

DELIMITACIÓN DE SUBTIPOS CLÍNICOS EN LA FOBIA SOCIAL

Soledad Quero¹, Rosa María Baños², Cristina Botella¹
y Myriam Gallardo¹

¹Universidad Jaime I de Castellón; ²Universidad de Valencia (España)

Resumen

La heterogeneidad que caracteriza a la fobia social (FS) ha generado un gran debate durante los últimos años que ha llevado a diferentes autores a proponer la inclusión de distintos subtipos dentro de esta categoría diagnóstica. Así, un primer objetivo de este trabajo fue precisamente analizar de qué modo los subtipos propuestos por Turner (Turner, Beidel y Townsley, 1992) y Heimberg (Heimberg y Holt, 1989) diferenciaban a una muestra de personas diagnosticadas de FS en variables clínicas y psicopatológicas relevantes. Por otra parte, un segundo objetivo fue examinar la utilidad de las situaciones listadas en la ADIS-R (DiNardo *et al.*, 1985) como heurísticos a la hora de realizar tipologías de FS. En líneas generales, los resultados de este estudio mostraron que, independientemente de la clasificación que se tomara como referencia, las personas que tenían un mayor abanico de situaciones sociales presentaban un grado mayor de psicopatología. Por último, el análisis de conglomerados de las situaciones de la ADIS-R arrojó tres subtipos de FS: Miedo a hablar en público, FS circunscrita y FS generalizada.

PALABRAS CLAVE: *Ansiedad social, fobia social, subtipos, situaciones sociales, análisis de conglomerados.*

Abstract

The heterogeneity that characterizes Social Phobia (SP) has produced a heated debate in recent years which has led different authors to recommend the inclusion of different subtypes within this diagnostic category. In consequence, a first aim of this work was precisely to analyze how the subtypes proposed by Turner (Turner, Beidel & Townsley, 1992) and Heimberg (Heimberg & Holt, 1989) differentiated a sample diagnosed with SP in relevant psychopathological and clinical variables.

Correspondencia: Cristina Botella Arbona, Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universitat Jaume I. 12071, Castellón (España). E-mail: botella@psb.uji.es

Este trabajo ha sido subvencionado por un proyecto de investigación de la Fundació Caixa Castelló-Bancaixa (P1B9702) y por un proyecto de investigación de la Conselleria de Cultura, Educació y Ciència (Generalitat Valenciana) (GV-2421/94).

Secondly, we set out to examine the utility of the situations listed in the ADIS-R (DiNardo *et al.*, 1985) as heuristics in realizing SP typologies. Overall, the results of this study pointed out that, regardless of the classification taken into consideration, the participants who feared a broader range of social situations showed a higher degree of psychopathology. Finally, three possible SP subtypes were derived from the cluster analysis of the situations listed in the ADIS-R: Fear of Public Speaking, Restricted SP and Generalized SP.

KEY WORDS: *Social anxiety, social phobia, subtypes, social situations, cluster analysis.*

Introducción

El concepto y el diagnóstico de Fobia social (FS) ha generado un gran debate durante los últimos años. Una parte importante de este debate se ha centrado en la heterogeneidad de esta categoría diagnóstica, lo que ha llevado a proponer la inclusión de distintos subtipos. Sin embargo, los criterios que se han barajado y se barajan para establecer estos subtipos son bastante diversos, planteándose si debería hacerse en función del tipo de situación temida o de la extensión de sus miedos sociales (Hope y Heimberg, 1993). Por ejemplo, Liebowitz (1987) propuso la existencia de dos tipos de ansiedad social, a los que denominó «*ansiedad ante la interacción social*» (p.ej., hablar con figuras de autoridad, mantener una conversación) y «*ansiedad ante la actuación*» (p.ej., escribir delante de gente, comer en público). Esta diferenciación se ha reflejado incluso en algunos cuestionarios y medidas de la FS (Liebowitz, 1987; Mattick y Clarke, 1989). Sin embargo, otros intentos de división han considerado, no tanto el tipo de situación que teme la persona, como el grado en que la ansiedad se generaliza a través de distintas situaciones sociales. Es decir, algunas personas temerían únicamente una situación (p.ej. hablar en público), mientras que otras temerían una amplia variedad de situaciones sociales. Esta última opción es por la que se decantó el DSM-III-R (APA, 1987) y que se sigue manteniendo en el DSM-IV (APA, 1994). El principal problema con esta clasificación es que no ofrece una propuesta clara que defina qué son «*la mayoría de las situaciones sociales*». Por ejemplo, puede referirse a «*la mayoría de tipos de situaciones*» (aunque queda sin aclarar cuántas son «*la mayoría*»); pero también puede tomarse como «*las situaciones más comunes*» (como reuniones informales y conversaciones), frente a las menos comunes (como dar discursos o asistir a reuniones formales). Así pues, la decisión final ha sido dejada en manos del clínico. Ésta ha sido una queja frecuentemente expresada por diversos autores (Brown, Heimberg y Juster, 1995; Heimberg y Holt, 1989; Heimberg *et al.*, 1992; Herbert Hope y Bellack, 1992; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Hope, Herbert y White, 1995; Juster, Heimberg y Holt, 1996; Turner, Beidel y Townsley, 1992) y, en consecuencia, se han lanzado distintas propuestas para intentar delimitar con mayor precisión los criterios de asignación a los distintos subtipos de FS.

Por una parte, Heimberg y Holt (1989), plantean una propuesta de tres subtipos: (a) FS específica si se presenta ansiedad en un número limitado de situaciones muy concretas (no más de dos y relacionadas con situaciones de ejecución: hablar,

comer, escribir en público, etc.); (b) FS no generalizada si se teme y evita muchas situaciones y contextos sociales diferentes, pero aún se conserva un funcionamiento adecuado en algunas áreas; y (c) FS generalizada si se teme y evita prácticamente todos los dominios o situaciones sociales. Aunque Heimberg y Holt (1989) basan su clasificación en la diferenciación entre situaciones de interacción contingente y no contingente, finalmente acaban utilizando un criterio cuantitativo. No podemos dejar de hacer notar que la expresión empleada por estos autores de «virtualmente todos los dominios de interacciones sociales contingentes y no contingentes» (Hope *et al.*, 1995, p. 401) para el subtipo de FSG recuerda a la expresión «la mayoría de situaciones» del DSM.

Por otra parte, Turner *et al.* (1992) optan por el criterio de frecuencia de ocurrencia de las situaciones sociales a la hora de definir cuáles sí y cuáles no son «la mayoría de las situaciones» y establecieron la existencia de dos subtipos: (a) FS generalizada si se temen situaciones más frecuentes tales como fiestas o reuniones sociales, iniciar o mantener conversaciones, etc.; (b) FS específica, si se temen situaciones circunscritas, consideradas como menos frecuentes o habituales, como dar discursos, hablar en reuniones, comer o escribir en público o utilizar aseos.

El debate en torno a la clasificación en subtipos de FS continúa vigente, ya que la definición poco precisa que proporciona el DSM de FS generalizada ha provocado una falta de acuerdo entre distintos autores. Sin embargo, todos los expertos reconocen la necesidad de contar con una clasificación validada y aceptada por la mayoría. El propósito último es establecer una tipología en FS que ofrezca información útil en cuanto a sintomatología, características sociodemográficas, etiología, curso, pronóstico y respuesta al tratamiento. En este sentido, en los últimos años se han realizado diversos estudios para determinar las diferencias y similitudes (si es que las hay) entre los distintos subtipos propuestos, sobre todo, entre la FS generalizada y la no generalizada (Boone *et al.*, 1999; Brown *et al.*, 1995; Heimberg *et al.*, 1992; Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Hope *et al.*, 1995; Kachin, Newman y Pincus, 2001; Levin *et al.*, 1993; Tran y Chambless, 1995; Turner *et al.*, 1992; Turner *et al.*, 1996). En general, los resultados obtenidos apoyan la distinción entre FS generalizada y FS específica o discreta. La FS generalizada suele tener una edad de comienzo más temprana, está asociada a un nivel de estudios más bajo, a un mayor grado de ansiedad y depresión y a un deterioro funcional mayor. Además, suele tener una peor respuesta a los tratamientos, aunque éstos también son eficaces para esta condición. A pesar de estas diferencias, es importante señalar que estos estudios presentan ciertas limitaciones. La primera hace referencia a la utilización de distintas definiciones. Por ejemplo, se ha entendido la FS específica únicamente como miedo a hablar en público, excepto en el estudio de Turner *et al.* (1992), en el que se incluía también el miedo a comer, escribir y usar aseos públicos. Este problema hace difícil la tarea de establecer comparaciones entre trabajos. Otra limitación es que los estudios se han centrado en la comparación entre FS generalizada y FS no generalizada, y se echan a faltar estudios que comparen la FS específica y la FS no generalizada.

Como señala el «*International Consensus Group*», todavía no puede afirmarse si existen diferencias sólo cuantitativas (principalmente de gravedad) o también

cualitativas entre ambos subtipos, si la condición no generalizada podría convertirse en generalizada, y si la intervención temprana podría prevenir este desarrollo (Ballenger *et al.*, 1998).

