

Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares?

Ihab Zubeidat¹ (*Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid, España*), Antonio Fernández-Parra (*Universidad de Granada, España*), Juan Carlos Sierra (*Universidad de Granada, España*) y José María Salinas (*Universidad de Granada, España*)

(Recibido 25 de enero 2006 / Received January 25, 2006)

(Aceptado 29 de septiembre 2006 / Accepted September 29, 2006)

RESUMEN. El objetivo de este estudio descriptivo transversal fue evaluar las diferencias y similitudes entre la ansiedad social específica y generalizada en una muestra de adolescentes españoles. Para ello, un total de 1.012 jóvenes fueron evaluados, en su entorno escolar, mediante una serie de pruebas que miden variables demográficas, ansiedad social, competencias psicosociales y distintos problemas clínicos. Dos grupos de ansiedad social (específica, $n = 50$; generalizada, $n = 38$) fueron establecidos en función de un doble criterio cuantitativo mediante la Escala de Ansiedad en Interacción Social. Los resultados indicaron que no había diferencias significativas entre los dos grupos respecto a las variables demográficas y competencias psicosociales evaluadas. Las únicas diferencias significativas encontradas fueron obtenidas en las variables referidas a la actuación e interacción en situaciones sociales, donde los adolescentes con ansiedad social generalizada puntuaron más alto que los que presentaban ansiedad social específica. Parece ser que el patrón de las diferencias en los niveles de ansiedad va asociado a las propias situaciones de actuación e interacción social.

PALABRAS CLAVE. Ansiedad social específica. Ansiedad social generalizada. Índices clínicos. Adolescentes. Estudio descriptivo transversal.

¹ Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Juan del Rosal, 10. 28040 Madrid (España). E-mail: izubeidat@psi.uned.es

ABSTRACT. The aim of this transversal descriptive study was to assess the differences and similarities between the specific and generalized social anxiety in a sample of Spanish adolescents. For this purpose, a total of 1.012 young people were assessed - at school - by means of some measurements that assess demographic variables, psychosocial competences and different clinical problems. The specific ($n = 50$) and generalized ($n = 38$) social anxiety groups were established according to a double quantitative criterion based on the Social Interaction Anxiety Scale. The results indicated that no significant differences in the assessed demographic variables and psychosocial competences were found between these two groups of social anxiety. The difference between the mean scores in the social anxiety groups was significant only in the variables that referred to the social interaction and performance situations. In these variables, the generalized social anxiety group punctuated significantly higher than the specific social anxiety one. It seems that the different patterns in anxiety levels are associated to the situations of social interaction themselves and performance situations.

KEYWORDS. Specific social anxiety. Generalized social anxiety. Clinical indexes. Adolescents. Transversal descriptive study.

RESUMO. O objectivo deste estudo descritivo transversal foi avaliar as diferenças e as semelhanças entre a ansiedade social específica e a generalizada numa amostra de adolescentes espanhóis. Para isso, um total de 1.012 jovens foram avaliados, no seu ambiente escolar, mediante uma série de provas que medem variáveis demográficas, ansiedade social, competências psicossociais e problemas clínicos distintos. Dois grupos de ansiedade social (específica, $n = 50$; generalizada, $n = 38$) foram estabelecidos em função de um duplo critério quantitativo através da Escala de Ansiedade em Interação Social. Os resultados indicaram que não havia diferenças significativas entre os grupos a respeito das variáveis demográficas e competências psicossociais avaliadas. As únicas diferenças significativas encontradas foram obtidas em variáveis referidas na actuação e interacção em situações sociais, donde os adolescentes com ansiedade social generalizada pontuaram mais alto que os que apresentavam ansiedade social específica. Parece que o padrão das diferenças nos níveis de ansiedade está associado às próprias situações de actuação e interacção social.

PALAVRAS CHAVE. Ansiedade social específica. Ansiedade social generalizada. Índices clínicos. Adolescentes. Estudo descritivo transversal.

Introducción

La ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso a hacer el ridículo y a ser humillado o abochornado por los demás en situaciones sociales (American Psychiatric Association, 2000). La sensibilidad a la ansiedad en los niños y adolescentes puede ser un factor de riesgo para manifestar algún trastorno de ansiedad, inclusive la ansiedad social (Tortella-Feliu, Servera, Balle y Fullana, 2004). Los niños diagnosticados con algún trastorno de ansiedad informan de más quejas somáticas que aquellos sin trastornos de ansiedad (Hofflich, Hughes y Kendall, 2006). Los trabajos actuales sobre la ansiedad social se preocupan por el estudio de diferentes subtipos de la misma, ya que

desde la aparición del *DSM-III-R* se considera la existencia de un subtipo generalizado caracterizado por el miedo a la mayoría de las situaciones sociales. Sin embargo, el estudio de la sensibilidad de las medidas para el tratamiento de este subtipo en población infanto-juvenil todavía es muy reciente (Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006; Olivares *et al.*, 2005). Por otra parte, otros autores (Levin *et al.*, 1993; Liebowitz *et al.*, 1988) plantean de forma coincidente con el *DSM-III-R* otro subtipo al que denominan como “específico”, “no generalizado”, “circunscrito” o “limitado”. Del mismo modo, en muestras clínicas también se acepta la existencia de dos subtipos de ansiedad social, denominados como generalizado y no generalizado (Chavira y Stein, 2002; Stein y Chavira, 1998). Según esto, la ansiedad social puede tomar dos formas: específica y generalizada. La primera hace referencia a una serie de estímulos concretos productores de ansiedad, tales como hablar, comer, beber, escribir o asearse en público, mientras que la segunda está relacionada con una variedad de situaciones sociales, donde el trastorno se manifiesta en la mayor parte de las interacciones interpersonales, sin limitarse a determinadas situaciones específicas (Mattick y Peters, 1988).

