lebeau, R.T., Glenn, D.E., Hanover, L.N., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H-U., & Craske, M.G. (2012). A dimensional approach to measuring anxiety for DSM-5. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, doi: 10.1002/mpr.1369
- Lebeau, R.T., Mesri, B., & Craske, M.G. (2016). The DSM-5 social anxiety disorder severity scale: Evidence of validity and reliability in a clinical sample. *Psychiatry Research*, doi: 10.1016/j.psychres.2016.07.024
- Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2015). Negative social-evaluative fears produce social anxiety, food intake, and body dissatisfaction: evidence of similar

mechanisms through different pathways. *Clinical Psychological Science*, 3(5), 744-757.

- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, 57(9), 859-866.
- Lipsitz, J. D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., ... & Fyer, A. J. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(6), 542-553.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., & Cherry, S. (1997). Manual for interpersonal psychotherapy of social phobia. Unpublished Manuscript. Columbia University College of Physicians and Surgeons.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., Cherry, S., & Fyer, A. J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1814-1816.
- Lundh, L. G., & Öst, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(1), 4-16.
- MacKenzie, M. B., & Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 427-434.
- Masia Warner, C., Colognori, D., Brice, C., Herzig, K., Mufson, L., Lynch, C., ... & Ryan, J. (2016). Can school counselors deliver cognitive-behavioral treatment for social anxiety effectively? A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1229-1238.
- Masia Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 676-686.
- Masia Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 676-686.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot

- study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 780-786.
- Masia, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 707-722. doi: 10.1007/s10802-005-7649-z
  - Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M., & Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13), 150-163.
  - Mersch, P., Hildebrand, M., Mavy, E. H., Wessel, I., & Van Hout, W. J. (1992). Somatic symptoms in social anxiety: A treatment method based on rational emotive therapy and 109 paradoxical interventions. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 199–211.
  - Mesa, F., Beidel, D. C., & Bunnell, B. E. (2014). An examination of psychopathology and daily impairment in adolescents with social anxiety disorder. *PloS one*, 9(4), e93668.
  - Michiel Westenberg, P., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M., & Treffers, P. D. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 481-495.
  - Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., Bradley, B. P., Mai, X., Louro, H. M. C., et al. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 568-576.
  - Montt, M. E., & Chávez, F. U. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*, 19(3), 30-35.
  - Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
  - Morris, E. P., Stewart, S. H., & Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical psychology review*, 25(6), 734-760.

- Nakagami, Y., Ii, T., Russ, T. C., Marques, J. G., Riese, F., Sönmez, E., ... & Akiyama, T. (2017). Taijin kyofusho: A culture-bound diagnosis discussed by Japanese and international early career psychiatrists. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(2), 146-146.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 235-243.
- Olivares Rodríguez, J., Piqueras Rodríguez, J. A., & Alcázar, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18(2).
- Olivares, J. Garcia-Lopez, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M., & Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicologia Conductual [Behavioral Psychology]*, 10, 147-164.
- Olivares, J. y Caballo, V. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J., & García-López, L. J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14(2), 405-409.
- Olivares, J., García López, L. J., Hidalgo, M. D., Greca, A. M. L., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3).
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51(1), 44-58.
- Ollendick, T.H, Benoit, K.E, & Grills-Taquechel, A.E. (2013). Social anxiety disorder in children and adolescents. En J. W. Weeks (Ed.), *The wiley blackwell handbook of social anxiety disorder*, 181-200. Reino Unido: Ohn Wiley & Sons, Ltd, Chichester.
- Ollendick, T.H., Öst, L-G., Reuterskiöld, L., & Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 827-831.