El objetivo del presente trabajo se centra en estudiar si dentro de la categoría diagnóstica de FS se pueden establecer tipologías que recojan aspectos clínicos y psicopatológicos relevantes, es decir, tipologías que reflejen diferencias en la sintomatología, la gravedad, el curso y la respuesta al tratamiento. Hasta la fecha, las dos propuestas principales (es decir, las que más investigación han generado) son las del grupo de Turner (Turner *et al.*, 1992) y las del grupo de Heimberg (Brown *et al.*, 1995; Heimberg y Holt, 1989; Heimberg *et al.*, 1992; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Hope *et al.*, 1995; Juster *et al.*, 1996). El primer objetivo es analizar de qué modo los subtipos propuestos por estos dos grupos diferencian a una muestra de personas diagnosticadas de FS en variables clínicas y psicopatológicas relevantes.

Por otra parte, a la hora de realizar las tipologías, diversos estudios (p. ej., Brown *et al.*, 1995; Holt *et al.*, 1992; Hope *et al.*, 1995; Turner *et al.*, 1992) se han apoyado en la lista de situaciones sociales de la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad, ADIS-R (DiNardo *et al.*, 1985) que rastrea el temor y la evitación de la persona en tales situaciones. En esta línea, el segundo objetivo de este trabajo es examinar la utilidad de las situaciones listadas en la ADIS-R como heurísticos a la hora de realizar tipologías de FS.

Método

Sujetos

La muestra estaba compuesta por un total de 91 personas procedentes del Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I de Castellón. Todos los participantes fueron diagnosticados de FS siguiendo los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). De toda la muestra dos participantes fueron excluidos debido a la presencia de un diagnóstico principal de trastorno depresivo mayor y episodios psicóticos, respectivamente. La descripción de la muestra se ofrece en la tabla 1.

Tabla 1
Datos demográficos de la muestra total

<i>Edad (en años)</i>		<i>Género</i>	
Rango	18-63	Varones	36,3%
Media (DT)	26,90 (9,18)	Mujeres	63,7%
<i>Estudios</i>		<i>Estado civil</i>	
Sin estudios	1,1%	Solteros	52,9%
Básicos	5,6%	Con pareja	28,7%
Medios	12,2%	Casados	18,4%
Superiores	62,2%		
Titulación	18,9%		

Material y procedimiento

ESCALAS Y CUESTIONARIOS:

El conjunto de instrumentos de evaluación se detalla a continuación.

Variables clínicas relevantes:

- *Entrevista de Admisión*: Entrevista diseñada por nuestro equipo y de uso rutinario en nuestro Servicio de Asistencia Psicológica. Incluye, entre otras variables, la edad de aparición y duración del problema, la gravedad de éste percibida por el participante y evaluada en una escala de 0 (*Leve*) a 10 (*Muy grave*), la comorbilidad en el Eje I y el consumo de medicación.
- *Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad, ADIS-R* (Di Nardo et al., 1985): presenta una lista de 11 situaciones sociales (*fiestas, reuniones, comer en público, utilizar aseos públicos, hablar ante un grupo/pronunciar un discurso, escribir en público, citas, hablar con personas de autoridad, ser asertivo, iniciar una conversación y mantener una conversación*) y rastrea el temor y evitación de la persona en tales situaciones. Otros aspectos que evalúa son la presencia de *desencadenantes* y la *interferencia del problema* en una escala de 0 (*Ninguna*) a 4 (*Mucha*).
- *Entrevista de Trastornos de Personalidad*: Este instrumento también fue diseñado por nuestro equipo para su aplicación en este estudio. Rastrea uno a uno los criterios de tres trastornos de personalidad del DSM-IV que guardan similitudes con la FS: trastorno de personalidad por evitación, trastorno paranoide de la personalidad y trastorno esquizoide de la personalidad (Hope y Heimberg, 1993).
- *Escalas de Temor y Evitación* (adaptadas de Marks y Mathews, 1979). El paciente y el terapeuta establecen 3 ó 4 conductas o situaciones que el paciente evita debido a la ansiedad social y que le gustaría ser capaz de afrontar al finalizar el tratamiento. El paciente evalúa el nivel de temor en una escala de 0-10, donde 0 = *Ningún miedo* y 10 = *Mucho miedo*; y el nivel de evitación en otra escala de 0-10, donde 0 = *Nunca evito* y 10 = *Siempre evito*. En este trabajo únicamente se utilizó la conducta objetivo principal de cada participante.

Cuestionarios de psicopatología general:

- *Inventario de Depresión de Beck* (BDI, Beck, 1978). Autoinforme de evaluación de depresión compuesto por de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. Mide, principalmente, aspectos cognitivos, aunque también aspectos fisiológicos y comportamentales.
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger* (STAI, Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) (Versión española de TEA, 1982). Autoinforme

que contiene dos escalas, cada una de ellas formada por 20 ítems que evalúan, respectivamente, ansiedad estado y ansiedad rasgo. Para este trabajo únicamente se aplicó la subescala de ansiedad rasgo (STAI-R).

- *Inventario de Personalidad de Eysenck Revisado, EPQ-R* (Eysenck y Eysenck, 1985) (Adaptación española para T.E.A. de Ortet, Ibáñez, Moro y Silva, 1997). Únicamente se aplicaron las subescalas de neuroticismo (EPQ-N) y extraversión (EPQ-E).
- *Escala de Autoconciencia Revisada (SCS-R, Scheier y Carver, 1985)* (adaptación de Baños, Belloch y Perpiñá, 1990). Este instrumento pretende medir la tendencia a la atención autofocalizada mediante 22 ítems a responder en una escala Likert de 4 puntos (0= *Nada*; 3=*Mucho*) que se agrupan en tres factores: Autoconciencia privada (formado por 9 ítems que evalúan el grado en que la persona dirige su atención hacia los pensamientos y sentimientos íntimos, que tienen que ver con su *self*), Autoconciencia pública (compuesto por 7 ítems que hacen referencia a una conciencia general de uno mismo como objeto social que tiene un efecto sobre los demás) y Ansiedad social (formado por 6 ítems que se refieren fundamentalmente a la reacción específica que se produce al focalizar la atención sobre el *self*).
- *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI: Anxiety Sensitivity Index; Peterson y Reiss, 1992)* (Traducción española de Sandín y Chorot, 1990). Se compone de 16 ítems que evalúan el miedo a la ansiedad y creencias sobre las posibles consecuencias de la ansiedad. El rango de respuesta va de 0 («*Nada en absoluto*») a 4 («*Muchísimo*»), de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 64.
- *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965) (Traducción española de Echeburúa, 1995). Mide el sentimiento de satisfacción o insatisfacción que tiene una persona consigo misma. Consta de 10 ítems, estructurados en una escala tipo Likert de 4 puntos que va de 1 («*estoy muy de acuerdo*») a 4 («*estoy muy en desacuerdo*»). Obtener una puntuación alta significa tener una alta autoestima.

Cuestionarios Específicos de FS

- *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Fear of Negative Evaluation Scale, FNE)*: versiones original (Watson y Friend, 1969) y abreviada (Leary, 1983). La FNE pretende evaluar el aspecto cognitivo de la ansiedad social y para ello se centra en el temor que la persona experimenta ante la posibilidad de ser juzgada negativamente por parte de los demás. La versión original consta de 30 ítems y el punto de corte propuesto para discriminar entre la población funcional de la disfuncional es de 22-24. La escala breve, de 12 ítems, emplea una escala tipo Likert de 5 puntos para consignar el grado en que cada uno de los ítems refleja o no a la persona (1= *Nada característico en mí*; 5= *Extremadamente característico en mí*) y presenta una elevada correlación (.96) con la escala original. Debido a que se utilizaron las dos versiones de esta escala, se tipificaron las puntuaciones obtenidas por los participantes para poder llevar a cabo los análisis estadísticos pertinentes.

- *Escala de Malestar y Evitación Social (Social Avoidance and Distress Scale, SAD; Watson y Friend, 1969)*. Consiste en 28 ítems referidos, por un lado, a la ansiedad que experimenta la persona en situaciones sociales (14 ítems) y, por otro, a la evitación activa o deseo de evitación de esas situaciones (14 ítems). El punto de corte propuesto para discriminar entre la población funcional de la disfuncional es de 18-20.
- *Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)* (Traducción española en Echeburúa, 1995). Mide cogniciones, síntomas somáticos y conductas de escape y evitación en situaciones sociales provocadoras de ansiedad para los individuos que sufren de FS. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos (1=*Nunca*; 7= *Siempre*). Consta de dos subescalas: Fobia social (32 ítems) y Agorafobia (13 ítems). Para el presente trabajo se aplicaron la subescala de FS (SPAI-FS) y la puntuación total (SPAI-T).

Procedimiento

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes para utilizar los datos derivados de su evaluación. La primera sesión de evaluación comenzaba por la Entrevista de Admisión, en la que si se observaban indicios de la presencia de FS, se procedía a pasar la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad-Revisada (ADIS-R) (Di Nardo *et al.*, 1985). Si ambas confirmaban el diagnóstico de FS, se procedía a la realización de una segunda sesión con el objetivo de completar la evaluación. Cada una de las sesiones de evaluación duraba aproximadamente entre 60 y 90 minutos y estaban separadas entre sí por una semana. A lo largo de estas sesiones, la persona iba cumplimentando, como tarea para casa, la batería de cuestionarios, tanto específicos de FS como de psicopatología general, así como diversas escalas para evaluar las variables clínicas relevantes consideradas en este estudio.