Parece ser que a algunos individuos les generan miedo las situaciones sociales asociadas a la actuación personal, mientras que a otros les producen temor las situaciones sociales ligadas al trato social. Esta distinción entre ambos subtipos fue reflejada en algunas medidas de la ansiedad social (Liebowitz, 1987). También se ha intentado diferenciar los dos subtipos de la ansiedad social en la manera en que la ansiedad se generaliza a otras situaciones sociales temidas. Mientras que algunas personas muestran miedo a una única actividad (por ejemplo, hablar en público), otras experimentan temor a varias situaciones interpersonales, aludiendo a la ansiedad social específica y generalizada, respectivamente. En general, las dos formas de ansiedad social guardan semejanzas referentes a la edad de inicio, historia familiar y algunas características demográficas, aunque la segunda es más crónica, más perjudicial y mantiene mayor comorbilidad con otros trastornos que la primera. Se ha señalado que la ansiedad social generalizada tiene un comienzo más temprano que la ansiedad social no generalizada, acompañada de bajos niveles de escolarización y de elevados niveles de ansiedad y depresión en actividades sociales (Gelernter, Stein, Tancer y Uhde, 1992; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer y Liebowitz, 1991). Como consecuencia, las personas con ansiedad social generalizada experimentan una mayor interferencia en la vida y una mayor severidad clínica (Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Holt *et al.*, 1992; Turner, Beidel y Townsley, 1992). Todo ello indica que la posible distinción de los dos subtipos de ansiedad social es una cuestión de grado, es decir, que las diferencias son cuantitativas. Esta polémica en la distinción cuantitativa *versus* cualitativa entre los dos subtipos de la ansiedad social fue reflejada en la revisión reciente realizada por Zubeidat, Sierra y Fernández-Parra (en prensa).

En la actualidad, se busca una distinción más sólida entre los dos tipos de ansiedad social. Así, Hofmann (2000) plantea si estos subtipos se encuentran mejor definidos como variantes del mismo trastorno o constituyen diferentes categorías con características fenotípicas similares. En esta línea, el *DSM-IV-TR* no se ha preocupado por mostrar unas directrices firmes que lleven a realizar un diagnóstico preciso de la ansiedad social generalizada al no limitar el número exacto de situaciones sociales que definen a la

misma. Paradójicamente, si nos guiamos únicamente por el criterio cuantitativo, la mayoría de los sujetos se incluiría dentro de la categoría de ansiedad social no generalizada, ya que es más frecuente presentar un sólo miedo social o dos a tener cinco o más (Baños, Quero, Botella y Perpiñá, 2003). Otros autores (Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 2000; Hofmann, 2000; McNeil, 2001) defienden que la distinción entre las dos formas de ansiedad social es cuantitativa y que no está diferenciada en categorías, sino que existe un continuo de severidad. Por ejemplo, Hofmann (2000) emplea este continuo para proponer que el subtipo generalizado junto al trastorno de personalidad por evitación constituyen la forma más complicada del trastorno de ansiedad social, mientras que la ansiedad social específica es la más simple. Esta manera de entender la relación entre la ansiedad social generalizada y específica hace referencia a la distinción cuantitativa. Al contrario, la diferenciación cualitativa propone que, aunque las dos formas comparten algunas similitudes fenotípicas, constituyen trastornos diferentes (Boone *et al.*, 1999; McNeil, 2001). No obstante, una gran parte de los estudios anteriores se han realizado en muestras de adultos, por lo que se dispone de muy pocos trabajos en población adolescente. Concretamente, los esfuerzos por alcanzar una distinción precisa entre los dos subtipos de la ansiedad social en cuanto a determinadas variables sociodemográficas, competencias psicosociales y factores psicopatológicos han sido escasos en población infanto-juvenil. A esto se añade también la escasez de estudios que pretenden establecer un criterio de separación entre las dos formas en esta población. Este hecho constituye una dificultad a la hora de establecer grupos claramente definidos, la cual se originó en el *DSM-III-R* por la vaga definición de dichas formas. Tanto el *DSM-IV* como el *DSM-IV-TR* tampoco han dado respuesta a este problema, ya que actualmente se sigue considerando la ansiedad social generalizada como el miedo a la mayoría de las situaciones sociales, sin especificar el número exacto de las mismas. Por ello, cada investigador define su propio criterio de separación entre los subtipos de acuerdo a los instrumentos de evaluación aplicados y a los propios objetivos del estudio. Así, Hofmann *et al.* (1999) establecen una categoría de ansiedad social generalizada que recoge a los sujetos que informan de moderada ansiedad (puntuación de 4, donde 8 es el valor máximo) en todas las situaciones sociales que más temor les producen; de lo contrario, los sujetos tendrían el diagnóstico de ansiedad social específica.

