

UNA REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE FOBIA SOCIAL EN POBLACIÓN INFANTIL, ADOLESCENTE Y ADULTA

José Olivares Rodríguez¹, Vicente E. Caballo²,
Luis Joaquín García-López³, Ana Isabel Rosa Alcázar¹
y Cristina López-Gollonet²

¹Universidad de Murcia; ²Universidad de Granada,
³Universidad «Miguel Hernández» de Elche (España)

Resumen

El propósito de este trabajo es presentar los resultados de una revisión de la literatura científica que existe sobre los estudios epidemiológicos realizados en relación con el trastorno de ansiedad social o fobia social. Con este fin estudiaremos, en primer lugar, las tasas de prevalencia del trastorno de acuerdo con los criterios diagnósticos de la edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en el que se basan (DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994). Posteriormente se presentarán los datos relativos a las variables sociodemográficas: edad de inicio, género, estado civil, nivel socioeconómico y educativo. En tercer lugar, dado el elevado número de trastornos asociados a la fobia social, revisaremos la comorbilidad de ésta en relación con otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, abuso del consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas legales e ilegales y los trastornos de la conducta alimenticia. Finalmente presentaremos nuestras conclusiones acerca del estado actual y las líneas futuras de la investigación epidemiológica en la fobia social.

PALABRAS CLAVE: *Comorbilidad, epidemiología, fobia social, ansiedad social, prevalencia.*

Abstract

This article reviews the advances in epidemiology regarding social phobia. For this purpose, we will provide a summary of the data about the prevalence of social phobia according to DSM criteria (DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987; DSM-

Correspondencia: José Olivares, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Apartado Postal 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es

Nota: Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda de la Fundación Séneca al Proyecto PI-54/00864/FS/01.

IV, 1994). Sociodemographic factors such as age of onset, gender distribution, marital, education and socioeconomic status will also be considered. Given social phobia is frequently associated with comorbid disorders, data will be presented on the comorbidity rates of social phobia and other anxiety disorders, mood disorders, alcohol/substance abuse as well as eating disorders. Finally, suggestions for future research on epidemiologic studies of social phobia will also be made.

KEY WORD: *Comorbidity, epidemiology, social phobia, social anxiety, prevalence.*

Introducción

Lo que hoy catalogamos como «fobia social» o «trastorno de ansiedad social» es, con una altísima probabilidad de acierto, un problema psicológico tan viejo como la propia humanidad. Ya en 1845 Robert Burton, en su obra «La anatomía de la melancolía», recoge la descripción de un paciente de Hipócrates, del cual éste comentaba que «Es más que una timidez, suspicacia o temor. No se atreve a estar con otras personas por miedo a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla, y teme que va a ser deshonrado ante los demás. Piensa que cada persona le observa» (p. 253). Pero su nomenclatura actual se debe a Janet (1903), el cual aplicó por primera vez la expresión *phobie des situations sociales* con el objeto de describir a los sujetos que temían hablar en público, tocar el piano o escribir mientras les observaban.

En cambio, la consideración de la relevancia de este trastorno por la comunidad científica es muy reciente. Los primeros autores que se ocuparon sistemáticamente de este problema fueron Marks y Gelder (1966), los cuales presentaron la primera delimitación operativa de la expresión utilizada por Janet (1903), proponiendo una nueva categoría diagnóstica y clínica en el ámbito de la nosología psicológica. Finalmente, catorce años después de la publicación del trabajo de Marks y Gelder (o.c.), se reconoce oficialmente como una entidad diagnóstica con significación clínica en 1980, año en el que ve la luz la tercera edición del DSM (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). En esta edición la fobia social era considerada como un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos. Pero como la evidencia científica puso de manifiesto que una alta proporción de sujetos con fobia social temían más de una situación social (Herbert, 1995), en el DSM-III-R (APA, 1987) se introdujo el subtipo «fobia social generalizada», el cual hacía referencia a los sujetos que mostraban «ansiedad en la mayoría de situaciones sociales» (sic). Asimismo, se sugería el diagnóstico conjunto de Fobia social y el Trastorno de personalidad por evitación. Siete años más tarde se publicó el DSM-IV (APA, 1994) sin que cambiaran sustancialmente los criterios diagnósticos ya recogidos en la edición previa (véase Hazen y Stein, 1995).

En el presente trabajo estudiaremos las tasas de prevalencia presentadas por los estudios revisados diferenciándolos en razón a los criterios que se hayan tomado como referencia. Además, dado que el constructo «fobia social» ha venido sufriendo modificaciones en su delimitación desde su aparición en el DSM-III,

también estudiaremos el papel que puede jugar este cambio en las tasas de prevalencia informadas y en las variables sociodemográficas (edad de inicio, género, estado civil, nivel socioeconómico y educativo). Finalmente, revisaremos las tasas de comorbilidad entre la fobia social y otros trastornos del Eje I.

Prevalencia de la fobia social

Los datos relativos a la prevalencia los vamos a presentar en tres bloques distintos, siguiendo el curso cronológico en el que aparecieron los estudios, a fin de que podamos disponer de una aproximación más precisa al problema. En primer lugar, presentaremos los resultados de la revisión realizada con muestras de adultos y que se realizaron antes de que se produjese el reconocimiento de la fobia social como entidad diagnóstica (American Psychiatric Association, 1980); después haremos otro tanto con las tasas de prevalencia obtenidas según se hayan aplicado en los estudios revisados los criterios requeridos por el DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV. Finalmente, presentaremos los resultados de las investigaciones que han estudiado la prevalencia de la fobia social en población adolescente.

Investigaciones sobre la prevalencia de la fobia social en población adulta

TRABAJOS PREVIOS A LA PUBLICACIÓN DEL DSM-III. Con anterioridad a la publicación del DSM-III se llevaron a cabo dos trabajos que utilizaron muestras de sujetos universitarios, encontrando que: (i) el 10% de la muestra mostraba grandes dificultades o evitaban situaciones que implicaban relación social (Bryant y Trower, 1974); (ii) el 42% de estudiantes universitarios se describían así mismos como tímidos (Zimbardo, 1977). Entendemos que ambas aportaciones son muy relevantes para nuestro trabajo, en tanto que estudios precedentes, pues ponían de manifiesto la potencial relevancia clínica y epidemiológica de la dimensión que hoy catalogamos como «ansiedad social».

TRABAJOS PUBLICADOS EN LOS QUE SE TOMA COMO REFERENCIA EL DSM-III (APA, 1980). Una vez reconocida la FS como entidad diagnóstica por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980) se pusieron en marcha nuevas investigaciones para evaluar su prevalencia de acuerdo con la definición consensuada («ansiedad ante situaciones sociales específicas») y los criterios diagnósticos requeridos. Para ello se utilizó fundamentalmente la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981), una entrevista altamente estructurada que fue diseñada para que su administración no requiriese experiencia clínica de los entrevistadores.

En 1986 aparece publicado el trabajo de Georges, Hughes y Blazer (1986) quienes hallaron un porcentaje del 3,1%. En Puerto Rico, un año después, Canino *et al.* (1987) dan a conocer resultados de una prevalencia inferior, en torno al 1,6% y en Canadá Bland, Orn y Newman (1988) hallan tasas del 1,7%. Pero probablemente la más relevantes de las investigaciones epidemiológicas lleva-

das a cabo siguiendo los criterios del DSM-III fue la *Epidemiological Catchment Area Survey* (ECA; Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992), que abarcó la población de cuatro grandes zonas de los Estados Unidos de Norteamérica: Baltimore, St. Louis, Durham y Los Ángeles, encontrándose una tasa de prevalencia de la fobia social del 2,4%.