Resultados

Descripción de la muestra

En la Tabla 2 se presenta la composición de la muestra en cuanto a sus características clínicas, y en la Tabla 3 los descriptivos de los cuestionarios de psicopatología general y los específicos de FS.

Tipologías de fobia social

Siguiendo las directrices de los grupos de Turner (Turner *et al.*, 1992) y de Heimberg (Brown *et al.*, 1995; Heimberg y Holt, 1989; Heimberg *et al.*, 1992;

Tabla 2
Características clínicas de la muestra

Edad aparición problema		Duración problema (en años)	
0-12 años (Infancia)	34,9%	Rango	1-55
13-19 años (Adolescencia)	45,8%	Media (DT)	11,79 (10,49)
20-30 años (Juventud)	10,8%		
> 31 años (Edad adulta)	8,4%	Presencia de desencadenantes	
Gravedad subjetiva (0-10)		SÍ	52,5%
Media (DT)	7,77 (2,00)	NO	47,5%
0-2	1,2%		
3-5	13,2%	Principal conducta objetivo	
6-7	20,5%	Media (DT)	
8-10	65,1%	Evitación	7,10 (2,60)
Interferencia ADIS (0-4)		Temor	8,44 (1,47)
Media (DT)	3,05 (.80)	Comorbilidad Eje I	
0-2	24,1%	Sin diagnóstico adicional	74,7%
3-4	75,9%	<i>Trastornos de Ansiedad:</i>	24,1%
Comorbilidad Eje II		Agorafobia	4,8%
Sin diagnóstico adicional	64,5%	Ataques de Pánico	9,5%
<i>Diagnóstico Eje II:</i>	35,5%	Agorafobia + Ataques Pánico	9,5%
Evitación	85,2%	TOC	4,8%
Paranoide	18,5%	Fobia Específica	71,4%
Esquizoide	3,7%	<i>Otros:</i>	1,2%
		Trastorno Dismórfico Corporal	50%

Tabla 3
Descriptivos de los cuestionarios de psicopatología general y específicos de FS

	Media	DT
<i>BDI</i>	13,14	(8,76)
<i>STAI-R</i>	34,11	(10,48)
<i>EPQ-N</i>	16,64	(5,23)
<i>EPQ-E</i>	7,34	(4,29)
<i>SCS-Púb</i>	21,03	(3,00)
<i>SCS-Pri</i>	26,41	(4,36)
<i>SCS-Ans</i>	19,56	(3,53)
<i>ASI</i>	31,32	(13,13)
<i>Autoestima</i>	19,95	(7,79)
<i>FNE</i>	-2,50	(0,99)
<i>SAD</i>	20,51	(5,90)
<i>SPAI-FS</i>	122,31	(26,61)
<i>SPAI-T</i>	115,71	(29,15)

Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Hope *et al.*, 1995; Juster *et al.*, 1996) utilizamos la lista de situaciones de la ADIS-R para diagnosticar a los participantes de nuestro estudio en dos subtipos según Turner: FS específica (FSE) y FS generalizada (FSG) y en tres según Heimberg: FS específica (FSE), FS generalizada (FSG) y FS no generalizada (FSNG). Seguidamente analizamos las características de estos subtipos en variables sociodemográficas, variables clínicas, variables de psicopatología general y variables específicas de FS. A continuación, realizamos un análisis de conglomerados (*clusters*) para comprobar la clasificación que resultaba utilizando la lista de situaciones de la ADIS-R. Y, de nuevo, analizamos las características de las tipologías resultantes en las variables relevantes indicadas.

Subtipos según Turner (ADIS-R)

Recordemos que el grupo de Turner (Turner *et al.*, 1992) asigna el diagnóstico de FSG si los pacientes temen fiestas o reuniones sociales, iniciar o mantener conversaciones, y el diagnóstico de FSE si temen sólo situaciones circunscritas, como dar discursos, hablar en reuniones, comer o escribir en público o utilizar aseos públicos. A las personas que temen múltiples situaciones específicas (como dar charlas y escribir en público) pero no fiestas o conversaciones, también les da el diagnóstico de FSE. El grado de temor es considerado significativo a partir de 2 («*Temor moderado*») en la escala de temor de la ADIS-R. En el presente estudio se optó por un criterio más conservador y se consideraron sólo las situaciones valoradas con 3 («*Bastante temor*») y 4 («*Mucho temor*»). De este modo, se evitó además la tendencia central en la respuesta, ya que la escala es de 5 puntos (de 0 a 4). Dado que

Tabla 4
Variables demográficas en función del subtipo de FS (criterios de Turner)

	FSE	FSG
<i>Edad</i>		
Rango	18-63	18-49
Media (DT)	27,83 (11,04)	26,41 (7,95)
<i>Estado civil</i>		
Solteros	41,4%	57,1%
Con Pareja	41,4%	24,5%
Casados	17,2%	18,4%
<i>Género</i>		
Mujeres	62,1%	65,4%
Varones	37,9%	34,6%
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	0%	2,0%
Básicos	3,4%	5,9%
Medios	13,8%	9,8%
Superiores	65,5%	62,7%
Titulación	17,2%	19,6%

Tabla 5

Variables clínicas de la muestra en función del subtipo de FS (criterios de Turner)

	FSE	FSG
Edad aparición problema		
0-12 años	32,1%	35,3%
13-19 años	39,3%	49%
20-30 años	14,3%	9,8%
>31 años	14,3%	5,9%
Duración problema (en años)		
Rango	1-55	1-42
Media (DT)	10,88 (10,61)	11,90 (10,09)
Desencadenantes		
SI	53,6%	52,9%
NO	46,4%	47,1%
Gravedad subjetiva (0-10)		
Media (DT)	7,04 (2,38)	8,22 (1,62)
0-2	3,6%	0%
3-5	21,4%	8%
6-7	25%	18%
8-10	50%	74%
Interferencia ADIS-R (0-4)		
Media (DT)	2,68 (0,82)	0,30 (0,65)
0-2	46,4%	10%
3-4	53,6%	90%
Principal conducta objetivo (0-10)		
Media (DT)		
Evitación	6,95 (3,01)	7,56 (2,21)
Temor	8,58 (1,64)	8,63 (1,23)
Comorbilidad Eje II		
Sin diagnóstico	91,3%	53,2%
<i>Diagnóstico Eje II:</i>		
Evitación	8,7%	46,8%
Paranoide	100%	90,9%
Esquizoide	0%	18,2%
	0%	4,5%
Comorbilidad Eje I		
Sin diagnóstico	79,3%	70%
<i>T. Ansiedad:</i>		
Agorafobia + AP	20,7%	28%
Agorafobia	16,7%	7,1%
AP	16,7%	0%
Fobia Específica	0%	14,3%
<i>Otros:</i>		
T. Dismórfico Corporal	66,6%	78,6%
	0%	2%

Tabla 6

Descriptivos para las variables de psicopatología general y específicas de FS en función del subtipo de FS (criterios de Turner)

	FSE Media (DT)	FSG Media (DT)
<i>BDI</i>	8,43 (7,95)	15,02 (8,53)
<i>STAI-R</i>	29,25 (10,87)	36,44 (9,08)
<i>EPQ-E</i>	9,39 (4,75)	6,09 (3,45)
<i>EPQ-N</i>	15,65 (4,90)	17,27 (5,30)
<i>SCS-Pública</i>	21,42 (2,14)	21,47 (2,89)
<i>SCS-Privada</i>	27,32 (3,58)	26,29 (4,59)
<i>SCS-AS</i>	18,11 (3,30)	20,40 (3,43)
<i>ASI</i>	29,00 (12,10)	32,79 (13,68)
<i>Autoestima</i>	16,57 (9,94)	20,84 (6,25)
<i>FNE</i>	-0,41 (0,87)	0,26 (0,90)
<i>SAD</i>	16,17 (6,09)	22,92 (4,48)
<i>SPAI-FS</i>	101,48 (20,34)	130,96 (24,56)
<i>SPAI-T</i>	100,48 (18,99)	120,34 (28,93)

la ADIS-R presenta una lista de 11 situaciones y que Turner *et al.*, (1992) no indican para todas ellas si «puntuarían» para un diagnóstico u otro, se decidió considerar como situaciones frecuentes y que decidirían la asignación del subtipo de fsg: *fiestas, reuniones, iniciar una conversación y mantener una conversación*. Las restantes (*comer en público, citas, hablar con personas de autoridad y ser asertivo*) se consideraron situaciones circunscritas, de modo que si la persona experimentara temor o ansiedad en estas situaciones se le asignaría el diagnóstico de FSE. Aplicando estos criterios, 29 personas (35,8%) fueron diagnosticadas de FSE y 52 (64,2%) de FSG. En las Tablas 4, 5 y 6 se muestra la descripción de la muestra en variables demográficas, variables clínicas, variables de psicopatología general y variables específicas de FS.