En España, se dispone de muy pocos estudios con niños y adolescentes, especialmente en lo que se refiere a la distinción de los dos subtipos de ansiedad social respecto al diagnóstico, evaluación, y a sus diferencias y similitudes en cuanto a prevalencia, características sociodemográficas, psicosociales y clínicas. Destaca el estudio de Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996) en una muestra de escolares de 6 a 17 años de población normal, informándose de un 6,30% de individuos con miedo a hablar en público. Por su parte, Olivares (2004) informa de una prevalencia del 8,20% en una muestra de adolescentes de población comunitaria. Por su parte, los trabajos que han empleado muestras clínicas (García-López, 2000; Ramos, 2004; Ruiz, 2003) han tenido como objetivo abordar los aspectos referentes a la prevalencia y a la comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada, obteniendo un porcentaje de la primera mucho mayor que de la segunda. Recientemente, Olivares, Piqueras y Rosa (2006)

informan de diferencias significativas entre las dos formas respecto al género y a medidas de ansiedad, evitación social, miedo a la evaluación negativa y sus correlatos. La escasez de este tipo de datos pone en evidencia la necesidad de realizar más estudios comunitarios en la población infanto-juvenil española. Por todo ello, el objetivo principal del presente estudio descriptivo transversal (Montero y León, 2005) es evaluar las similitudes y diferencias respecto a variables demográficas, competencias psicosociales e índices clínicos entre adolescentes con ansiedad social específica y adolescentes con ansiedad social generalizada. Para la redacción de este artículo se han tenido en cuenta las recomendaciones de Ramos-Alvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006).

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo formada por 1.012 estudiantes de Enseñanza Secundaria de la provincia de Granada (España) seleccionados por muestreo incidental. Dicha muestra estaba compuesta por 430 varones y 582 mujeres con un rango de edad comprendido entre 13 y 19 años ($M = 15,80$; $DT = 1,48$). Aproximadamente, dos tercios de los jóvenes ($n = 654$) estudiaban 2º, 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria; el resto se repartía entre 1º y 2º de Bachillerato ($n = 187$) y diferentes Ciclos Formativos ($n = 171$), tales como Hostelería, Peluquería, Cocina, etc. De los 1.012 jóvenes evaluados se seleccionaron 88, en función de sus niveles de ansiedad social; de éstos, 50 adolescentes mostraron ansiedad social específica y 38 presentaron ansiedad social generalizada; de ellos, 26 eran varones y 62 mujeres, con una franja de edad entre 13 y 18 años ($M = 15,80$; $DT = 1,48$).

Instrumentos

- Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 Años (*Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR*) (Achenbach, 1991). Está dividido en dos partes: la primera recoge las competencias psicosociales de los jóvenes mediante 17 ítems y la segunda evalúa conductas problemáticas (96 ítems) y comportamientos prosociales (16 ítems). Los valores alfa de Cronbach fueron de 0,61 para los hombres y de 0,67 para las mujeres (Verhulst, Van der Ende y Koot, 1997). En población mexicana, se obtuvieron seis factores, uno para problemas externalizados y cinco para problemas internalizados (García y Palos, 2005). En España, Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992) informan que las mujeres manifiestan puntuaciones altas en comportamiento internalizado, mientras que los hombres presentan puntuaciones superiores en conductas de tipo externalizado.
- Escala de Ansiedad en Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) (Mattick y Clarke, 1998). Compuesta por 20 ítems contestados en una escala tipo Likert de 5 puntos. La SIAS obtuvo una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,93) y un coeficiente de correlación test-retest superior a 0,90. Habke, Hewitt, Norton y Asmundson (1997) informan de tres factores, mientras que Ries *et al.* (1998) indican que distingue entre la forma generali-

zada y específica de la ansiedad social. En España se encontraron dos factores que explican un 40,11% de la varianza (Olivares, García-López e Hidalgo, 2001), aunque el análisis factorial confirmatorio indicó que todos los ítems saturaban en un único factor denominado ansiedad ante la interacción social con una consistencia interna de 0,89. Recientemente, Zubeidat, Salinas, Sierra y Fernández-Parra (2007) informan de dos factores que explican el 41,62% de la varianza, siendo sus valores de consistencia interna de 0,88 y 0,52, respectivamente.

- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*) (Liebowitz, 1987). Formada por 24 ítems que evalúan tanto la interacción como la ejecución en situaciones sociales, dando lugar a dos puntuaciones: miedo y evitación. Cox, Ross, Swinson y Drenfeld (1998) señalan un coeficiente de consistencia interna de 0,90 para ambas subescalas. En España se obtuvieron coeficientes de consistencia interna superiores a 0,73 y valores test-retest por encima de 0,82 (Bobes *et al.*, 1999).
- Escala de Estrés y Evitación Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) (Watson y Friend, 1969). Agrupa 28 ítems que miden el malestar subjetivo ante situaciones sociales y su evitación activa. Sus autores informan una consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test-retest al mes de 0,68. En España, se informó de una fiabilidad test-retest de 0,85, mostrando una correlación de 0,67 con la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001).
- Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*) (Watson y Friend, 1969). Constituida por 30 ítems que evalúan la intensidad del miedo a ser juzgado negativamente por otros. Sus autores informan un coeficiente de consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test-retest de 0,78. En España, García-López *et al.* (2001) obtuvieron una fiabilidad test-retest de 0,84.
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent, MMPI-A*) (Butcher *et al.*, 1992). Permite evaluar distintos rasgos psicopatológicos de la personalidad. La adaptación española realizada por Jiménez-Gómez y Ávila-Espada (2003) presentó adecuadas propiedades psicométricas.