Pollard y Henderson (1988), utilizando una entrevista estructurada diseñada *ad hoc* para su administración telefónica en un área de los EE.UU., encontraron una tasa de prevalencia del 22,6% respecto a los miedos desproporcionados en estas situaciones. Sin embargo, cuando se aplicaron estrictamente los criterios del DSM-III, la tasa bajó a un 2%, dato más coherente con los resultados de la ECA en ese mismo país.

Cinco años más tarde, Davidson, Hughes y Blazer (1993) informaban tasas del 3,8% en la región de Carolina del Norte y evaluando las mismas situaciones sociales que se recogían en la ECA.

En Europa, las tasas de prevalencia fueron del 0,99% en Italia (Faravelli, Innocenti y Giardinelli, 1989), del 2,5% en Alemania (Wittchen, Essau, Zerssen, Krieg y Zaudig, 1991), y del 3,5% en Islandia (Steffánson, Lindal, Björnsson y Gudmundsdottir, 1991; Lindal y Steffánson, 1993).

En el continente austral, en concreto en Nueva Zelanda, fue del 3% (Wells, Bushnell, Hornblow, Joyce y Oakley-Browne, 1989) y en los países asiáticos se obtuvieron tasas del 0,6% en Taiwan (Hwu, Yeh y Chang, 1989) y del 0,53% en Corea del Sur (Lee *et al.*, 1990).

No está claro el motivo por el que se han encontrado tasas de prevalencia más bajas en los países asiáticos. Chapman, Mannuzza y Fyer (1995) han apuntado a factores culturales y, en concreto, al trastorno denominado «Taijin Kyofusho» (TSK), como una fuente de variación que permitiría explicarlos. El TSK se caracteriza por el miedo a ofender a los demás mediante conductas inapropiadas (oler mal, hablar en voz alta) o por mostrar una apariencia ofensiva para los demás (Chang, 1984; Ono, Yoshimura, Yamauchi, Asai, Young, Fujuhara y Kitamura, 2001; Takahashi, 1989). Habida cuenta de que el DIS no recogía ítems para evaluar algunos de estos aspectos, entendemos que es probable que ello haya tenido un papel relevante en la infravaloración de las tasas de prevalencia en estos países.

Otra limitación de los estudios a los que nos hemos referido radica en el hecho de que el instrumento diagnóstico utilizado, el DIS, en su sección relativa a la fobia social no coincide completamente con la definición del DSM-III, lo que implicó que el DIS: (a) sólo evaluara tres tipos de situaciones sociales; (b) no requiriese que el sujeto tuviera miedo a ser humillado o a hacer el ridículo en una situación social y (c) no tuviese en cuenta el criterio de exclusión del diagnóstico de fobia social cuando se podía explicar su ocurrencia como consecuencia de la existencia de una enfermedad médica u otro trastorno mental.

En Europa, en concreto en Suiza, Degonda y Angst (1993) presentaron los datos de un estudio longitudinal se que duró 11 años. Los autores clasificaron entre tres grupos a los sujetos participantes: agorafóbicos, fóbicos sociales y sujetos con ambos trastornos. Las tasas de prevalencia halladas fueron del 3,8% en el grupo de sujetos con fobia social y del 1,6% en el que presentaba ambos trastornos. En

Islandia, Steffanson *et al.* (1991) encontraron una prevalencia del 3,5%, muy similar a la del estudio suizo.

ESTUDIOS REALIZADOS BAJO LA DELIMITACIÓN REQUERIDA POR EL DSM-III-R (APA, 1987). Entre las novedades de esta nueva edición de los DSM se hallaba, por lo que respecta a nuestros intereses, la inclusión del subtipo generalizado de fobia social, entendiéndose éste como «ansiedad ante un número amplio de situaciones sociales» (*sic*), que de ahora en adelante acompañaría y complementaría a la delimitación ya recogida en el DSM-III.

Los primeros estudios publicados siguiendo la nueva reconceptualización se realizaron en Europa. Así, en 1992 Wacker, Mullejans, Klein y Battegay publicaron la prevalencia de este trastorno Suiza, usando una versión modificada del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Robins *et al.*, 1988); estos autores hallaron una tasa del 16%. Un año más tarde, empleando también el CIDI, Lépine *et al.* (1993) informaron de una tasa de prevalencia del 4,1% en población francesa, y Weiller *et al.* (1996) de un porcentaje del 14,4% en una muestra de pacientes de atención primaria. En España, Crespo *et al.* (1998) aplicaron el cuestionario Q-DIS-III-R, basado en criterios del DSM-III-R, a una muestra de mujeres de un barrio de Pamplona hallando una prevalencia del 8,9%. Otros estudios europeos han informado de tasas de prevalencia del 7,8% en Holanda (Bijl, Ravelli y Van Zessen, 1998), 4,0% en Italia (Faravelli, Zucchi, Vivani, Salmoria y Perone, 2000) y del 13,7% en Noruega (Kringlen, Torgersen y Cramer, 2001).

En población norteamericana, Kendler *et al.* (1992) encontraron una prevalencia de la fobia social del 11,5% en una muestra de gemelas estadounidenses, empleando como instrumentos de evaluación una versión modificada del DIS (basándose en los criterios del DSM-III-R). En 1994, en Canadá, Stein, Walker y Forde estudiaron la prevalencia de la fobia social en un estudio realizado mediante entrevistas telefónicas; los datos revelaron que cuando se les preguntaba por el «nerviosismo» experimentado, en determinadas situaciones sociales, el 33% de los sujetos entrevistados manifestaban sentirse «mucho más nerviosos que otras personas» en al menos una de las siete situaciones sociales referidas por los investigadores, sin embargo, cuando se aplicaban los criterios del DSM-III-R la tasa de prevalencia se reducía al 7,1%.

También en 1994, con población norteamericana, Kessler *et al.* (1994) llevaron a cabo la *National Comorbidity Survey* a través de una muestra estratificada de EE.UU., hallándose una prevalencia del 13,3%. Esta proporción incluía aquellos sujetos que presentaban únicamente miedo a hablar en público —en un gran auditorio— (2,9%), quienes sólo manifestaban ansiedad a hablar ante un grupo de personas (1,9%) y quienes presentaban ansiedad en una o más de las siguientes situaciones sociales (el 8,5% del total): beber, comer, escribir, usar aseos públicos o bien hablar con otras personas (Kessler, Stein y Berglund, 1998). También empleando una muestra estratificada, pero esta vez en Canadá y cinco años más tarde, DeWitt, MacDonald y Offord (1999) hallaron una prevalencia del 12,7%. Sin embargo, estos resultados han sido contestados por los de otros estudios realizados también con población norteamericana y que utilizaron el mismo instrumento

de evaluación, el CIDI, pero que han encontrado tasas de prevalencia más bajas. Así, Offord, Boyle, Campbell, Goering, Lin, Wong y Racine (1996) informaron de una prevalencia del 6,7% y Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, y Kessler (1996) hallaron una tasa todavía menor, del 4,5%. En cambio, Feehan, McGee, Nada y Williams (1994) hallaron en Nueva Zelanda una prevalencia del 11,1% utilizando como instrumento de evaluación una versión modificada del DIS (DIS-III-R), siendo estos resultados muy similares a los ya obtenidos en Estados Unidos por Kendler et al. (1992) utilizando la misma versión del DIS.