Tras aplicar los análisis estadísticos pertinentes, se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación:

- *Variables demográficas*. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables consideradas.
- *Variables clínicas*. Las puntuaciones incumplían los supuestos de normalidad por lo que se aplicaron pruebas no paramétricas. Los análisis mostraron que existían diferencias en la Gravedad del Problema ($U = 494,50$; $p < 0,015$), en la Interferencia causada por éste valorada por la ADIS-R ($U = 405,00$; $p < 0,001$) y en la Comorbilidad en el Eje II ($U = 334,50$; $p < 0,002$). Las pruebas *post-hoc* indicaron que las personas con FS generalizada valoraban su problema como más grave, les causaba mayor interferencia y presentaban una mayor comorbilidad en el Eje II.

- *Variables de psicopatología general.* Se llevaron a cabo MANOVAs para todas las variables, excepto para las variables de neuroticismo, autoestima y sensibilidad a la ansiedad, debido a que incumplían los criterios de normalidad. En estas variables se aplicó la prueba de Mann-Whitney. En el primer MANOVA se introdujeron como variables dependientes las puntuaciones en el BDI, el STAI-R y el EPQ, resultando significativo ($\lambda = 0,739$, $F_{4,56} = 4,939$; $p < 0,003$). Los ANOVAs simples posteriores revelaron diferencias significativas para las variables de depresión ($F_{1,59} = 8,443$; $p < 0,006$), ansiedad rasgo ($F_{1,59} = 6,813$; $p < 0,012$) y extraversión ($F_{1,59} = 8,424$, $p < 0,006$). En el segundo MANOVA se introdujeron como variables dependientes las puntuaciones de las subescalas de Autoconciencia, sin que resultara significativo. Las pruebas *post-hoc* indicaron que las personas con FSG puntuaban más alto en todas estas variables que las personas con FSE. De las pruebas no paramétricas sólo el análisis sobre la variable de autoestima resultó significativo ($U = 299,50$, $p < 0,009$) y, las comparaciones apareadas posteriores mostraron que eran los FSG los que obtuvieron una puntuación mayor frente a los FSE.
- *Variables específicas de FS.* Se llevó a cabo un MANOVA con todas las variables de FS excepto la puntuación total del SPAI (utilizándose en este caso pruebas no paramétricas). El MANOVA fue significativo ($\lambda = 0,598$, $F_{4,61} = 10,250$; $p < 0,001$), así como todos los ANOVAs: FNE ($F_{1,64} = 10,145$; $p < 0,003$), SAD ($F_{1,64} = 24,848$; $p < 0,001$), SPAI-FS ($F_{1,64} = 22,862$; $p < 0,001$) y también la prueba de Mann-Whitney: SPAI-T ($U = 298,00$; $p < 0,009$). Las pruebas *post-hoc* y las comparaciones apareadas (en el caso del SPAI-T) indicaron que las personas con FSG obtuvieron puntuaciones superiores en todas las variables en comparación con las personas con FSE.

Subtipos según Heimberg (ADIS-R)

El grupo de Heimberg define el subtipo de FSG como hace el DSM-IV: presencia de ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales. La FSE (o circunscrita) fue definida como ansiedad en un número limitado de situaciones concretas de actuación o ejecución (*performance*). Por su parte, la FSNG se aplica cuando las personas a) pueden o no tener miedos específicos, b) experimentan una ansiedad clínicamente significativa en situaciones de interacción social, pero c) no experimentan una ansiedad significativa en, al menos, un área de su funcionamiento social (por ejemplo, una persona que experimenta una fuerte ansiedad al interactuar con personas hacia las que se siente atraída, pero que no tiene problemas en la interacción con sus iguales). Siguiendo estas directrices, se asignó el subtipo de fsg cuando la persona temía situaciones de interacción social tales como *fiestas, reuniones, iniciar conversaciones, mantener conversaciones, citas, hablar con figuras de autoridad y ser asertivo*. Se diagnosticó FSE si la persona temía sólo una o dos situaciones específicas relacionadas con ejecución (Brown *et al.*, 1995), es decir, *hablar en público, comer en público, escribir en público y utilizar aseos públicos*. Por último, se diagnosticó FSNG cuando las personas experimentaban ansiedad en 3 ó más situaciones

de ejecución, o en 1 ó 2 situaciones de ejecución y en algunas, pero no en todas, las situaciones de interacción social. Es decir, la persona no debía experimentar una ansiedad significativa (menor a 3 en la escala de temor de la ADIS-R) en al menos una de las situaciones listadas. Aplicando estos criterios, 16 personas (19,7%) fueron diagnosticadas de FSE, 14 (17,3%) de FSG y 51 (63%) de FSNG. En las Tablas 7, 8 y 9 se muestra la descripción de la muestra en cuanto a variables demográficas, variables clínicas, variables de psicopatología general y variables específicas de FS.

Tras aplicar los análisis estadísticos pertinentes, se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación:

- *Variables demográficas.* No se encontraron diferencias entre los subtipos en las variables analizadas.
- *Variables clínicas.* Únicamente se hallaron diferencias significativas en la variable de Comorbilidad con el Eje II ($\chi^2_{(2)} = 10,600$; $p < 0,005$). Las comparaciones por pares (α ajustado = 0,0167) mostraron que los tres grupos se diferenciaban en esta variable, siendo el subtipo de FSG el que presentaba una mayor comorbilidad, seguido del de FSNG y, por último, del de FSE, que no presentaba ningún trastorno de personalidad comórbido.
- *Variables de psicopatología general.* Se llevaron a cabo MANOVAs para todas las variables excepto para las de Autoestima, Neuroticismo y Sensibilidad a la Ansiedad para las que se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis. En el primer MANOVA se introdujeron como variables dependientes las puntuaciones en el BDI, el STAI-R y el EPQ, resultando significativo ($\lambda = 0,718$, $F_{8,110} = 2,481$; $p < 0,017$). Los ANOVAs revelaron diferencias significativas para las variables

Tabla 7

Variables demográficas en función del subtipo de FS (criterios de Heimberg)

	FSE	FSG	FSNG
<i>Edad</i>			
Rango	18-43	20-49	18-63
Media (DT)	27,19 (9,01)	28,08 (9,15)	26,55 (9,34)
<i>Género</i>			
Mujeres	62,5%	64,3%	64,7%
Varones	37,5%	35,7%	35,3%
<i>Estado civil</i>			
Solteros	37,5%	50%	56%
Con Pareja	43,8%	25%	28%
Casados	18,8%	25%	16%
<i>Nivel de estudios</i>			
Sin estudios	0%	7,7%	0%
Básicos	6,2%	0%	5,9%
Medios	18,8%	7,7%	9,8%
Superiores	62,5%	61,5%	64,7%
Titulación	12,5%	23,1%	19,6%

Tabla 8
Variables clínicas de la muestra en función del subtipo de FS
(criterios de Heimberg)

	FSE	FSG	FSNG
Edad aparición problema			
0-12 años	31,2%	23,1%	38%
13-19 años	37,5%	61,5%	44%
20-30 años	18,8%	7,7%	10%
>31 años	12,5%	7,7%	8%
Duración problema (en años)			
Rango	1-26	2-38	1-55
Media (DT)	9,40 (6,23)	13,23 (11,07)	11,78 (10,99)
Desencadenantes			
SÍ	62,5%	69,2%	46%
NO	37,5%	30,8%	54%
Gravedad subjetiva (0-10)			
Media (DT)	7,47 (2,07)	8,50 (0,90)	7,73 (2,15)
0-2	0%	0%	2%
3-5	20%	0%	13,7%
6-7	20%	8,3%	23,5%
8-10	60%	91,7%	60,8%
Interferencia ADIS-R (0-4)			
Media (DT)	2,81 (0,91)	3,25 (0,62)	3,12 (0,75)
0-2	37,5%	8,3%	22%
3-4	62,5%	91,7%	78%
Principal conducta objetivo (0-10)			
Media (DT)			
Evitación	6,54 (3,36)	7,60 (1,65)	7,59 (2,30)
Temor	8,69 (1,80)	9,10 (0,88)	8,46 (1,29)
Comorbilidad Eje II			
Sin diagnóstico	100%	41,7%	61,4%
<i>Diagnóstico Eje II:</i>			
Evitación	0%	58,3%	38,6%
Paranoide	0%	71,4%	94,1%
Esquizoide	0%	28,6%	11,8%
	0%	0%	5,9%
Comorbilidad Eje I			
Sin diagnóstico	81,3%	58,3%	76,5%
<i>T. Ansiedad:</i>			
Agorafobia + AP	25%	41,6%	23,5%
Agorafobia	25%	0%	8,3%
AP	25%	0%	0%
Fobia Específica	0%	0%	16,7%
Otros: T. Dismórfico Corporal	25%	100%	75%
	0%	0%	8,3%

Tabla 9

Descriptivos para las variables de psicopatología general y específicas de FS en función del subtipo de FS (criterios de Heimberg)