Procedimiento

Una vez solicitado el consentimiento de los profesores y de los padres de los adolescentes, la muestra fue evaluada a lo largo de un periodo de cuatro meses en 13 colegios de Educación Secundaria de la provincia de Granada. La evaluación de los alumnos se realizó en el aula de clase de forma colectiva, llevándola a cabo un solo evaluador. Las pruebas fueron administradas en dos sesiones de 75 minutos cada una de ellas. Únicamente 15 jóvenes se negaron a contestar los autoinformes y 9 abandonaron las sesiones de evaluación. Para formar los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) se estableció un doble criterio cuantitativo. En primer lugar, se determinó el punto de corte en la *SIAS* para identificar a los adolescentes con ansiedad

social, situándose en la media más una y media desviaciones típicas (40,34); de este modo, se formó un grupo con ansiedad social de 88 jóvenes (8,70% del total de la muestra). En segundo lugar, se definieron los dos subgrupos de ansiedad social. El primer grupo quedó conformado por los jóvenes que con una puntuación igual o mayor a 40,34 en la *SIAS*, además habían contestado a diez o menos situaciones sociales (ítems de la *SIAS*) con alta ansiedad (valorada en 3 ó 4); el segundo grupo incluyó a los sujetos que con una puntuación igual o mayor a 40,34 en la *SIAS* respondieron con alta ansiedad a 11 o más situaciones sociales. De este modo se formaron dos grupos: ansiedad social específica ($n = 50$; 4,90% de la muestra total) y ansiedad social generalizada ($n = 38$; 3,80% de la muestra total).

Resultados

La Tabla 1 muestra el análisis de las diferencias en las variables demográficas y competencias psicosociales evaluadas cualitativamente por el *YSR/II-18* en los grupos de ansiedad social específica y generalizada. Tal como se aprecia, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables.

TABLA 1. Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica y generalizada en variables demográficas y competencias evaluadas cualitativamente por el *YSR/II-18*.

<i>Variables/competencias</i>	<i>Ansiedad social específica</i>	<i>Ansiedad social generalizada</i>	χ^2
	<i>n</i>	<i>n</i>	
Sexo			
Hombre	15	11	0,01
Mujer	35	27	
Curso escolar			
Ciclos Formativos	11	9	0,04
ESO y Bachillerato	39	29	
Trabajo			
Con trabajo	6	3	0,40
Sin trabajo	44	35	
Pareja			
Con pareja	16	8	1,30
Sin pareja	34	30	
Actividades deportivas			
Ninguna	6	9	3,00
Una	4	4	
Dos	8	7	
Tres	32	18	
Participación en juegos/pasatiempos			
Ninguno	4	3	1,00
Uno	8	9	
Dos	15	10	
Tres	23	15	

<i>Variables/competencias</i>	<i>Ansiedad social específica</i>	<i>Ansiedad social generalizada</i>	χ^2
	<i>n</i>	<i>n</i>	
Equipos/clubes			
Ninguno	35	26	0,06
Uno	10	8	
Dos	4	3	
Tres	1	1	
Tareas en el hogar			
Ninguna	6	5	1,33
Una	13	6	
Dos	15	13	
Tres	16	14	
Amigos íntimos			
Ninguno	2	5	3,12
Uno	6	6	
Dos o tres	26	18	
Cuatro o más	16	9	
Participación en actividades con amigos			
Ninguna	4	8	5,60
Una o dos	27	12	
Más de tres	19	18	
Hacer cosas por uno mismo			
Peor que los demás	6	9	4,45
Mejor que los demás	33	26	
Igual que los demás	11	3	

La Tabla 2 incluye el análisis de las diferencias en las competencias valoradas cuantitativamente por el *YSR/11-18* entre ambos grupos. Tampoco en este caso, en ninguna de las competencias valoradas, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos.

TABLA 2. Diferencias entre los grupos de ansiedad social específica y generalizada en competencias valoradas cuantitativamente por el *YSR/11-18*.

<i>Competencias</i>	<i>Ansiedad específica</i>	<i>Ansiedad generalizada</i>	<i>t</i>
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	
Edad	15,90 (1,75)	15,71 (1,49)	0,54
Tiempo/manera de actividades deportivas	0,74 (0,40)	0,69 (0,53)	0,49
Tiempo/manera de juegos/pasatiempos	1,07 (0,49)	1,10 (0,54)	-0,25
Participación en grupos	0,37 (0,68)	0,39 (0,67)	-0,11
Manera de realización de tareas en el hogar	0,97 (0,52)	0,96 (0,53)	0,16
Relación con hermanos, otros jóvenes y padres	1,13 (0,32)	1,06 (0,35)	0,98
Rendimiento escolar	1,84 (0,77)	1,73 (0,81)	0,65