Por último, en un estudio realizado por Vega et al. (1998) en una muestra de adultos de origen mexicano y residentes en EE.UU. encontraron una prevalencia del 5,3% en los adultos mexicanos que habían emigrado a EE.UU. y del 10,9% en los nacidos en EE.UU., siendo la tasa promedio de toda la muestra del 7,4%.

INVESTIGACIONES REALIZADAS TOMANDO COMO REFERENCIA LOS CRITERIOS DEL DSM-IV (APA, 1994).

En 1996 Stein, Walker y Forde (1996) informaron de tasas del 10% de miedo severo a hablar en público en la muestra utilizada, empleando una metodología similar a la de un estudio previo también en población norteamericana (Stein et al., 1994). Pese a que este trabajo de Stein, Walker y Forde (1996) no muestra directamente tasas de prevalencia relativas a la fobia social, del estudio de sus datos parece poder deducirse una prevalencia del 5,2% de fobia social de tipo generalizado. En un estudio más reciente realizado por Stein et al. (2000), a través de una encuesta aplicada en dos poblaciones canadienses (Alberta y Winnipeg) y un total aproximado de dos mil encuestados, han hallado una prevalencia en población adulta de 7,2% al aumentar de 6 a 12 el número de situaciones que incluyeron en la entrevista CIDI. Cuando las situaciones consideradas eran las que originalmente incluía la entrevista (seis), la prevalencia bajaba a un 6,8%.

En Europa, Furmark, Tillfors, Everz, Marteinsdottir, Gefvert y Fredrikson (1999) en Suecia y Pélirosso, André, Moutard-Martin, Wittchen y Lépine (2000) en Francia, han encontrado tasas de prevalencia del 15,6% y 7,3% respectivamente. Ambos estudios llevaron a cabo el proceso de evaluación a través del correo postal.

Finalmente, Andrews, Henderson y Hall (2001), en un estudio realizado con población australiana adulta, han informado de la prevalencia más baja hallada en los estudios epidemiológicos recientes: una tasa del 1,0%.

Investigaciones sobre la prevalencia de la fobia social en niños y adolescentes

Pese a que el número de estudios publicados sobre la prevalencia de la fobia social en población adulta es considerable, se han realizado pocos trabajos sobre su incidencia en la infancia y la adolescencia.

Los primeros trabajos epidemiológicos en población comunitaria adolescente se llevaron a cabo tras la publicación del DSM-III-R. Siguiendo el orden cronológico de las publicaciones, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) encontraron en una muestra de 792 niños neocelandeses, de 11 años de edad, una tasa del 1%.

Tabla 1
Tasas de prevalencia de la fobia social en estudios llevados a cabo en población adulta

PAÍS	AUTORES	AÑO	N	EVALUACIÓN	PREVALENCIA (%)			MANUAL DSM
					H	M	Total	
Reino Unido	Bryan y Trower	1974	223	-----	-	-	10	-----
Estados Unidos	Zimbardo	1977	-----	-----	-	-	42	-----
Estados Unidos	Schneier <i>et al.</i>	1992	10314	DIS	2,0	3,1	2,4	DSM-III
Estados Unidos	George <i>et al.</i>	1986	3648	DIS	-	-	3,1	DSM-III
Estados Unidos	Bourdon <i>et al.</i>	1988	18572	DIS	2,3	3,2	-	DSM-III
Estados Unidos	Davidson <i>et al.</i>	1993	3801	DIS	-	-	3,8	DSM-III
Puerto Rico	Canino <i>et al.</i>	1987	1513	DIS	1,5	1,6	1,6	DSM-III
Canadá	Bland <i>et al.</i>	1988	3258	DIS	1,4	2,0	1,7	DSM-III
Canadá	Dick <i>et al.</i>	1994	3258	DIS	1,1	1,4	1,2	DSM-III
Italia	Faravelli <i>et al.</i>	1989	1110	DIS	1,4	0,54	0,99	DSM-III
Alemania	Wittchen <i>et al.</i>	1992	483	DIS	-	-	2,5	DSM-III
Islandia	Steffánson <i>et al.</i>	1991	-----	DIS	-	-	3,5	DSM-III
Islandia	Lindal y Stefánson	1993	862	DIS	2,5	4,5	3,5	DSM-III
Nueva Zelanda	Wells <i>et al.</i>	1989	1498	DIS	4,3	3,0	3,0	DSM-III
Taiwan	Hwu <i>et al.</i>	1989	5005	DIS	0,24	0,95	0,6	DSM-III
Corea del Sur	Lee <i>et al.</i>	1990	3134	DIS	0,0	1,0	0,53	DSM-III
Estados Unidos	Pollard y Henderson	1988	500	Telefónica	-	-	2,0	DSM-III
Suiza	Degonda y Angst	1993	2201	SPIKE	3,1	4,4	3,8	DSM-III
Suiza	Wacker <i>et al.</i>	1992	470	CIDI	-	-	16	DSM-III-R
Francia	Lépine <i>et al.</i>	1993	1787	CIDI	2,1	5,4	4,1	DSM-III-R
Francia	Weiller <i>et al.</i>	1996	2096	CIDI	14,6	14,2	14,4	DSM-III-R
España	Crespo <i>et al.</i>	1998	237	Q-DIS-III-R	-	-	8,9	DSM-III-R
Holanda	Bijl <i>et al.</i>	1998	7046	CIDI	5,9	9,7	7,8	DSM-III-R
Italia	Faravelli <i>et al.</i>	2000	2355	Entrevista Estructurada	-	-	4,0	DSM-III-R
Noruega	Kringlen <i>et al.</i>	2001	2066	CIDI	9,3	17,2	13,7	DSM-III-R
Estados Unidos	Kendler <i>et al.</i>	1992	2163	DIS-III-R	-	-	11,5	DSM-III-R
Canadá	Stein <i>et al.</i>	1994	526	Telefónica	-	-	7,1	DSM-III-R
Estados Unidos	Kessler <i>et al.</i>	1994	8098	CIDI	11,1	15,5	13,3	DSM-III-R
Canadá	DeWitt <i>et al.</i>	1999	7871	CIDI	-	-	12,7	DSM-III-R
Canadá	Offord <i>et al.</i>	1996	9953	CIDI	5,4	7,9	6,7	DSM-III-R
Estados Unidos	Magee <i>et al.</i>	1996	8098	CIDI	3,8	5,2	4,5	DSM-III-R
Estados Unidos	Vega <i>et al.</i>	1998	3012	CIDI	6,1	8,8	7,4	DSM-III-R
Nueva Zelanda	Feehan <i>et al.</i>	1994	930	DIS-III-R	7,6	14,8	11,1	DSM-III-R
Canadá	Stein <i>et al.</i>	1996	500	Telefónica	-	-	10	DSM-IV
Canadá	Stein <i>et al.</i>	2000	1956	CIDI	-	-	7,2	DSM-IV
Suecia (Sweden)	Furmark <i>et al.</i>	1999	1202	Por correo	12,2	18,5	15,6	DSM-IV
Francia	Pélissolo <i>et al.</i>	2000	12873	Por correo	-	-	7,3	DSM-IV
Australia	Andrews <i>et al.</i>	2001	10641	CIDI	-	-	1,0	DSM-IV

H= Hombre; M= Mujer; DIS= Diagnostic Interview Schedule; CIDI= Composite International Diagnostic Interview; DIS-III-R= Diagnostic Interview Schedule for DSM-III-R. Falta SPIKE, y Q-DIS-III-R

Cuando estos mismos sujetos se volvieron a evaluar cuatro años después, la tasa de prevalencia fue del 1,1% (McGee *et al.*, 1990). Sin embargo, dados los errores de conceptualización encontrados en el trabajo, es muy probable que este porcentaje sea considerablemente mayor, ya que en este estudio el miedo a hablar en público fue clasificado como una fobia específica y no como fobia social.