	FSE Media (DT)	FSG Media (DT)	FSNG Media (DT)
<i>BDI</i>	8,50 (9,16)	17,67 (8,41)	13,10 (8,29)
<i>STAI-R</i>	27,46 (12,37)	40,00 (8,97)	34,74 (8,58)
<i>EPQ-E</i>	10,36 (3,97)	5,25 (3,55)	6,71 (3,97)
<i>EPQ-N</i>	14,86 (5,36)	20,00 (2,17)	16,40 (5,41)
<i>SCS-Pública</i>	21,85 (2,15)	22,67 (2,84)	20,95 (2,69)
<i>SCS-Privada</i>	26,85 (3,91)	26,58 (3,53)	26,51(4,72)
<i>SCS-AS</i>	18,15 (3,05)	20,25 (3,36)	20,08 (3,66)
<i>ASI</i>	31,20 (14,17)	31,91 (15,16)	32,15 (12,90)
<i>Autoestima</i>	15,57 (10,10)	21,64 (4,86)	20,24 (7,25)
<i>FNE</i>	-0,68 (0,89)	0,51 (0,82)	0,15 (0,88)
<i>SAD</i>	15,40 (5,57)	24,46 (2,63)	21,38 (5,66)
<i>SPAI-FS</i>	100,02 (21,54)	145,68 (19,06)	122,47 (24,83)
<i>SPAI-T</i>	99,16 (22,62)	124,61 (29,48)	116,25 (27,30)

de depresión ($F_{2,58} = 3,173$; $p < 0,050$), ansiedad rasgo ($F_{2,58} = 5,191$; $p < 0,009$) y extraversión ($F_{2,58} = 5,612$; $p < 0,007$). En el segundo MANOVA se introdujeron como variables dependientes las puntuaciones de las subescalas de Autoconciencia sin que resultara significativo. Las pruebas *post-hoc* indicaron que las personas con FSG puntuaban más alto que las personas con FSE en depresión, ansiedad rasgo. En extraversión fue el grupo de FSE el que puntuaba más alto que los otros dos. En las pruebas no paramétricas las diferencias resultaron significativas para las variables de neuroticismo ($\chi^2_{(2)} = 7,067$; $p < 0,030$) y autoestima ($\chi^2_{(2)} = 6,709$; $p < 0,036$). En ambos casos, las comparaciones apareadas mostraron que las personas con FSG obtuvieron puntuaciones mayores que las personas con FSE. No hubo diferencias entre los subtipos de FSG y FSNG en las variables de psicopatología general.

- *Variables específicas de FS.* Se realizó un MANOVA para todas las variables excepto para la SAD. El MANOVA resultó significativo ($\lambda = 0,574$, $F_{8,120} = 4,801$; $p < 0,001$), así como todos los ANOVAs: FNE ($F_{2,63} = 7,830$; $p < 0,002$), SPAI-FS ($F_{2,63} = 11,857$; $p < 0,001$), SPAI-T ($F_{2,63} = 3,159$; $p < 0,050$). Las pruebas *post-hoc* llevadas a cabo revelaron que, tanto en miedo a la evaluación negativa (FNE) como en la puntuación total del SPAI, el subtipo de FSE obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a los otros dos, pero no hubo diferencias entre éstos. En la subescala de FS del SPAI, los tres subtipos fueron significativamente diferentes entre sí: el de FSE obtuvo puntuaciones inferiores, seguido por el de FSNG y, finalmente, por el de FSG. Por último, la prueba de Kruskal-Wallis para la SAD ($\chi^2_{(2)} = 17,018$; $p < 0,001$) también resultó significativa, obteniendo de nuevo el subtipo de FSE puntuaciones inferiores a los otros dos subtipos, pero no diferenciándose las puntuaciones de estos dos últimos.

Subtipos según análisis de conglomerados (clusters) (utilización de la ADIS-R)

Se decidió utilizar el análisis de conglomerados debido a que es una técnica exploratoria que permite identificar grupos de casos relativamente homogéneos, de modo que ayuda a discernir si los distintos casos se agrupan en categorías diferentes entre sí. Los conglomerados pueden obtenerse mediante métodos jerárquicos o no jerárquicos y en este estudio se utilizaron ambos métodos en tándem para aprovechar las ventajas de cada uno de ellos² (p.ej., Brewer, Moore y Hiscock, 1997). En primer lugar se aplicó el método jerárquico, aplicando la técnica de la varianza mínima de Ward, para calcular el número de conglomerados que representaban los datos. A continuación se utilizó el número de conglomerados derivados del método jerárquico como punto de partida para realizar un análisis no jerárquico de k-medias. Dado que estábamos utilizando una estrategia exploratoria, se decidió ser lo más conservadores posible en el análisis de los datos, por lo que se dividió al azar la muestra total ($n = 81$) en dos submuestras independientes ($n = 42$ y $n = 39$) y se hicieron los análisis para cada submuestra por separado para llevar a cabo una validación cruzada de la solución de conglomerados (Grych *et al.*, 2000).

Las variables que entraron fueron las 11 situaciones listadas en la ADIS-R. De nuevo sólo se tuvieron en cuenta las puntuaciones en temor iguales o superiores a 3. En ambas submuestras el procedimiento jerarquizado proporcionó una solución de 3 conglomerados como mejor representación de los datos. Se replicó el análisis en la muestra total y el resultado dio igualmente una solución de 3 conglomerados. Así pues, en el análisis no jerárquico se pidió una solución de 3 grupos. En las dos submuestras aparecieron dos agrupaciones idénticas: la primera daba cuenta exclusivamente de la situación de *charla/discurso*, mientras que en la segunda aparecían reflejadas todas las situaciones de la ADIS-R, excepto las de *aseos públicos* y *comer en público*, el tercer conglomerado estaba compuesto en la primera submuestra por las situaciones de *charla/discurso*, *figuras de autoridad*, *iniciar conversaciones* y *mantener conversaciones*. en la segunda submuestra lo componían *fiestas*, *reuniones*, *charla/discurso*, *sexo opuesto* y *asertividad*. Para evaluar la similitud de la solución obtenida para la muestra total con la obtenida para las dos submuestras, se calculó el porcentaje de participantes que aparecían agrupados tanto en una como en las otras. El 90,7% de los participantes que aparecían en los conglomerados de la primera submuestra y el 82,5% de los participantes que aparecían en los de la segunda aparecían agrupados en los mismos conglomerados de la muestra total. Dada la consistencia de resultados entre las dos submuestras escogidas al azar y la muestra total, en la Tabla 10 se presentan los tres conglomerados obtenidos

2 Los métodos jerárquicos se usan para determinar el número de conglomerados presente en un conjunto de datos pero, conforme van añadiéndose casos, los primeros que entraron en el análisis van perdiendo representatividad en el conglomerado y, además, no permiten la reasignación de los casos a otros conglomerados una vez que ya han sido asignados a uno. Por el contrario, los procedimientos no jerárquicos permiten que un individuo asignado a un grupo en un determinado paso del proceso sea reasignado a otro grupo en un paso posterior si esto optimiza el criterio de selección. Los métodos no jerárquicos, sin embargo, no facilitan un mecanismo para determinar el número de conglomerados que resultarán en el análisis, sino que el investigador debe establecerlo *a priori*.

para esta última. Como puede verse en la dicha tabla, de las 11 situaciones de la ADIS-R ni *utilizar aseos públicos* ni *comer en público* entraron en alguno de los 3 conglomerados finales. La situación de *charla/discurso* aparece en los tres, pero en solitario en el primero de ellos. El segundo conglomerado está compuesto por todas las situaciones de la ADIS-R, exceptuando las dos mencionadas anteriormente. Y, por último, el tercer conglomerado está compuesto, aparte de la *charla/discurso*, por dos situaciones de interacción con personas con unas características específicas (personas hacia las que se siente atracción y figuras de autoridad). Así pues, tendríamos tres posibles subtipos de FS: un subtipo específico de miedo a hablar en público (MHP), un subtipo Generalizado (FSG) y un subtipo circunscrito de ansiedad ante dos tipos de situaciones muy comunes en la vida de las personas, como son las relaciones de pareja y sexuales y la interacción con figuras de autoridad (FSC). Examinando las distancias de los centros de los conglomerados vemos que los más próximos o similares son el de FSG y el de FSC (3,003), mientras que los más alejados o diferentes son el de FSG y MHP (5,895). De los 81 participantes de los que se tenía la información completa respecto a su temor en las situaciones de la ADIS-R y cuyos datos entraron en el análisis, 25 (30,8%) fueron diagnosticados de MHP, 28 (34,6%) de FSG y 28 (34,6%) de FSC.

Tabla 10

Resultados obtenidos en el análisis de conglomerados ADIS-R

	Conglomerado 1 (n = 25)	Conglomerado 2 (n = 28)	Conglomerado 3 (n = 28)
Situaciones ADIS-R	Charla/Discurso	Charla/Discurso Fiestas Reuniones Escribir en público Sexo opuesto Figuras de autoridad Asertividad Iniciar conversaciones Mantener conversaciones	Charla/Discurso Sexo opuesto Figuras de autoridad

Utilizando esta clasificación se realizaron los correspondientes análisis de descripción de la muestra en cuanto a variables demográficas, características clínicas, variables de psicopatología general y variables específicas de FS, que pueden verse en las Tablas 11, 12 y 13.