La Tabla 3 ofrece el análisis de las diferencias en los índices clínicos evaluados por el *YSR/11-18*, *LSAS*, *SAD*, *FNE* y *MMPI-A*. En general, las medias de los grupos de ansiedad social específica y generalizada resultaron similares para la mayoría de los índices clínicos evaluados. Las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos se encontraron en aquellas variables relacionadas con la ansiedad social: ansiedad en actuaciones en público ($t_{86} = -2,70$; $p < 0,01$), evitación de situaciones en público ($t_{86} = -2,71$; $p < 0,01$), ansiedad en situaciones de interacción social ($t_{86} = -2,95$; $p < 0,01$), evitación de situaciones de interacción social ($t_{86} = -2,70$; $p < 0,01$), total de ansiedad social ($t_{86} = -3,05$; $p < 0,01$), total de evitación social ($t_{86} = -2,90$; $p < 0,01$), total de ansiedad y evitación social ($t_{86} = -3,20$; $p < 0,01$), evitación y malestar social ($t_{86} = -3,40$; $p < 0,01$). En todos estos índices, el grupo de ansiedad social generalizada mostró niveles mayores de ansiedad y evitación que el grupo de ansiedad social específica. También se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en introversión social-Si ($t_{86} = -2,72$; $p < 0,01$), malestar social-SOD ($t_{86} = -2,12$; $p < 0,05$) e indicadores negativos de tratamiento-TRT ($t_{86} = -2,00$; $p < 0,05$); también en este caso, las puntuaciones medias del grupo de ansiedad social generalizada fueron superiores a las del grupo de ansiedad social específica.

TABLA 3. Diferencias entre los grupos con ansiedad social específica y generalizada en distintos índices clínicos.

<i>Índices clínicos</i>	<i>Ansiedad social específica Media (DT)</i>	<i>Ansiedad social generalizada Media (DT)</i>	<i>t</i>
YSR/11-18			
Problemas afectivos	7,32 (4,72)	7,84 (4,64)	-0,52
Problemas de ansiedad	5,06 (2,60)	2,05 (2,70)	-0,50
Problemas somáticos	2,70 (2,60)	2,05 (2,70)	1,14
Problemas de atención/hiperactividad	5,62 (2,93)	5,42 (2,30)	0,36
Problemas oposicionistas/desafiantes	3,50 (2,13)	3,55 (2,24)	-0,11
Problemas de conducta	4,04 (3,20)	3,30 (2,50)	1,24
Ansiedad/depresión	9,34 (4,80)	10,60 (5,40)	-1,15
Retraimiento	5,90 (2,90)	6,60 (3,30)	-1,04
Síntomas somáticos	4,60 (3,60)	3,84 (3,90)	0,90
Problemas sociales	6,70 (2,70)	6,70 (3,60)	-0,04
Problemas de pensamiento	5,50 (4,01)	4,80 (3,50)	0,87
Problemas de atención	7,40 (3,40)	7,50 (3,24)	-0,14
Conducta delincuente o de ruptura de normas	5,84 (3,70)	4,80 (3,06)	1,50
Comportamiento agresivo	8,32 (4,41)	7,84 (4,80)	0,50
Otros problemas	5,32 (2,90)	5,30 (5,50)	0,03
Síndromes internalizantes	19,80 (9,20)	21,00 (10,50)	-0,60
Síndromes externalizantes	14,20 (7,40)	12,63 (7,06)	1,00
Total YSR	58,80 (22,70)	57,90 (25,20)	0,17
LSAS			
Ansiedad en actuaciones en público	16,92 (6,24)	21,42 (8,80)	-2,70**
Evitación de situaciones en público	14,00 (7,90)	18,80 (8,40)	-2,71**
Ansiedad en situaciones de interacción social	14,06 (5,65)	18,50 (7,80)	-2,95**
Evitación de situaciones de interacción social	12,14 (6,90)	16,60 (8,30)	-2,70**
Total de ansiedad social	31,00 (10,90)	39,90 (15,30)	-3,05**
Total de evitación social	26,12 (14,06)	35,37 (15,73)	-2,90**
Total de ansiedad y evitación social	57,10 (21,91)	75,26 (29,36)	-3,20**

TABLA 3. Diferencias entre los grupos con ansiedad social específica y generalizada en distintos índices clínicos. (Continuación)