También en 1990 Kashani y Orvaschel dieron a conocer los resultados de un estudio realizado en EE.UU. con una muestra de 210 sujetos integrada por chicos y chicas de tres grupos de edad: 8, 12 y 17 años, hallando una prevalencia del 0,0%, 1,4% y 1,4%, respectivamente. Estos mismos autores proporcionaron datos sobre la tasa de prevalencia relativa al miedo a situaciones sociales, para cada una de estas edades, resultando del 21,4% a los 8 años, del 45,7% a los 12 años y del 55,7% a los 17 años, lo que parece indicar que este tipo de miedo se incrementa con la edad. Este resultado es consistente con el trabajo de Poulton *et al.* (1997), quienes encontraron que la proporción de adolescentes con ansiedad social a los 15 años era superior a la informada por los mismos sujetos a los 13 años (8,3% vs. 5,0%), el de Bragado *et al.* (1996), donde se observan porcentajes del 1,3%, 4,8% y 6,3% en los rangos de edad de 6-9, 10-13 y 14-17 años, respectivamente, así como el trabajo de Essau *et al.* (1999), quienes descubrieron que la proporción de sujetos con fobia social a los 14-15 años (2,0%) cuadruplicaba a la hallada entre los 12-13 años (0,5%).

Ya en 1993 Reinherz, Giacconi, Lefkowitz, Pakiz y Frost dieron a conocer una tasa de prevalencia del 11,6%, hallada en una muestra de adolescentes norteamericanos cuya edad media era de 17,9 años. También en EE.UU., Shaffer *et al.* (1996) encontraron una tasa del 7,6% en la infancia y del 3,7% en la adolescencia. En ese mismo año, en España, Bragado *et al.* (1996) encontraron una tasa de prevalencia del 6,3% en una muestra de adolescentes cuyo rango de edad iba desde los 14 hasta los 17 años.

En Alemania, Wittchen, Stein y Kessler (1999) estudiaron la tasa de prevalencia de la fobia social en población comunitaria utilizando una muestra de 3201 sujetos, con un rango de edad comprendido entre los 14 y los 24 años. Los resultados mostraron que el 7,3% presentaban fobia social y un 2,2% cumplía los criterios de fobia social generalizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV; cuando se acotaba el rango de edad entre los 14 y los 17 años, la tasa se reducía al 4,0% y al 1,2% para el diagnóstico de fobia social y fobia social generalizada, respectivamente. En ese mismo País y año, Essau *et al.* (1999) dieron a conocer los resultados de otro estudio en el que la prevalencia era del 1,6%, para un rango de edad comprendido entre los 12 y los 17 años, la cual se incrementaba hasta el 2,0% tras acotar el rango de edad entre los 14 y los 17 años. Un año después, Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein y Merikangas (2000) encontraron, en una muestra de 1.047 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, tasas de prevalencia del 5,6% para fobia social, 4,4% para fobia social no generalizada y del 1,1% para fobia social generalizada.

En España, Olivares (en prensa), utilizando una traducción y adaptación del ADIS-IV (Olivares y García-López, 1997), ha dado a conocer los datos de prevalencia en población comunitaria adolescente del sureste español, con edades compendi-

das entre los 14 y los 17 años, obtenidos por el equipo que dirige en una muestra de 15.965 sujetos. Los resultados constatan una prevalencia del 8,2%.

Los datos aportados por los investigadores que trabajan con población clínica muestran tasas significativamente más elevadas que las halladas en los estudios realizados con población comunitaria. Así, Strauss y Francis (1989) señalaron que alrededor del 9% de los adolescentes que acudían a consulta recibían un diagnóstico de fobia social y Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow (1995) informaron que de los sujetos con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años que solicitaban tratamiento, un 14,1% presentaba fobia social. En la tabla 2 podemos ver un listado de los estudios citados.

Tabla 2
Tasas de prevalencia de la fobia social en población adolescente

PAÍS	AUTORES	AÑO	POBLACIÓN	N	EDAD	EVALUACIÓN	PREVALENCIA	DSM
Nueva Zelanda	McGee <i>et al.</i>	1990	Comunitaria	943	15	---	1,1%	DSM-III-R
Estados Unidos	Kashani y Orvaschel	1990	Comunitaria	210	17	CAS	1,4%	DSM-III-R
Estados Unidos	Reinherz <i>et al.</i>	1993	Comunitaria	386	M=17,9	DIS-III-R	11,6%	DSM-III-R
Estados Unidos	Shaffer <i>et al.</i>	1996	Comunitaria	---	---	DIS-C	3,7%	DSM-III-R
España	Bragado <i>et al.</i>	1996	Comunitaria	80	14-17	DICA-R	6,3%	DSM-III-R
				243	6-17		4,1%	
Alemania	Wittchen <i>et al.</i>	1999	Comunitaria	3201	14-17	M-CIDI	4,0%	DSM-IV
					14-24		7,3%	
Alemania	Essau <i>et al.</i>	1999	Comunitaria	1035	12-17	CAPI	1,6%	DSM-IV
				655	14-17		2,0%	
							4,4%	
Alemania	Lieb <i>et al.</i>	2000	Comunitaria	1047	14-17	M-CIDI	1,1%	DSM-IV
							5,6%	
Estados Unidos	Strauss y Francis	1989	Clínica	---	---	---	9,0%	DSM-III-R
Estados Unidos	Albano <i>et al.</i>	1995	Clínica	22	13-17	ADIS-C	14,1%	DSM-III-R
España	Olivares	en prensa	Comunitaria	15965	14-17	ADIS-IV	8,2%	DSM-IV

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

Variables demográficas

Edad de inicio

La mayoría de los estudios epidemiológicos sitúan la edad media de inicio más frecuente para la fobia social entre los 14 y los 16 años, siendo muy poco frecuente su comienzo a partir de los 25 años. Así, en relación con los estudios realizados en el continente americano con población adulta, Schneier *et al.* (1992) encontraron

en población estadounidense que la edad media de inicio fue a los 15,5 años, en el trabajo de Davidson *et al.* (1993) esta edad media de comienzo se situaba en los 14,6 años y en el estudio de Regier *et al.* (1998) la edad de inicio más temprana estaba en los 11,5 años de edad. En línea con los estudios estadounidenses, Bland *et al.* (1988) obtuvieron una edad media de inicio que se situaba en los 14,6 años en la población canadiense y Canino *et al.* (1987), en Puerto Rico, encontraron una edad media de comienzo situada en los 19,8 años.

Respecto a los trabajos llevados a cabo en Europa, Lepine *et al.* (1993) informaron de una edad media de inicio que se situaba en los 10,5 años de edad, mientras que Degonda y Angst (1993) indicaron que la edad media de comienzo se situaba a los 16,6 años.

Los datos del estudio de Lee *et al.* (1990), en el continente asiático, son los que revelan una edad media de inicio más tardía para la fobia social, a los 24,3 años.

En los estudios realizados con población adolescente esta edad media de inicio desciende considerablemente. Así, por ejemplo, Giaconia *et al.* (1994) observaron una edad media de inicio que se situaba en los 10,8 años en población estadounidense, siendo la edad media de la muestra de 17,9 años; estos mismos autores hallaron que el 83% de los sujetos con un diagnóstico de fobia social informaba de una edad de inicio anterior a los 14 años.