Tras aplicar los análisis estadísticos pertinentes, se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación:

- *Variables demográficas.* Ninguno de los análisis realizados resultó significativo.
- *Variables clínicas.* Se hallaron diferencias en la Comorbilidad con el Eje II ($\chi^2_{(2)} = 14,481$; $p < 0,002$). Las comparaciones por pares llevadas a cabo indi-

Tabla 11

VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN FUNCIÓN DEL SUBTIPO DE FS (ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS ADIS-R)

	MHP	FSG	FSC
Rango	18-63	18-49	18-52
<i>Edad</i>			
Media (DT)	27,68 (10,53)	27,26 (9,32)	25,93 (7,80)
Mujeres	60%	64,3%	67,9%
<i>Género</i>			
Varones	30%	35,7%	32,1%
Solteros	40%	48%	64,3%
<i>Estado civil</i>			
Con pareja	40%	24%	28,6%
Casados	20%	28%	7,1%
Sin estudios	0%	3,7%	0%
<i>Nivel de estudios</i>			
Básicos	8%	0%	7,1%
Medios	8%	7,4%	17,9%
Superiores	68%	70,4%	53,6%
Titulación	16%	18,5%	21,4%

caron que el subtipo de MHP se diferenciaba de los otros dos, obteniendo puntuaciones inferiores. Sin embargo, los subtipos de FSG y FSC no se diferenciaron en esta variable.

- *Variables de psicopatología general.* Se llevaron a cabo MANOVAs excepto para las variables de autoestima, neuroticismo y sensibilidad a la ansiedad. En el primer MANOVA se introdujeron como variables dependientes las puntuaciones en el BDI, el STAI-R y el EPQ, resultando significativo ($\lambda = 0,686$, $F_{8,110} = 2,852$; $p < 0,007$), así como los correspondientes ANOVAs simples: BDI ($F_{2,58} = 5,588$; $p < 0,007$), STAI-R ($F_{2,58} = 4,074$; $p < 0,023$) y EPQ-E ($F_{2,58} = 5,065$; $p < 0,010$). En el segundo MANOVA se introdujeron como variables dependientes las puntuaciones de las subescalas de autoconciencia, resultando también significativo ($\lambda = 0,776$, $F_{6,118} = 2,657$; $p < 0,020$). Los ANOVAs revelaron diferencias significativas para la variable de ansiedad social ($F_{2,61} = 5,498$; $p < 0,007$). Las pruebas *post-hoc* realizadas mostraron que el subtipo de FSG obtuvo puntuaciones significativamente superiores al de MHP en depresión, ansiedad rasgo y ansiedad social, sin embargo, puntuó más bajo en extraversión. Por otro lado, las personas con FSC obtuvieron puntuaciones superiores a las personas con MHP en ansiedad social, pero inferiores en extraversión. Por su parte, las pruebas de Kruskal-Wallis resultaron significativas para neuroticismo ($\chi^2_{(2)} = 8,035$; $p < 0,032$) y autoestima ($\chi^2_{(2)} = 6,362$; $p = 0,019$). Las comparaciones por pares indicaron que el subtipo de FSG puntuó más alto en neuroticismo que los otros dos subtipos (MHP y FSC). Por último, las personas con FSC obtuvieron puntuaciones superiores a las personas con MHP en autoestima.

Tabla 12
Características clínicas de la muestra en función del subtipo de FS
(análisis de conglomerados ADIS-R)

	MHP	FSG	FSC
Edad aparición problema			
0-12 años	25%	33,4%	42,9%
13-19 años	45,8%	44,4%	46,4%
20-30 años	12,5%	14,8%	7,1%
>31 años	16,7%	7,4%	3,6%
Duración problema (en años)			
Rango	1-55	2-42	1-37
Media (DT)	10,18 (11,31)	12,26 (11,45)	11,96 (8,08)
Desencadenantes			
Sí	58,3%	63%	39,3%
NO	41,7%	37%	60,7%
Gravedad subjetiva (0-10)			
Media (DT)	7,25 (2,54)	8,35 (1,52)	7,75 (1,78)
0-2	4,2%	0%	0%
3-5	20,8%	7,7%	10,7%
6-7	16,7%	11,5%	32,1%
8-10	58,3%	80,8%	57,1%
Interferencia ADIS-R (0-4)			
Media (DT)	2,88 (0,90)	3,31 (0,68)	3,04 (0,69)
0-2	37,5%	11,5%	21,4%
3-4	62,5%	88,5%	78,6%
Principal conducta objetivo (0-10)			
Media (DT)			
Evitación	7,11 (3,13)	7,77 (2,45)	7,19 (1,81)
Temor	8,79 (1,58)	8,95 (1,00)	8,10 (1,37)
Comorbilidad Eje II			
Sin diagnóstico	100%	50%	53,8%
<i>Diagnóstico Eje II:</i>			
Evitación	0%	50%	46,2%
Paranoide	0%	91,7%	83,3%
Esquizoide	0%	16,7%	16,7%
	0%	0%	8,3%
Comorbilidad Eje I			
Sin diagnóstico	76%	69,2%	78,6%
<i>T. Ansiedad:</i>	24%	30,8%	21,4%
Agorafobia + AP	33,3%	0%	0%
Agorafobia	16,7%	0%	0%
AP	0%	12,5%	16,7%
Fobia Especifica	50%	87,5%	83,3%
Otros: T. Dismórfico Corporal	4%	0%	0%

Tabla 13

VARIABLES DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL Y ESPECÍFICAS DE FS EN FUNCIÓN DEL SUBTIPO DE FS (ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS ADIS-R)

	MHP Media (DT)	FSG Media (DT)	FSC Media (DT)
<i>BDI</i>	8,20 (8,23)	16,92 (8,12)	12,96 (8,35)
<i>STAI-R</i>	28,95 (11,36)	37,59 (9,79)	35,23 (7,79)
<i>EPQ-E</i>	9,86 (4,17)	5,79 (3,41)	6,26 (4,00)
<i>EPQ-N</i>	14,86 (5,62)	19,00 (3,72)	16,04 (5,42)
<i>SCS-Pública</i>	21,61 (2,89)	21,92 (2,57)	20,82 (2,59)
<i>SCS-Privada</i>	26,78 (4,63)	26,42 (4,46)	26,64 (4,05)
<i>SCS-AS</i>	17,56 (3,42)	20,33 (3,13)	20,82 (3,39)
<i>ASI</i>	30,71 (14,65)	35,81 (13,74)	29,21 (12,36)
<i>Autoestima</i>	16,65 (10,35)	19,70 (5,59)	21,74 (6,59)
<i>FNE</i>	-0,44 (0,95)	0,36 (0,72)	0,12 (0,99)
<i>SAD</i>	16,10 (6,28)	23,88 (4,49)	21,23 (4,65)
<i>SPAI-FS</i>	100,70 (21,70)	139,58 (23,61)	120,03 (21,18)
<i>SPAI-T</i>	98,81 (19,68)	131,68 (26,07)	108,16 (25,59)

- *Variables específicas de FS.* Tanto el MANOVA ($\lambda = 0,502$, $F_{6,120} = 6,180$; $p < 0,001$) como los correspondientes ANOVAs simples llevados a cabo sobre las distintas variables resultaron significativos: FNE ($F_{2,63} = 5,410$; $p < 0,008$), SAD ($F_{2,63} = 11,365$; $p < 0,001$), SPAI-FS ($F_{2,63} = 16,294$; $p < 0,001$), SPAI-T ($F_{2,63} = 10,784$; $p < 0,001$). Las pruebas *post-hoc* revelaron que en miedo a la evaluación negativa (FNE) y en evitación y malestar social (SAD) el subtipo de MHP obtuvo puntuaciones significativamente inferiores a los otros dos, aunque éstos no se diferenciaban entre sí. En el SPAI (SPAI-FS y SPAI-T), los tres subtipos fueron diferentes, siendo el subtipo de MHP el que obtuvo puntuaciones inferiores, seguido del subtipo de FSC y, por último, el subtipo de FSG.

Comparación de las tipologías entre sí

La distribución de los participantes según los tres criterios de clasificación en subtipos, queda reflejada en la Tabla 14. Como se puede observar en dicha tabla, el grado de acuerdo entre los criterios de Heimberg y los de Turner es del 37,1%, es decir, 30 participantes recibieron el mismo diagnóstico en ambas tipologías, 16 de ellos el de FSE y 14 el de FSG. En el subtipo de FSNG de Heimberg se agrupan 13 participantes que bajo los criterios de Turner eran diagnosticados de FSE y de 38 que habían recibido el diagnóstico de FSG. En el caso de los primeros, la discrepancia en el diagnóstico se debe a dos motivos: por un lado, Turner no pone límite numérico al número de situaciones concretas que la persona ha de temer para que se considere el diagnóstico de FSE, por lo que participantes que temían 3 ó más situaciones pasan a recibir el diagnóstico de FSNG según Heimberg. Por otro lado, dentro de las situaciones que hemos considerado específicas para aplicar los criterios de Turner se

encontraban las citas, las figuras de autoridad y el comportamiento asertivo ya que, ciñéndonos a su definición, no son situaciones frecuentes. Heimberg, sin embargo, hace explícita la diferenciación entre situaciones que implican interacción social y las que suponen la realización de una conducta delante de otros. Por ello, varios participantes, a pesar de temer sólo 1 ó 2 situaciones, han sido diagnosticados de FSNG pues dichas situaciones implicaban una interacción social (citas, hablar con una persona de autoridad o comportarse asertivamente). En lo que se refiere a los participantes que reciben el diagnóstico de FSG según Turner y de FSNG según Heimberg, se trata de personas que, en el caso de Turner, temen o bien fiestas o reuniones de carácter informal, o iniciar o mantener conversaciones, por lo que se diagnostican de FSG, pero al no temer todas ellas, al haber una o más situaciones en las que no experimentan ansiedad o ésta es mínima, reciben el diagnóstico de FSNG bajo los criterios de Heimberg.