<i>Índices clínicos</i>	<i>Ansiedad social específica Media (DT)</i>	<i>Ansiedad social generalizada Media (DT)</i>	<i>t</i>
SAD			
Evitación y malestar social	13,40 (4,40)	17,00 (5,40)	-3,40**
FNE			
Miedo a la evaluación negativa	21,06 (4,92)	22,13 (5,13)	-1,00
MMPI-A			
Mentira-L	4,50 (1,85)	5,10 (2,50)	-1,40
Incoherencia-F	13,70 (9,30)	12,60 (10,00)	0,52
Corrección-K	12,94 (3,81)	12,40 (4,82)	0,60
Hipocondría-Hs	11,80 (4,83)	11,60 (5,32)	0,20
Depresión-D	25,20 (8,60)	26,90 (8,70)	-0,91
Histeria-Hy	23,08 (7,40)	23,50 (7,30)	-0,23
Desviación psicopática-Pd	21,00 (5,53)	20,63 (6,10)	0,26
Masculinidad-Feminidad-Mf	24,43 (4,76)	25,61 (4,09)	-1,18
Paranoia-Pa	14,80 (5,54)	15,00 (5,60)	-0,20
Psicastenia-Pt	24,00 (7,95)	24,90 (8,60)	-0,52
Esquizofrenia-Sc	25,90 (11,90)	24,90 (12,30)	0,34
Hipomanía-Ma	19,00 (6,00)	17,80 (6,80)	0,90
Introversión social-Si	31,00 (7,10)	34,90 (6,32)	-2,72**
Ansiedad-ANX	10,92 (3,40)	10,31 (4,00)	0,75
Obsesividad-OBS	8,14 (3,70)	8,34 (3,40)	-0,27
Depresión-DEP	11,24 (4,90)	12,10 (5,13)	-0,78
Preocupaciones por la salud-HEA	12,30 (6,72)	10,71 (7,03)	1,04
Alienación-ALN	7,90 (2,85)	8,10 (4,10)	-0,30
Pensamiento extravagante-BIZ	5,00 (3,60)	3,92 (3,40)	1,50
Hostilidad-ANG	8,10 (3,54)	8,13 (2,91)	-0,05
Cinismo-CYN	8,04 (3,40)	8,40 (2,80)	-0,54
Problemas de conducta-CON	7,70 (4,15)	7,80 (3,60)	-0,10
Baja autoestima-LSE	8,32 (2,30)	9,30 (3,71)	1,42
Bajas aspiraciones-LAS	7,00 (2,35)	7,10 (2,54)	-0,23
Malestar social-SOD	10,92 (3,84)	12,70 (3,90)	-2,12*
Problemas familiares-FAM	11,14 (5,70)	10,80 (6,10)	0,28
Problemas escolares-SCH	7,34 (3,30)	7,00 (3,40)	0,50
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	11,00 (4,90)	12,92 (4,11)	-2,00*

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

Discusión

La tarea de determinar subgrupos de ansiedad social es bastante compleja por múltiples razones, pero principalmente por la vaga conceptualización de la ansiedad social específica y generalizada. Como consecuencia, los diferentes estudios realizados difieren en cuanto al criterio utilizado para distinguir ambas formas de ansiedad social, dependiendo del juicio de los autores, tanto en adultos (Furmark, Tillfors, Stattin,

Ekselius y Fredrikson, 2000; Kessler *et al.*, 1994; Stein, Torgrud y Walker, 2000) como en adolescentes (Hofmann *et al.*, 1999; Wittchen, Stein y Kessler, 1999). En población española existe un sólo un trabajo (Quero, Baños, Botella y Gallardo, 2003) que se plantea como objetivo delimitar los subtipos de ansiedad social, aunque emplea una muestra de pacientes con edades comprendida entre 18 y 63 años, con características distintas a las del presente trabajo. Estos autores definieron varios subtipos de ansiedad social: miedo a hablar en público, ansiedad social circunscrita y ansiedad social generalizada. La multiplicidad y la poca claridad de los criterios de delimitación de las dos formas de ansiedad social empleados en muestras de adultos, la escasez de estudios realizados al respecto en población adolescente y la falta de coincidencia del tipo de muestra escogida entre los distintos estudios mencionados y el nuestro nos llevó a definir nuestro propio criterio estrictamente cuantitativo. El uso de una desviación típica y media nos asegura obtener grupos con niveles clínicos de ansiedad social, ya que este criterio identificaría sólo al 6,06 de la población como personas con problemas de ansiedad social. En esta línea, los puntos de corte para muestras de habla española de los distintos instrumentos de evaluación de la ansiedad social (y sus dos formas) fueron informados por García-López, Olivares e Hidalgo (2005) y Olivares *et al.* (2002), así como por Zubeidat, Fernández-Parra y Sierra (2006) en su revisión sobre los instrumentos de ansiedad social más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. Los porcentajes de adolescentes con ansiedad social específica y generalizada obtenidos en el presente estudio (4,90% y 3,80%, respectivamente) son muy similares a los informados por Olivares (2004), quien señala un 5,40% y 3% de ansiedad social específica y generalizada, respectivamente. No obstante, la diferencia de porcentajes entre ambos tipos de ansiedad social ha sido más pronunciada en otros estudios realizados en adolescentes (García-López, 2000; Rabe-Jablonska, Dietrich-Muszalska y Gmitrowicz, 2004; Wittchen *et al.*, 1999).