Existe cierta polémica en relación con el papel que puede desempeñar la edad de inicio en el agravamiento del problema y las consiguientes dificultades para su tratamiento, sosteniéndose en algunos casos que los sujetos con una edad de inicio más temprana tienen mayor probabilidad de desarrollar el subtipo generalizado de fobia social. Nosotros coincidimos con Chavira, Stein y Malcarne (2002) cuando afirman que no disponemos todavía de datos concluyentes a este respecto porque, entre otras cuestiones, no se ha probado que los sujetos con edad de inicio temprana difieran estadística y significativamente en términos de severidad, comorbilidad, historia familiar o respuesta al tratamiento de aquellos que informan de una edad de inicio posterior.

Género

A excepción de algunos trabajos, la mayoría de investigaciones realizadas con muestras comunitarias han puesto de manifiesto una prevalencia más alta de la fobia social en las mujeres que en los hombres encontrándose ratios de 3:2 y 2:1, a favor de aquéllas (véase Furmark *et al.*, 2002). Estos datos relativos a la población adulta son consistentes con los hallados en los trabajos realizados con población infantil y adolescente, los cuales muestran que la población femenina presenta niveles de ansiedad social más elevados que la población masculina (Beidel y Turner, 1992; Essau *et al.*, 1999; La Greca *et al.*, 1988; Wells, Tien, Garrison y Eaton, 1994; Wittchen *et al.*, 1999). Los datos de nuestro estudio (Olivares, en prensa) muestran una proporción de 3:2 a favor de las adolescentes españolas.

Sin embargo, cuando se revisan estudios realizados en contextos clínicos, el porcentaje de varones con un diagnóstico de fobia social iguala o supera al de las

mujeres, situándose entre un 48% y un 60% (Beidel y Turner, 1998; Mannuzza *et al.*, 1990; Stein, 1997; Turk *et al.*, 1998).

Esta discrepancia de los resultados hallados en el género, en función del marco en el que se desarrolle la investigación (población comunitaria vs. clínica), puede encontrar un inicio de explicación en los resultados del trabajo de Pollard y Henderson (1988) realizado con población comunitaria, en el que se halló que la proporción de mujeres y de varones que cumplían los criterios del DSM-III para la fobia social (excluyendo el criterio de interferencia) era de 3:2; sin embargo, cuando se incluyó este criterio la proporción se invirtió, siendo de 3:2 a favor de los varones. No obstante, a día de hoy seguimos sin tener evidencia empírica que nos permita saber cuáles son las razones por las que existen estas diferencias de sexo, aunque algunos autores postulan explicaciones plausibles relativas a los sesgos en la recogida de información, los sesgos clínicos, las diferencias de roles y exigencias sociales, las pautas culturales y educativas, o las diferencias en cuanto a la vulnerabilidad biológica para desarrollar respuestas de ansiedad (Furmark *et al.*, 1999).

Estado civil y niveles socioeconómico y educativo

Mientras que algunos estudios no han encontrado diferencias significativas en el estado civil de los sujetos con fobia social y los sujetos de un grupo de control (Furmark *et al.*, 1999; Weissman *et al.*, 1996), otros han puesto de manifiesto que un porcentaje elevado de éstos se hallan solteros, separados o viudos (Davidson *et al.*, 1993; Lépine *et al.*, 1993; Schneier *et al.*, 1992; Wells *et al.*, 1994).

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

En un nuevo análisis de los resultados del estudio epidemiológico NCS (Kessler *et al.*, 1998) se encontró que mientras que los sujetos con miedo a hablar en público no mostraban diferencias ni en el nivel educativo ni en el socioeconómico respecto al grupo control, en cambio los sujetos que informaban ansiedad ante otras situaciones sociales si informaban un nivel socioeconómico más bajo que los sujetos del grupo control.

Otra excepción en este «casi consenso» es la ausencia de diferencias significativas en el nivel socioeconómico informada por Degonda y Angst (1993), en un estudio con población suiza; en el trabajo no se proporcionaron datos acerca del nivel educativo de la muestra.

Otras variables sociodemográficas

Las relaciones entre la fobia social y otras variables sociodemográficas tales como el estado laboral cuentan con menos apoyo empírico. Algunos estudios han aportado evidencia empírica a favor de que los sujetos con fobia social presentan mayores tasas de desempleo que los sujetos sin este problema (Magee *et al.*, 1996; Patel *et al.*, 2002; Stein *et al.*, 1996), mientras otros no han podido confirmar esta relación (Furmark *et al.*, 1999).

La fobia social también ha sido relacionada empíricamente con menores tasas de apoyo social (Cohen y Wills, 1985; Davidson *et al.*, 1994; Furmark *et al.*, 1999; Magee *et al.*, 1996) y menores niveles de ingresos económicos que los sujetos controles (Davidson *et al.*, 1994; Schneier *et al.*, 1992; Stein *et al.*, 1994).

El uso de los servicios médicos por los sujetos con fobia social también ha sido investigado por algunos autores. Así, por ejemplo, Schneier *et al.*, (1992) manifestaron que los pacientes con fobia social sin comorbilidad multiplicaban por dos el uso que hacían de los servicios médicos frente a las personas sin este trastorno; además, cuando la fobia social estaba acompañada por un trastorno comórbido, la tasa de asistencia a los servicios médicos se multiplicaba por tres frente al uso que hacían los sujetos del grupo control. En el estudio de Faravelli *et al.*, (2000), el 78% de los pacientes con ansiedad social usaban los servicios de atención primaria, el 41% había visitado a un psiquiatra y el 15% a un psicólogo. Respecto a las diferencias de género, parece que los hombres tienen mayor probabilidad de solicitar tratamiento, tal vez porque la fobia social sea más incapacitante para los hombres que para mujeres al interferir más intensamente en el desarrollo de sus actividades cotidianas (Weinstock, 1999). En cuanto al consumo de psicofármacos, en el estudio de Furmark *et al.*, (1999), alrededor del 13% de los sujetos con fobia social admitieron el uso de medicación, aunque muy pocos manifestaron que la ansiedad social fuera el problema.

Comorbilidad

Los sujetos con un diagnóstico primario de ansiedad social generalmente también manifiestan síntomas asociados con otros trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias tóxicas como el alcohol u otras drogas legales e ilegales. De hecho, se estima que entre el 70% y el 80% de los sujetos con fobia social cumplen los criterios diagnósticos para al menos otro trastorno psiquiátrico (Lecrubier y Weiller, 1997; Merikangas y Angst, 1995; Schneier *et al.*, 1992).

Los trastornos comórbidos más frecuentemente relacionados con la ansiedad social son la depresión mayor (Bisserbe, Weiller, Boyer, Lépine y Lecrubier, 1996; Degonda y Angst, 1993; Faravelli *et al.*, 2000; Pini, Cassano, Simonini, Savino, Russo y Montgomery, 1997; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen y Beloch, 1996), los trastornos de ansiedad (Angst, 1992; Faravelli *et al.*, 2000; Lépine *et al.*, 1995; Magee *et al.*, 1996) y el abuso del consumo de sustancias tóxicas (Degonda y Angst, 1993; Lecrubier y Weiller, 1997; Lépine y Lellouch, 1995). Por ejemplo, Magee *et al.*,

(1996) hallaron que las condiciones comórbidas más frecuentes eran otros trastornos de ansiedad (56,9%), seguidos de los trastornos afectivos (41,4%) y el abuso de sustancias tóxicas (39,6%). Otros trastornos comórbidos que han sido asociados con la ansiedad social son el trastorno de la personalidad por evitación (Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Jansen *et al.*, 1994; Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002); Schneier *et al.*, 1991; Tillfors, *et al.*, 2001; Turner, *et al.*, 1992) y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Ramos *et al.*, 2002).