Según la clasificación basada en la ADIS-R (análisis de conglomerados), el grado de acuerdo con los criterios de Turner es del 59,2%. Cuarenta y ocho participantes recibieron el mismo diagnóstico: 21 FSE (MHP) y 27 FSG. Al comparar con la clasificación de Heimberg, el grado de acuerdo es menor, ya que sólo 27 participantes (33,3%) recibieron el mismo diagnóstico bajo los dos criterios: 15 FSE y 12 FSG. De los participantes que recibieron el nuevo diagnóstico de FSC, 7 habían sido diagnosticados de FSE y 21 de FSG según los criterios de Turner, mientras que, según los criterios de Heimberg, 1 recibía el diagnóstico de FSE, 2 el de FSG y 25 el de FSNG.

Tabla 14

Distribución de los participantes en función de los diferentes criterios de clasificación en subtipos de FS

	Diagnóstico Turner		Diagnóstico Heimberg		
	FSE	FSG	FSE	FSG	FSNG
Diagnóstico Heimberg					
<i>FSE</i>	16 (19,8%)				
<i>FSG</i>		14 (17,3%)			
<i>FSNG</i>	13 (16%)	38 (46,9%)			
<i>Grado de acuerdo</i>	37,2%				
Diagnóstico Conglomerados ADIS-R					
<i>MHP</i>	21 (25,9%)	4 (4,9%)	15 (18,5%)		10 (12,3%)
<i>FSG</i>	1 (1,2%)	27 (33,3%)		12 (14,8%)	16 (19,8%)
<i>FSC</i>	7 (8,6%)	21 (25,9%)	1 (1,2%)	2 (2,5%)	25 (30,9%)
<i>Grado de acuerdo</i>	59,2%		33,3%		

Los resultados se pueden resumir del siguiente modo:

- (1) Se observa un mayor número de variables con diferencias entre los subtipos de la clasificación de Turner (17), seguida por la de la ADIS (15) y la de Heimberg (14).

- (2) En todas las clasificaciones los subtipos se diferencian en todas las variables específicas de FS, siendo el subtipo de FSG el que obtiene puntuaciones significativamente superiores en estas variables.
- (3) Por lo que se refiere a las variables clínicas, la única variable que diferencia a los distintos subtipos en las 3 clasificaciones es la comorbilidad en el Eje II, siendo el subtipo con una mayor proporción de presencia de trastorno de personalidad el de FSG. Por otro lado, únicamente los subtipos de la clasificación de Turner se diferencian en la gravedad del problema y en la interferencia valorada por la ADIS-R, siendo el subtipo de FSG el que presenta puntuaciones superiores.
- (4) En cuanto a las variables de psicopatología general, en todas las clasificaciones los subtipos se diferencian en las variables de depresión, ansiedad-rasgo, extraversión y autoestima, en el caso de la depresión y la ansiedad, es el subtipo de FSG el que puntúa más alto en estas variables. Por lo que respecta a las otras dos variables, es el subtipo de FSE o de MHP (dependiendo de la clasificación) el que obtiene puntuaciones superiores en extraversión e inferiores en autoestima que el subtipo de FSG.
- (5) En el caso de las clasificaciones que ofrecen 3 subtipos (Heimberg y ADIS), el subtipo de FSE y de MHP, respectivamente, son los que obtienen puntuaciones indicativas de un menor deterioro. No obstante, generalmente no se diferencian entre sí los subtipos de FSG y FSNG (Heimberg) y FSC con FSG (ADIS).
- (6) No existen diferencias entre los subtipos, para ninguna de las 3 clasificaciones, en ninguna de las variables demográficas consideradas en este estudio.

Discusión

Los resultados de este trabajo apuntan diversas conclusiones relevantes. Comenzando por las *características generales de la muestra*, en primer lugar, la edad de aparición del problema se sitúa mayoritariamente en la infancia y la adolescencia con una duración media aproximada de 12 años, datos que están en consonancia con los obtenidos por otros estudios (Amies, Gelder y Shaw, 1983; APA, 1987; Bourdon *et al.*, 1988; Heimberg, Stein, Hiripi y Kessler, 2001; Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985; Marks, 1970; Marks y Gelder, 1966; Norton *et al.*, 1996; Schneier *et al.*, 1992; Turner y Beidel, 1989; Turner, Beidel, Dancy y Keys, 1986). En segundo lugar, la media de edad de nuestra muestra (en la que la persona busca tratamiento) fue de 27 años, dato similar al apuntado por otros trabajos (Butler *et al.*, 1984; Heimberg *et al.*, 1990; Rapee, Sanderson y Barlow, 1988). Un tercer aspecto se refiere a la incidencia de la FS por sexo, observándose en nuestros resultados una mayor proporción de mujeres que de hombres, al igual que el trabajo de Schneier, Johnson *et al.* (1992) y los datos de las distintas revisiones del DSM (APA, 1980, 1987, 1994), aunque otros estudios (Hope y Heimberg, 1993; Rapee *et al.*, 1988; Turner y Beidel, 1989) afirman que afecta por igual a unas y otros. En cuarto lugar, y también de acuerdo con los datos de otros estudios (Amies

et al., 1983; Norton *et al.*, 1996; Sanderson, DiNardo, Rapee y Barlow, 1990; Solyom, Ledwidge y Solyom, 1986), algo más de la mitad de los participantes de la muestra estaban solteros.

Por lo que se refiere a la *comorbilidad*, en el caso de nuestra muestra, sólo un porcentaje pequeño informó del empleo ocasional del alcohol como estrategia de desinhibición en situaciones sociales, o del uso puntual de ansiolíticos en exámenes o presentaciones orales. Este dato ya ha sido señalado por otros autores (Amies *et al.*, 1983, APA, 1987; Norton *et al.*, 1996; Turner *et al.*, 1986), si bien en estos estudios los porcentajes son significativamente mayores. Además, aproximadamente 1 de cada 10 tomaba algún tipo de psicofármaco prescrito por su médico para hacer frente, bien a su FS, bien a otro problema de ansiedad. Por lo que se refiere a trastornos del estado de ánimo, aunque éste diagnóstico no se dio en ninguno de los participantes, sin embargo una cuarta parte de la muestra obtuvo puntuaciones iguales o superiores a 18 en el BDI, punto de corte indicativo de una depresión moderada. Por último, en cuanto a los trastornos de ansiedad, una cuarta parte de la muestra recibió un diagnóstico adicional en el Eje I, siendo el más común el de fobia específica. Ninguno de los participantes presentaba un diagnóstico adicional de ansiedad generalizada, sin embargo un 10% presentaba un diagnóstico adicional de trastorno de pánico, otro 10% presentaba ataques de pánico con agorafobia y casi el 5% presentaba agorafobia, por lo que nuestros datos concuerdan con los del estudio de Sanderson *et al.* (1990).

Por lo que se refiere a la comorbilidad con trastornos del Eje II, una tercera parte de la muestra recibió un diagnóstico adicional de trastorno de personalidad. A pesar de que el TPE está asociado frecuentemente a la FS, no existe un claro consenso de que sea el trastorno del Eje II más frecuentemente diagnosticado. Dado que el objetivo central de este estudio no era examinar la comorbilidad de la FS con los trastornos del Eje II, únicamente se evaluó la presencia o ausencia de tres trastornos de personalidad concretos: evitación, paranoide y esquizoide. El primero se incluyó porque comparte rasgos comunes con la FS (Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Schneier *et al.*, 1991; Turner *et al.*, 1992). Los otros dos fueron considerados porque, al menos superficialmente, algunas de sus características se asemejan a la FS (Hope y Heimberg, 1993). Como antes comentábamos, el diagnóstico más frecuente en nuestro trabajo fue el del TPE, mientras sólo un escaso porcentaje de participantes presentaban un trastorno de personalidad paranoide o un trastorno de personalidad esquizoide.

Centrándonos ya en el objetivo relacionado con la *delimitación de subtipos*, y comenzando por la clasificación propuesta por el grupo de Turner, tanto en nuestro estudio como en el de Turner *et al.* (1992), las personas con FSG obtuvieron puntuaciones más elevadas que las personas con FSE en todas las medidas de autoinforme, indicando una mayor gravedad de la sintomatología fóbica y un grado mayor de interferencia del problema en sus vidas.

Por lo que se refiere a la clasificación propuesta por el grupo de Heimberg, a diferencia de otros estudios en los que el subtipo de FSG se diferenciaba del de FSNG en casi todas las medidas de interferencia y de FS (Brown *et al.*, 1995, Holt *et al.*, 1992; Hope *et al.*, 1995), en el presente trabajo estos dos subtipos sólo se dife-

rencia en la comorbilidad con el Eje II, y en la subescala de FS del SPAI. Al contrario que en los estudios mencionados, no hubo diferencias en miedo a la evaluación negativa (FNE) ni en el malestar y evitación social evaluados por la SAD. La mayoría de las diferencias se encontraban entre el subtipo de FSG y el de FSE y entre el de FSNG y el de FSE. Para todas las variables, exceptuando la autoestima, el subtipo de FSE mostraba una menor psicopatología.