En cuanto a la distinción de los dos grupos respecto a las variables sociodemográficas, los resultados revelan la ausencia de diferencias significativas entre los mismos. En esta línea, en la literatura científica se encuentran pocos intentos por detectar diferencias entre los dos tipos de ansiedad social respecto a este tipo de variables. Kessler *et al.* (1994) concluyeron que las dos formas de ansiedad social no se encuentran bien diferenciadas, mientras que Rapee y Heimberg (1997) defienden que la naturaleza básica de la ansiedad social específica y generalizada es similar, señalando que las semejanzas son mayores que las diferencias. No obstante, estos hallazgos son generales, haciéndose necesario concretar las diferencias y similitudes entre los dos subtipos en próximos estudios. Más específico es el trabajo de Caballo y Turner (1994), quienes informaron que las personas con ansiedad social específica disfrutaban de más relaciones de pareja que aquellas con ansiedad social generalizada. Este resultado discrepa del encontrado en nuestro estudio, pudiendo deberse al hecho de que evaluamos a una muestra de individuos (adolescentes) con menos probabilidad de formar parejas estables, a diferencia de los adultos. A día de hoy, los resultados existentes no nos permiten concluir acerca de posibles diferencias demográficas entre los grupos de ansiedad social.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos de ansiedad social respecto a competencias psicosociales valoradas cuantitativamente (por ejemplo, participación en grupos o manera de realización de tareas en el hogar) o cualitativamente (como participación en actividades con los amigos o en juegos/pasatiempos). En este caso también faltan estudios cuyo objetivo sea la búsqueda de diferencias significativas entre las dos tipos de ansiedad social en determinadas competencias de los jóvenes. Además, los escasos esfuerzos realizados al respecto (Rapee y Heimberg, 1997) no arrojan diferencias concretas relativas a las mismas, sino que presentan suposiciones generales relacionadas con la naturaleza de los dos subtipos de ansiedad social. Resultados tan concretos como el de Caballo y Turner (1994), quienes informaron que los individuos con ansiedad social específica habían mantenido más relaciones de amistad que aquellos con ansiedad social generalizada, no han sido confirmados en el presente estudio. Esta falta de coincidencia en los resultados puede estar relacionada con lo señalado por Kessler *et al.* (1994), quienes aprecian poca claridad en la distinción entre los dos subtipos de ansiedad social.

Con respecto a las diferencias en índices clínicos relacionados con la ansiedad en general, hemos podido apreciar que en ninguno de ellos se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos, lo cual podría deberse al hecho de que los índices de ansiedad evaluados no van ligados a situaciones de actuación e interacción social, los cuales caracterizan a las personas con ansiedad social. Del mismo modo, no se han encontrado diferencias significativas en rasgos relacionados con el estado de ánimo depresivo. En cambio, hemos hallado diferencias significativas en todos los índices referentes a problemas de interacción social (ansiedad en actuaciones en público, evitación de situaciones en público, ansiedad en situaciones de interacción social, evitación de situaciones de interacción social, totales de ansiedad social, evitación social, ansiedad y evitación social, evitación y malestar social, introversión social y malestar social), salvo en el índice miedo a la evaluación negativa, presentando los jóvenes con ansiedad social generalizada puntuaciones significativamente más elevadas que los jóvenes con ansiedad social específica. Tal como se esperaba, los índices que hacen referencia a la ansiedad frente a la actuación e interacción de los jóvenes en situaciones sociales son los que distinguen adolescentes con ansiedad social generalizada de otros con ansiedad social específica. Estos resultados coinciden con los hallados por Gelernter *et al.* (1992), Heimberg *et al.* (1990), Holt *et al.* (1992), Schneier *et al.* (1991) y Turner *et al.* (1992), quienes informan que, aunque no existiesen diferencias entre ansiedad social específica y ansiedad social generalizada en relación a la ansiedad subjetiva, sí las había respecto a la ansiedad en situaciones de interacción social, donde la segunda suele estar asociada a mayores niveles de ansiedad y evitación que la primera. En esta línea, Manuzza *et al.* (1995) indican que las personas con ansiedad social generalizada experimentan temores más frecuentes a situaciones sociales que los sujetos con ansiedad social específica. Así, mientras que la variable miedo a la evaluación negativa es una medida de ansiedad social subjetiva, las demás variables constituyen medidas de ansiedad que aluden a las situaciones de interacción social. Además, los individuos con ansiedad social generalizada refieren más ansiedad social total que aquellos con ansiedad social específica (Herbert, Hope y Bellack, 1992; Holt *et al.*, 1992; Turner, Beidel,

Cooley, Woody y Messer, 1994), tal como se demostró en el presente estudio. En población infanto-juvenil, Beidel (1991) observó que los adolescentes con ansiedad social generalizada experimentaban niveles elevados de malestar y ansiedad ligados a una multitud de situaciones sociales, manteniendo diversas conductas de evitación. Del mismo modo, Ballesteros y Conde (1999) destacan que la ansiedad social generalizada se caracteriza por mayores niveles de ansiedad asociada a múltiples situaciones sociales. Todos estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestro estudio. Recientemente, Olivares *et al.* (2006) informan también de resultados similares a los nuestros al encontrar diferencias significativas entre la ansiedad social específica y generalizada en medidas de ansiedad y evitación social, obteniendo los adolescentes del segundo subtipo puntuaciones más altas que los jóvenes del primero.

En definitiva, la ansiedad social específica presenta una mayor prevalencia que la ansiedad social generalizada, no apreciándose diferencias significativas entre ambos tipos con respecto a variables demográficas, competencias psicosociales y estado emocional. Por el contrario, el grupo de jóvenes con ansiedad social generalizada presenta puntuaciones significativamente más altas que el grupo de adolescentes con ansiedad social específica en variables relativas a la actuación e interacción social.