Comorbilidad entre la fobia social y otros trastornos de ansiedad

Según los criterios del DSM-III-R (APA, 1987), el trastorno comórbido más frecuentemente asociado con la fobia social es la agorafobia, seguido por el trastorno de pánico y la fobia específica. El único estudio epidemiológico realizado hasta la fecha con criterios del DSM-IV (Wittchen *et al.*, 1999) concluye, sin embargo, una mayor comorbilidad entre fobia social y el trastorno por estrés postraumático, seguido por la agorafobia sin historia de trastorno de pánico y el trastorno de pánico con o sin agorafobia. Hay que indicar que estas tasas fluctuaron de forma significativa al dividir los autores la muestra en sujetos con fobia social generalizada y no generalizada. Así, mientras los sujetos con fobia social generalizada presentaban una mayor comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático y agorafobia sin historia de trastorno de pánico, los trastornos comórbidos más diagnosticados en los sujetos con fobia social no generalizada eran el trastorno de pánico con o sin agorafobia y la fobia específica.

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

En el trabajo de Albano, Chorpita, y Barlow (1996), realizado con una muestra de 138 jóvenes con edades comprendidas entre los 8 y los 17 años, el 30% recibió el diagnóstico de fobia social según los criterios del DSM-III-R. El trastorno comórbido más frecuente fue el de ansiedad excesiva (43%), seguido de la fobia simple (26%).

Beidel, Turner y Morris (1998) usando los criterios del DSM-IV, informaron de tasas de comorbilidad en una muestra de sujetos con fobia social y una edad media de 10,1 años. Las tasas de comorbilidad más altas fueron para el trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica, ambos de un 10%.

En Alemania, en el estudio de Essau *et al.* (1999), se halló que los trastornos de ansiedad que más frecuentemente se encuentran asociados a la fobia social en la adolescencia, para una muestra de sujetos cuyo rango de edad iba desde los 12 a los 17 años, eran la agorafobia (23,5%) seguida por el trastorno obsesivo-compulsivo (11,8%) y la fobia específica (5,9%). Estos autores no encontraron comorbili-

dad con otros trastornos con los que otros estudios si la habían encontrado, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno por estrés postraumático.

Comorbilidad entre la fobia social y trastornos del estado del ánimo

Se estima que los sujetos con ansiedad social tienen una probabilidad entre dos y tres veces mayor que los sujetos sin problemas a la hora de desarrollar depresión mayor o distimia (Kessler, Stang, Wittchen, Stein y Walters, 1999).

Dos de los más importantes estudios epidemiológicos han evaluado la comorbilidad entre la fobia social y la depresión. El primero de ellos, el ECA (*Epidemiologic Catchment Area*; Schneier *et al.*, 1992), se encontró que el 16,6% de los sujetos diagnosticados con fobia social también cumplía los criterios de depresión mayor. En el segundo estudio, el NCS (*National Comorbidity Survey*, Kessler *et al.*, 1994), la tasa de comorbilidad encontrada entre la fobia social y la depresión mayor fue mucho mayor, del 37,2%, siendo la depresión mayor el segundo trastorno comórbido de más prevalencia entre personas con fobia social (Magee, *et al.*, 1996). Pero es más, la fobia social parece haber precedido a los trastornos del estado de ánimo en un porcentaje que oscila entre el 70% y el 80% de los casos (Kessler *et al.*, 1999; Lepine *et al.*, 1993; Schneier *et al.*, 1992; Stein *et al.*, 1990; Weiller *et al.*, 1996; Wittchen *et al.*, 1999).

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

Pese a que la mayoría de estudios se han centrado en investigar la comorbilidad entre depresión y distimia, Perugi, Akiskal, Ramacciotti, Nassini, Toni, Milanfranchi *et al.* (1999) han mostrado la relevancia de la asociación entre la fobia social y el trastorno bipolar II. En este estudio, este trastorno aparecía asociado con la fobia social en el 21% de los casos, siendo la tasa de comorbilidad hallada para el trastorno obsesivo-compulsivo del 17,7% y del 5,0% para el trastorno de pánico.

En población infanto-juvenil, Strauss y Last (1993) hallaron que el 10% de los sujetos con fobia social reunían también los criterios de depresión mayor. Una proporción similar a ésta (8%) ha sido informada en un trabajo posterior (Beidel, Turner y Morris, 2000). Sin embargo, Essau *et al.*, (1999) encontraron tasas más altas: 23,5% y 5,1% para el episodio depresivo mayor y el trastorno distímico, respectivamente.

Comorbilidad entre fobia social y el abuso o la dependencia del consumo de sustancias tóxicas

La prevalencia del abuso o dependencia del consumo de alcohol entre personas con fobia social es de alrededor de un 22% (Himle y Hill, 1991; Kessler *et al.*, 1997; Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd y Goodwin, 1990) y entre los sujetos que solicitan tratamiento para la ansiedad social informan problemas con el control del

abuso del alcohol en tasas que oscilan entre el 19% y el 28% (Regier *et al.*, 1990; Himle y Hill, 1991; Van Ameringen *et al.*, 1991).

Con población adolescente, Essau *et al.* (1999) encontraron que el 23,5% de los sujetos con fobia social también presentaban abuso o dependencia de alcohol y de otras sustancias.

La ocurrencia de comorbilidad relativa al abuso de alcohol en sujetos diagnosticados con fobia social también ha sido estudiada en muestras clínicas. Esta tasa oscila entre el 2% (Herbert *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1991, 1992) y el 20% (Perugi y Savino, 1990; Van Amerigen, Mancini, Styyan y Donison, 1991). En la investigación Schneier *et al.* (1992), la tasa hallada fue del 16%.

Distintos estudios con muestras clínicas también han evaluado en qué medida la fobia social puede preceder o ser consecuencia del abuso o dependencia del consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas. Los resultados han revelado que la fobia social parece anteceder al abuso del consumo de alcohol entre el 25% y el 94% de los casos (Lydiard *et al.*, 1992 falta referencia; Smail, Stockwell, Canter y Hodgson, 1984; Schneier *et al.*, 1992; Stravynski *et al.*, 1986; Weiller *et al.*, 1996; Wittchen *et al.*, 1999), al consumo de tabaco (Sonntag *et al.*, 2000) y al abuso conjunto de tabaco, alcohol y cocaína (Baker, 2001).

Comorbilidad con los trastornos de la conducta alimenticia

Hasta la fecha son muy escasos los estudios sobre la relación entre la fobia social y los trastornos de la conducta alimenticia. Sin embargo existe la observación clínica de que aquellos sujetos que presentan trastornos de la conducta alimenticia tienen mayor probabilidad de sufrir ansiedad social (Lecrubier *et al.*, 2000) y que en la mayoría de los casos la ansiedad social ocurre antes que los trastornos de la conducta alimenticia (Wittchen *et al.*, 1999). Véase a este respecto el trabajo de Fernández Jiménez, Badía, Jaurrieta, Solano y Vallejo (2003).

Discusión y conclusiones

En primer lugar, hemos de indicar que el hecho de que las tasas de prevalencia varíen de unos estudios a otros puede deberse a aspectos metodológicos tales como el número de situaciones evaluadas o la naturaleza de éstas, los instrumentos de evaluación utilizados, las características de la muestra y muy especialmente los límites relativos a los criterios de interferencia y malestar que determinan el diagnóstico de la fobia social.