- Ono, Y., Yoshimura, K., Yamauchi, K., Asai, M., Young, J., Fujuhara, S., & Kitamura, T. (2001). Taijin kyofusho in a Japanese community population. *Transcultural psychiatry*, 38(4), 506-514.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 115-120.
- Ortega, A. O. (2016). Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad (Doctoral dissertation, Universidad de Jaén).
- Pamies, L., & Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de psicología*, 30(2), 620-626.
- Pavlova, T. S., & Kholmogorova, A. B. (2017). Psychological factors of social anxiety in Russian adolescents. *Psychology in Russia: state of the art*, 179.
- Peyre, H., Hoertel, N., Rivollier, F., Landman, B., McMahon, K., Chevance, A., ... & Limosin, F. (2016). Latent class analysis of the feared situations of social anxiety disorder: A population-based study. *Depression and anxiety*, 33(12), 1178-1187.
- Piqueras, J. A., Olivares, J., & Hidalgo, M. D. (2012). Screening utility of the Social Anxiety Screening Scale in Spanish speaking adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 15(2), 710-723.
- Piqueras, J. A., Olivares, J., & López-Pina, J. A. (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 67-77.
- Prinstein, M. J., & La Greca, A. M. (2002). Peer crowd affiliation and internalizing distress in childhood and adolescence: a longitudinal follow-back study. *Journal of Research on Adolescence*, 12(3), 325-351.
- Prinstein, M. J., & La Greca, A. M. (2002). Peer crowd affiliation and internalizing distress in childhood and adolescence: a longitudinal follow-back study. *Journal of Research on Adolescence*, 12(3), 325-351.
- Quero, S., Baños, R. M., Botella, C., & Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 429-458.

- Ranta, K., Junttila, N., Laakkonen, E., Uhmavaara, A., La Greca, A. M., & Niemi, P. M. (2012). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): measuring social anxiety among Finnish adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(4), 574-591.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S., & Marttunen, M. (2013). Peer victimization and social phobia: a follow-up study among adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(4), 533-544
- Ranta, K., La Greca, A. M., Garcia-Lopez, L. J., & Marttunen, M. (2015). Social Anxiety and Phobia in Adolescents.
- Ranta, K., Tuomisto, M. T., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2014). Cognition, imagery and coping among adolescents with social anxiety and phobia: testing the Clark and Wells model in the population. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(3), 252-263.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756.
- Rapee, R. M., & Melville, L. F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5(1), 7-11.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology review*, 24(7), 737-767.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., & Wille, N. (2001). the European KIDSCREEN group. *Mental health of children and adolescents in*, 12, 154-63.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., ... & Mazur, J. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 5(3), 353-364.
- Rodríguez, M. A. MV Del barrio, MA Carrasco, 2009. Consistencia Interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(1), 51-60.
- Rodríguez-Jiménez, T., Blasco, L., & Piqueras, J. A. (2014). Relación entre subtipos de sintomatología obsesivo compulsiva y de perfeccionismo en adolescentes. *Psicología Conductual*, 22(2), 203.

- Rosenberg, M. (1965). The measurement of self-esteem. *Society and the adolescent self-image*, 297, V307.
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23(4), 937-957.
- Ruscio, A. M. (2010). The latent structure of social anxiety disorder: consequences of shifting to a dimensional diagnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, doi: 10.1037/a0019341
- Salvador, (2009). "Ser eu próprio entre os outros". Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada (Tesis doctoral). Universidade de Coimbra.
- Salavodor, (2017). Old problems, innovative approaches: using acceptance and commitment therapy (ACT) for helping children and adolescents. 3º International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents. Conferencia llebada a cabo en Sevilla.
- Scappatura, L., Bidacovich, G., Falivelli, M. B. B., & Rutzstein, G. (2017). Dimensiones del perfeccionismo (adaptativo y desadaptativo) en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 8(2), 131-141.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general Psychiatry*, 49(4), 282-288.
- Seligman, L.D. and Ollendick, T.H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 125-144.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773-791.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- Silverman, W.K. y Kurtimen, W.M. (1996). *Anxiety and phobic disorders: A pragmatic approach*. Nueva York: Plenum Press

- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 18-25.
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 629.
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Kenardy, J. A., & Hearn, C. S. (2017). Generic versus disorder specific cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in youth: A randomized controlled trial using internet delivery. *Behaviour research and therapy*, 90, 41-57.
- Sportel, B. E., de Hullu, E., de Jong, P. J., & Nauta, M. H. (2013). Cognitive bias modification versus CBT in reducing adolescent social anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 8(5), e64355.
- Sportel, B. E., Nauta, M. H., de Hullu, E., & de Jong, P. J. (2013). Predicting internalizing symptoms over a two year period by BIS, FFFS and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 236-240.
- Stein, M.B. (1997). Phenomenology and epidemiology of social phobia. *International Clinical of Psychopharmacology*, 12 (suppl. 6), S23-S26
- Storch, E.A. y Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27, 351-362.
- Sullivan, H. S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. *Journal of consulting psychology*, 17(5), 401.
- Sunderland, M., Crome, E., Stapinski, L., Baillie, A. J., & Rapee, R. M. (2016). From fear to avoidance: factors associated with the onset of avoidance in people who fear social situations. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7(4), 534-548.
- Tepe, E., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2012). The impact of comorbid cannabis use disorders on the clinical presentation of social anxiety disorder. *Journal of psychiatric research*, 46(1), 50-56.



- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., ... & Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of anxiety disorders*, 12(3), 209-223.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 101(2), 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., & Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 381-390.
- Urzúa, A., Cortés, E., Vega, S., Prieto, L., & Tapia, K. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de vida KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Terapia psicológica*, 27(1), 83-92.
- Väänänen, J. M., Fröjd, S., Ranta, K., Marttunen, M., Helminen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *Journal of affective disorders*, 133(1), 97-104.
- van Tuijl, L. A., de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: a longitudinal study in adolescents. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(1), 113-121.
- Viana, A. G., Rabian, B., & Beidel, D. C. (2008). Self-report measures in the study of comorbidity in children and adolescents with social phobia: *Research and clinical utility*. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 781-792.
- Vieira, S., Salvador, C., Matos, A. P., Garcia-Lopez, L. J. & Beidel, D. C. (2013). Inventario de Fobia & Ansiedad Social-version Breve: Propiedades psicometricas en una muestra de adolescentes portuguesas [SPAI-B in Portuguese adolescents]. *Behavioral Psychology*, 21, 25-38.
- Weeks, M., Coplan, R. J., & Kingsbury, A. (2009). The correlates and consequences of early appearing social anxiety in young children. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 965-972.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 617-641.

- Wong, Q. J., & Rapee, R. M. (2015). The developmental psychopathology of social anxiety and phobia in adolescents. In *Social Anxiety and Phobia in Adolescents* (pp. 11-37). Springer International Publishing.
- Wong, Q. J., & Rapee, R. M. (2015). The developmental psychopathology of social anxiety and phobia in adolescents. In *Social Anxiety and Phobia in Adolescents* (pp. 11-37). Springer International Publishing.
- Wu, P., Goodwin, R. D., Fuller, C., Liu, X., Comer, J. S., Cohen, P., & Hoven, C. W. (2010). The relationship between anxiety disorders and substance use among adolescents in the community: specificity and gender differences. *Journal of youth and adolescence*, 39(2), 177-188.
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz Journal of youth and adolescence, 39(2), 177-188., M. R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 12-19.
- Yap, K., Gibbs, A. L., Francis, A. J., & Schuster, S. E. (2016). Testing the bivalent fear of evaluation model of social anxiety: The relationship between fear of positive evaluation, social anxiety, and perfectionism. *Cognitive behaviour therapy*, 45(2), 136-149.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*, 17(3), 173-179.
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., ... & Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 389-397.
- Zhou, X., Xu, Q., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., & La Greca, A. M. (2008). Reliability and validity of the Chinese version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(2), 185-200.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19(4).

- Zubeidat, I., Freire, J. C. S., & Parra, A. F. (2007). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(3), 147-162.