Referencias

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Self-Report and 1991 YSR profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (cuarta edición-texto revisado) (*DSM-IV-TR*). Washington, DC: Autor.
- Ballesteros, M.C. y Conde, V.J.M. (1999). Trastorno por ansiedad social de inicio en la infancia y la adolescencia. En J.G. Bobes, M.P. González, P.A. Sáiz y G. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 35-62). Barcelona: Masson.
- Baños, R.M., Quero, S., Botella, C. y Perpiñá, C. (2003). ¿Qué es la fobia social? En C. Botella, R.M. Baños y C. Perpiñá (Eds.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 15-35). Barcelona: Paidós.
- Beidel, D.C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 545-552.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M.P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., De la Torre, J., Doménech, R., González-Quirós, M., Buscarán, M.T., González, J.L. y Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheenan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.
- Boone, M.L., McNeil, D.W., Masia-Warner, C.L., Turk, C.L., Carter, L.E., Ries, B.J. y Lewin, M.R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271-292.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6-17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Butcher, J.N., Williams, C.L., Graham, J.R., Archer, R.P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S. y Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Caballo, V.E. y Turner, R. M. (1994, noviembre). *Behavioral, cognitive and emocional differences between social phobic and non-phobic people*. Comunicación presentada en la 28th Annual Covention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. San Diego, USA.
- Chavira, D.A. y Stein, M.B. (2002). Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescence Psychopharmacology*, 12, 47-54.
- Cox, B.J., Ross, L., Swinson, R.P. y Drenfeld, D.M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285-297.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- García, R.V. y Palos, P.A. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 499-520.
- García-López, L.J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, España.
- García-López, L.J., Olivares, J. e Hidalgo, M.D. (2005). A pilot study on sensitivity of outcome measures for treatment of generalized social phobia in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 385-392.
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. y Turner, S.M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- Gelernter, C.S., Stein, M.B., Tancer, M.E. y Uhde, T.W. (1992). An examination of syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 23-27.
- Habke, A.M., Hewitt, P.L., Norton, G.R. y Asmundson, G. (1997). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: An exploration of the dimensions of social anxiety and sex differences in structure and relations with pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 21-39.
- Heimberg, R.G., Hope, D.A., Dodge, C.A. y Becker, R.E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. y Schneier, F. (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Herbert, J.D., Hope, D.A. y Bellack, A.S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Hofflich, S.A., Hughes, A.A. y Kendall, P.C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 229-242.
- Hofmann, S.G. (2000). Treatment of social phobia: Potential mediators and moderators. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 3-16.
- Hofmann, S.G., Albano, A.M., Heimberg, R.G., Tracey, S., Chorpita, B.F. y Barlow, D.H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Hope, D.A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.

- Jiménez-Gómez, F. y Ávila-Espada, A. (2003). *MMPI-A, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes*. Madrid: TEA.
- Kessler, R., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lemos, S.G., Fidalgo, A.M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4, 21-48.
- Levin, A.P., Saoud, J.B. Strauman, T., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Crawford, R. y Liebowitz, M. R. (1993). Responses of «generalized» and «discrete» social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207-222.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J., Fyer, A.J., Campeas, R., Levin, A., Sandberg, D., Hollander, E., Papp, L. y Goetz, D. (1988). Pharmacotherapy of social phobia: An interim report of a placebo-controlled comparison of phenelzine and atenolol. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 252-257.
- Mattick, R.P. y Clarke, J.C. (1998). Developmental and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattick, R.P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- McNeil, D.W. (2001). Terminology and evolution of construct in social anxiety and social phobia. En S.G. Hofmann y P.M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 8-19). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Montero, I. y León, G.O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Olivares, J. (2004). Introducción. En J. Olivares, A. I. Rosa y L. J. García-López (Eds.), *La fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás* (pp. 11-16). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., García-López, L.G. e Hidalgo, M.D. (2001). The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., La Greca, A.M., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A.I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18, 207-212.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Olivares-Olivares, P.J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D., García-López, L.J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 85-97.
- Quero, S., Baños, R.M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 429-458.
- Rabe-Jablonska, J., Dietrich-Muszalska, A. y Gmitrowicz, A. (2004). The prevalence of social phobia in a representative group of adolescents from Lodz. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6, 15-22.

- Ramos, V. (2004). *Efecto de la retroalimentación audiovisual en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Ramos-Alvarez, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 773-787.
- Rapee, R.M. y Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Ries, B.J., McNeil, D.W., Boone, M.L., Turk, C.L., Carter, L.E. y Heimberg, R.G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 983-994.
- Ruiz, J. (2003). *Efecto del tamaño del grupo en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, España.
- Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Fyer, A. y Liebowitz, M.R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 496-502.
- Stein, M.B. y Chavira, D.A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50, S11-S16.
- Stein, M.B., Torgrud, L.J. y Walker, J.R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Tortella-Feliu, M., Servera, M., Balle, M. y Fullana, M.A. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 371-387.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R. y Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment of social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Townsley, R.M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. y Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR). Manual for the Youth Self-Report*. Rotterdam: Erasmus University/Sophia Children's Hospital.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wittchen, H.U., Stein, M.B. y Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A. y Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24, 71-86.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., Sierra, J. C. y Fernández-Parra, A. (2007). Psychometric properties of the Social Interaction Anxiety Scale and separation criterion between Spanish youths with and without subtypes of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 603-624.
- Zubeidat, I., Sierra, J. C. y Fernández-Parra, A. (en prensa). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.