Por otra parte, como puede observarse en la Tabla 2, en general las tasas de prevalencia de los estudios que siguen los criterios del DSM-III-R y DSM-IV son más elevadas que las del DSM-III. Chapman *et al.* (1995) argumentan que esto puede ser debido a que mientras que en el DSM-III no se permitía el diagnóstico conjunto de fobia social y trastorno de personalidad por evitación, en el DSM-III-R y DSM-IV se permite e incluso se sugiere porque, a la vista del elevado solapamiento existente

entre estos dos trastornos (Antony, 1997; Widiger, 1992), es probable que durante el período de influencia de los criterios del DSM-III para el diagnóstico de la fobia social se hayan minimizado éstos, en muchos casos a favor del trastorno de personalidad por evitación.

Así mismo, el DSM-III-R y el DSM-IV han ampliado el dominio de definición de la fobia social, complementando el reduccionismo inicial del DSM-III, lo cual parece corresponderse más con la evidencia empírica aportada por el estudio de los sujetos con este trastorno (véase el apartado anterior). Pese a ello, en niños y adolescentes, Beidel y Turner (1998) consideran que las tasas de prevalencia que se obtienen en los estudios epidemiológicos comentados pueden ser incluso inferiores a las reales ya que, bajo los criterios del DSM-III-R, los sujetos que presentaban ansiedad social también podían cumplir los criterios del trastorno por ansiedad excesiva infantil (ahora incluido en el trastorno de ansiedad generalizada) o del trastorno de evitación infantil (actualmente englobado en la fobia social).

Respecto a las variables sociodemográficas, parece que la fobia social es más frecuente entre mujeres que entre hombres, aunque sean estos últimos los que más solicitan tratamiento porque, como hemos indicado, en ellos el grado de interferencia para el desarrollo de sus actividades cotidianas sea mayor. Asimismo, los datos disponibles indican que existe una alta probabilidad de que los sujetos con ansiedad social estén solteros, divorciados o viudos, tengan un nivel educativo y socioeconómico menor que los sujetos control y, en consecuencia, también presenten peor situación laboral que los sujetos sin ansiedad social, lo que conlleva menores ingresos económicos. Por todo ello es posible hipotetizar que la ansiedad social interfiere de manera significativa en el desempeño del sujeto que la padece en numerosas áreas de su vida cotidiana (laboral, social, educativa, familiar), teniendo como consecuencia una reducción muy significativa de su calidad de vida. No obstante, a día de hoy desconocemos si el hecho de hallarse situado en niveles socioeconómicos bajos puede contribuir al desarrollo de la fobia social, o si ésta propicia que el sujeto obtenga un peor rendimiento académico, rehuya una formación superior y, por tanto, no pueda acceder a puestos de trabajo mejor remunerados.

En relación con la comorbilidad, tanto los resultados de los estudios epidemiológicos con muestras comunitarias como clínicas señalan tasas de comorbilidad elevadas, especialmente en el caso de la fobia social generalizada. De hecho, a partir de los datos que han proporcionado las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha se puede hipotetizar la existencia de un patrón comórbido distinto en función del subtipo de fobia social que presente el sujeto. Estas diferencias plantean el interrogante de si estamos hablando de diferencias cuantitativas o cualitativas entre los subtipos de fobia social. Nuestra posición a este respecto es la que se recoge en Olivares y Caballo (2003), en el presente monográfico.

Volviendo a los datos relativos a la comorbilidad, como hemos señalado anteriormente, Lecrubier (1998) encontró que una edad de inicio temprana de la fobia social (inferior a los 15 años) parecía elevar el riesgo de desarrollar tasas de comorbilidad más altas respecto de los trastornos de ansiedad como la agorafobia, los

trastornos del estado del ánimo (especialmente depresión), problemas de salud como los derivados del abuso del alcohol y los trastornos de la conducta alimenticia. Nos parece conveniente recordar la necesidad de seguir poniendo a prueba la hipótesis que tales resultados permiten formular.

Además, como revelan los datos expuestos anteriormente, en la mayoría de los casos, la fobia social parece preceder al inicio de los trastornos comórbidos, lo pone el acento en la conveniencia e importancia de diseñar programas de tratamiento que impliquen la detección e intervención temprana en la población infantil y adolescente. No obstante todavía se precisa de mayor evidencia empírica, desde nuestro punto de vista.

Finalmente, los datos de la presente revisión nos permiten subrayar que:

- (i) En la medida en que ha ido delimitándose el constructo de fobia social, en la línea requerida por la psicología científica, haciéndose más específicos y concretos los criterios biosociales aceptados por la comunidad científica para su diagnóstico clínico, mejorando el diseño y las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación, las tasas de prevalencia obtenidas por los distintos estudios epidemiológicos reducen sus diferencias, pese a que todavía sean éstas notables entre algunos estudios realizados en el mismo país y año por distintos investigadores;
- (ii) Pese a las mejoras reconocidas en el apartado previo, seguimos necesitando una mayor fundamentación empírica de las categorías diagnósticas que utilizamos, así como una delimitación más precisa para reducir al máximo los solapamientos y sobreclusiones que todavía se producen;
- (iii) Con el desarrollo de los tratamientos psicológicos multicomponentes aplicados en grupo y diseñados de acuerdo con las variables relevantes que participan del mantenimiento de los trastornos de la conducta, según los modelos funcionales creados *ad hoc*, cada vez adquieren mayor relevancia las categorías diagnósticas biopsicosociales recogidas en los DSM en relación con la elección de los tratamientos. Ello no supone la eliminación del análisis funcional, pero sí implica una superación de la función asignada hasta no hace mucho por los psicólogos conductuales a estos constructos nosológicos; ahora su papel va mucho más allá de servir como meros instrumentos para la comunicación interprofesional e institucional. Por ello, en la medida en que contribuyamos a mejorarlas estaremos también ayudando a que sean más fiables los datos obtenidos en nuestros estudios epidemiológicos, así como a incrementar las probabilidades de elección de un buen tratamiento cuando trabajemos con grupos.
- (iv) Seguir avanzando requiere también del esfuerzo de los investigadores de todos los países para proseguir en la unificación de nuestras estrategias e instrumentos de evaluación. Disponer de las mismas herramientas validadas para los distintos contextos culturales, grupos de edad y género, sigue siendo una tarea deseable y necesaria, pero obviamente inconclusa.

Referencias

- Albano, A. M., Chorpita, B. y Barlow, D. (1996). Childhood anxiety disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology* (pp. 196-241). Nueva York: Guilford.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición) (DSM-III). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición-revisada) (DSM-III-R). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 69-76.
- Andrews, G., Henderson, S. y Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian national mental health survey. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 145-153.
- Angst, J. (1992). Comorbidity of panic disorder in a community sample. *Clinical Neuropharmacology*, *15*, 176-177.
- Antony, M. M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*, 826-834.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1992). Scoring the Social Phobia and Anxiety Inventory: Comments on Herbert et al. (1991). *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 331-337.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 1072-1080.
- Bisserbe, J. C., Weiller, E., Boyer, P., Lépine, J. P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *International Clinical Psychopharmacology*, *11*, 25-28.
- Bland, R. C., Orn, H., y Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *77*, 24-32.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, *2*, 97-112.
- Bryant, B. y Trower, P. E. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology*, *44*, 13-21.
- Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martínez, R., Seasman, M. y Guevara, L. M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 727-735.
- Chang, S. C. (1984). English-language review of Yamashita, I, *Taijin-Kyoshō*: Kenehara. *Transcultural Psychiatry Review*, *21*, 283-288.
- Chapman, T. F., Mannuzza, S. y Fyer, A. J. (1995). Epidemiology and family studies of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 21-40). Nueva York: Guilford.

- Chavira, D. A., Stein, M. B. y Malcarne, V. L. (2002). Scrutining the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 585-598.
- Craske, M.G. y Glover, D.A. (en prensa). Anxiety disorders. En E. M. Palace (dir.), *Women's health: A behavioral medicine approach*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Crespo, A. A., Ontoso, I. A. y Grima, F. G. (1998). Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atención Primaria*, 21, 265-269.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K. y Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Degonda, M. y Angst, J. (1993). The Zurich Study XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 95-102.
- DeWitt, D. J., MacDonald, K. y Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Vivani, B., Salmoria, R. y Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Faravelli, C. B., Innocenti, G. D. y Giardinelli, L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 308-312.
- Feehan, M., McGee, R., Nada Raja, S. y Williams, S. M. (1994). DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 87-99.
- Fernández, F., Jiménez, S., Badía, A., Jaurieta, N., Solano, R. y Vallejo, J. (2003). Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 11, 517-525.
- Francis, G., Last, C. G. y Strauss, C. C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- George, L. K., Hughes, D. C. y Blazer, D. G. (1986). Urban/rural differences in the prevalence of anxiety disorders. *American Journal of Social Psychiatry*, 6, 249-258.
- Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. y Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717.
- Hazen, A. L. y Stein, M. B. (1995). Clinical phenomenology and comorbidity. En M.B. Stein (dirs.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 3-41). Washington, DC: APA.
- Herbert, J. D. (1995). An overview of the current status of social phobia. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 39-51.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S., Hope, D. A. y Mueser, K. T. (1992). Scoring the Social Phobia and Anxiety Inventory: Reply to Beidel and Turner. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 381-383.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.

- Himle, J. A. y Hill, E. M. (1991). Alcohol abuse and the anxiety disorders: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 237-245.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Hwu, H., Yeh, E.K. y Chang, L.Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 136-147.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: F. Alcan.
- Jansen, M. A., Arntz, A., Merckelbach, H. y Mersch, P. P. A. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 391-395.
- Jiménez, L., Saiz, P. J., Bascarán, M.T. e Iglesias, C. (1999). Epidemiología del trastorno por ansiedad social. En J. Bobes, González, M.P., Saiz, P.A. y Bousoño, M. (dirs.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 3-14). Barcelona: Masson.
- Kashani, J. H. y Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelations of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.
- Kessler, R. C., Stein, M. B. y Berglund, P. A. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 801-808.
- Kringlen, E., Torgersen, S. y Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P. Shaw, K. y Stone, W. L. (1988). Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91.
- Leclubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl. 17), 33-37.
- Leclubier, Y. y Weiller, E. (1997). Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, S17-S21.
- Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y. S., Han, J. H., Choi, J. O. y Lee, Y. H. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea I: Gender and age differences in Seoul. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 242-246.
- Lépine, J. P. y Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Neuropharmacology*, 18, S15-S26.
- Lépine, J. P., Lellouch, J., Lovell, A., Teherani, M. y Pariente, P. (1993). L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confront Psychiatriques*, 35, 139-161.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. y Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and risk of social phobia in offspring. A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.

- Lindal, E. y Stefanson, J. G. (1993). The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 29-34.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. y Fier, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A. y Kelley, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.
- Merikangas, K. R. y Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Behavioral Science*, 244, 297-303.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D. C., Goering, P., Lin, E., Wong, M. y Racine, Y. A., (1996). One-year prevalence of psychiatric disorders in Ontarians 15-64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 559-563.
- Olivares, J. (en prensa). Introducción. En J. Olivares (dir.), *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Caballo, V.E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-515.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1997). *DSM-IV*. Texto traducido y adaptado para su aplicación en población adolescente española. Mimeografiado. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Ono, Y., Yoshimura, K., Yamauchi, K., Asai, M., Young, J., Fujuhara, S. y Kitamura, T. (2001). Taijin kyofusho in a Japanese community population. *Transcultural Psychiatry*, 38, 506-514.
- Patel, A.; Kanpp, M., Henderson, J. y Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 69, 221-233.
- Pélissolo, A., André, C., Moutard-Martin, F., Wittchen, H. U. y Lépine, J.P. (2000). Social phobia in the community: relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European Psychiatry*, 15, 25-28.
- Perugi, G.S., Akiskal, H.S., Ramacciotti, S., Nassini, S., Toni, C., Milanfranchi, A. y Musetti, L. (1999). Depressive comorbidity of panic, social phobia and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar connection? *Journal of Psychiatry Research*, 33, 53-61.
- Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A. y Montgomery, S. A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 42, 145-153.
- Pollard, C. A. y Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 440-445.
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W, McGee, R., Davies, S. y Silva, P. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 159-163.
- Ramos, V., Olivares, J., Piqueras, J.A. y Rosa, A. I. (2002, noviembre). Comorbilidad entre el trastorno de personalidad por evitación (TPE) y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP) con el trastorno de ansiedad social generalizada en población adolescente. *I Symposium sobre trastornos de la personalidad: Evaluación y tratamiento*, Granada.

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, *264*, 2511-2518.
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T. y Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, *173*, 24-28.
- Reinherz, H. Z., Giacony, R. M., Lefkowitz, E. S., Pakiz, B. y Frost, A. K. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 369-377.
- Robins, L., Helzer, J., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 381-389.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. S., Sartorius, N. y Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1069-1077.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 282-288.
- Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Fyer, A. J. y Liebowitz, M. R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *32*, 496-502.
- Shaffer, D., Fisher, P. Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Swab-Stone, M. E., Lahye, B. B., Bourdon, K., Jensen, P. S., Bird, H. R., Canino, G. y Regier, D.A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 865-872.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S. y Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, *144*, 53-57.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Höfler, M., Kessler, R. C. y Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, *15*, 67-74.
- Steffánson, J. G., Lindal, E., Björnsson, J. K. y Gudmundsdóttir, A. (1991). Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *84*, 142-149.
- Stein, M. B., Walker, J. R. y Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 408-412.
- Stein, M. B., Walker, J. R. y Forde, D. R. (1996). Public-speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 169-174.
- Strauss, C. C. y Francis, G. (1989). Phobic disorders. En C.G. Last y M. Hersen (dirs.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (pp. 170-190). Nueva York: Wiley.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y. y Lavallée, Y.J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, *31*, 714-719.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 209-223.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. R. y Jacob, R.G. (1991). Social phobia: axis I and axis II correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 102-106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 168-172.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Styyan, G. y Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders, 21*, 93-99.
- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. y Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican americans in California. *Archives of General Psychiatry, 55*, 771-778.
- Wacker, H. R., Mulleijans, R., Klein, K. H. y Battegay, R. (1992). Identification of cases of anxiety disorder and affective disorders in the community according to the ICD-10 and DSM-III-R using the composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2*, 91-100.
- Weiller, E., Bisserbe, J. C., Boyer, P., Lépine, P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care. *British Journal of Psychiatry, 168*, 169-174.
- Weinstock, L. S. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 9-13.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Lee, C. K., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M. y Wickramaratne, P. J. (1996). The cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology, 11*, 3-14.
- Wells, J. E., Bushnell, J. A., Hornblow, A. R., Joyce, P. R. y Oakley-Browne, M. A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 23*, 315-326.
- Wells, J. C., Tien, A. Y., Garrison, R. y Eaton, W. W. (1994). Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*, 84-90.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary of three studies. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 340-343.
- Wittchen, H. U., Essau, C. A., Zerssen, D. Von, Krieg, J. C. y Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 241*, 247-258.
- Wittchen, H. U., 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.
- Zimbardo, P. G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.