Por último, en cuanto a la clasificación de la ADIS-R, el análisis de conglomerados realizado sobre las situaciones de la ADIS-R más temidas por los participantes dio una solución de 3 subtipos de FS: un subtipo caracterizado por el miedo a hablar en público (MHP), otro caracterizado por el temor a las situaciones en las que hay que interactuar con personas del sexo opuesto y con figuras de autoridad (FSC), y un tercero que agrupaba a todas las situaciones de la lista excepto a dos situaciones concretas de ejecución (comer en público y utilizar aseos públicos) (FSG). Esta clasificación es similar a la propuesta por el grupo de Heimberg: el específico se correspondería con el subtipo de miedo a hablar en público; el no generalizado con el circunscrito; y el generalizado con el subtipo que recibe este mismo nombre en nuestra clasificación. Sin embargo, los subtipos propuestos en este trabajo presentan un mayor grado de especificación, sobre todo el circunscrito. Mientras que el subtipo no generalizado de Heimberg utiliza también un criterio cuantitativo (no experimentar ansiedad significativa en, al menos, un área de funcionamiento social), en nuestro trabajo el circunscrito se refiere a situaciones que implican interaccionar con dos tipos de personas muy concretas y significativas: personas del sexo opuesto y figuras de autoridad.

Por otro lado, hay que destacar que el Miedo a hablar en público estaba presente en los tres conglomerados. Esto, por una parte, parece indicar que es la situación más comúnmente temida por las personas con FS, aunque ello no signifique que sea la que más les interfiera en su vida ni que sea la situación por la que busquen tratamiento. Además, el hecho de estar presente en los tres conglomerados y que por sí sola agrupe a un tercio de la muestra estudiada, ofrece apoyo empírico a su consideración como un subtipo de la FS, y no como una fobia específica como algunos autores han apuntado. Concretamente, Boone *et al.* (1999) argumentan que el patrón característico de la FSE así considerada (miedo a hablar en público) parece similar al especificado por el DSM-IV en la categoría diagnóstica de fobia específica. Por otra parte, en un estudio de Hofmann, Ehlers y Roth (1995) las personas con MHP (todas ellas diagnosticadas de FS) hacían referencia a la presencia de ataques de pánico como factor de importancia en la etiología y el mantenimiento de su problema, más que el miedo a ser evaluados negativamente por los demás. No obstante, a diferencia de lo que afirman Boone *et al.* (1999) y Hofmann *et al.* (1995), y aunque el miedo a hablar en público parece tener cosas en común con las fobias específicas, creemos que los resultados obtenidos en este estudio apoyan la pertenencia de este miedo a la categoría de FS ya que comparte con ésta su característica definitoria: el temor a la observación de los demás y a ser humillado o avergonzado, es decir, la presencia de ansiedad social. Además, el miedo a hablar en público también está presente en los otros dos conglomerados.

Los resultados obtenidos dan validez a la tipología derivada empíricamente, ya que los tres subtipos se diferenciaron en variables clínicas relevantes y en variables de psicopatología general que indican una mayor gravedad del problema. La diferenciación entre el subtipo circunscrito y el generalizado ha de ser considerada con cautela, ya que en las variables específicas de FS sólo se diferenciaron en una de ellas (la puntuación del SPAI). La FSG ocasiona una mayor interferencia en la vida de la persona y es más probable que tenga asociado un TPE. Las personas así diagnosticadas suelen estar más deprimidas, ser más ansiosas, y tener un mayor rasgo de neuroticismo. Asimismo, se caracterizan por un mayor miedo a la evaluación negativa, por evitar más las situaciones sociales y éstas les producen, en general, un malestar y ansiedad mayores.

En un estudio reciente, Iwase *et al.* (2002) también han realizado una clasificación empírica con población clínica. Estos autores aplicaron un análisis de conglomerados del que emergieron cuatro subtipos de FS: (1) tipo ofensivo, caracterizado por una mayor gravedad en la sintomatología ya que cualquier situación podía provocar síntomas; (2) tipo de ansiedad interpersonal, caracterizado por un miedo a la interacción social en la vida diaria; (3) tipo de ansiedad de ejecución; y (4) tipo medio. Al igual que ocurre en este estudio, las personas pertenecientes a los subtipos que implican un rango más amplio de situaciones sociales temidas o evitadas (tipo ofensivo y de ansiedad interpersonal) son los que presentaban más dificultades.

En líneas generales, los datos de este estudio demuestran que, independientemente de la clasificación que se tome como referencia, las personas que temen un mayor abanico de situaciones sociales presentan un grado mayor de psicopatología. Además, de las puntuaciones en los instrumentos específicos de FS se desprende que estas personas con miedos sociales generalizados se diferencian de las personas con miedos más circunscritos y limitados a situaciones concretas en presentar un miedo mayor a la evaluación negativa, una mayor evitación de las situaciones sociales y un malestar mayor cuando estas situaciones no son evitadas. En los casos en los que hay un tercer subtipo (FSNG o FSC) éste representa un punto intermedio en el grado de psicopatología del problema.

Estos resultados coinciden, en su mayoría, con los de los estudios que también han abordado la cuestión de los subtipos de FS (Boone *et al.*, 1999; Brown *et al.*, 1995; Heimberg *et al.*, 1990; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Hope *et al.*, 1995; Levin *et al.*, 1993; McNeil y Lewin, 1986; Schneier *et al.*, 1991; Stein, Torgrud y Walker, 2000; Tran y Chambless, 1995; Turner *et al.*, 1992). Las mayores discrepancias se encuentran en las diferencias que varios de ellos han encontrado en género, edad, nivel de estudios, estado civil o comorbilidad en el Eje I (Brown *et al.*, 1995; Heimberg *et al.*, 1990; Herbert *et al.*, 1992; Holt *et al.*, 1992; Levin *et al.*, 1993; Schneier *et al.*, 1991; Tran y Chambless, 1995). Según estos trabajos, las personas con FSG, en comparación con los otros subtipos, suelen ser más jóvenes, tener un nivel inferior de educación académica, es menos probable que estén trabajando, que tengan pareja, suelen presentar otro trastorno adicional en el Eje I, y hacen un mayor consumo de medicación ansiolítica.

Para concluir este trabajo, nos gustaría plantear una propuesta. Se podría proporcionar una serie de delimitaciones en el diagnóstico para aumentar la especificidad diagnóstica y proporcionar subgrupos más homogéneos, facilitar la selección del tratamiento y mejorar la predicción del pronóstico. En este sentido, se podría añadir la especificación de FS leve, moderada o grave, que indicaría el grado de incapacidad funcional que causa el problema. Es decir, habría un continuo de gravedad en función del subtipo de fobia en el sentido de que a menos situaciones temidas (MHP), cabría esperar menor gravedad del problema y a más situaciones sociales temidas y evitadas (FSG) mayor gravedad. Por otro lado, la especificación de gravedad se podría aplicar también a los tres subtipos que se han encontrado en este trabajo (MHP, FSC y FSG), es decir, una persona con MHP podría recibir la especificación de grave si el problema le causara una gran incapacidad funcional (p.ej., la persona que rechaza un trabajo o un ascenso laboral porque tiene que hablar en público), y lo mismo ocurriría con otros los dos subtipos (FSC y FSG).

Por otra parte, no nos gustaría finalizar este trabajo sin subrayar la conveniencia de red denominar el trastorno de FS como trastorno de ansiedad social. En un trabajo reciente (Botella, Baños y Perpiñá, 2003), nos preguntábamos si la FS es realmente una fobia. A este respecto, señalábamos que el debate existente en la actualidad sobre la conceptualización de este trastorno giraba en torno a dos aspectos. El primero de ellos se refiere a si tiene sentido distinguir entre FS (eje I) y TPE (eje II) y, el segundo aspecto tiene que ver con el objetivo de este trabajo, esto es, si se pueden distinguir diferentes subtipos en la FS. Por nuestra parte, estamos de acuerdo con la propuesta de Rapee y Heimberg (1997) en cuanto a la existencia de un continuo entre timidez, la FS con los distintos subtipos y el TPE. De hecho, los resultados de las diferencias entre los subtipos de FS obtenidos en este trabajo parecen ir en la línea de ese continuo de gravedad. Ahora bien, en lugar de hablar de FS, creemos que resultaría más conveniente entender este problema como un trastorno complejo de ansiedad social. Esta nueva conceptualización afectaría también a la polémica distinción entre FS y TPE, ofreciendo dos maneras distintas de manifestarse un trastorno. Relacionado con esto, pensamos que el estudio de los diferentes patrones implicados en la compleja interacción social humana puede conducirnos a una mejor comprensión no sólo de la FS y el TPE, sino también de otros trastornos de personalidad que también se caracterizan por la presencia de patrones alterados de interacción social como son los trastornos de personalidad esquizoide, límite, narcisista, histriónico y antisocial.

Además, y como ya señalaron Beck y Emery (1985), creemos tiene sentido diferenciar la ansiedad social de otras formas de ansiedad. Concretamente, estos autores apuntaban que los miedos sociales, a diferencia de muchos otros miedos, son bastante más razonables. Por ejemplo, el temor o la preocupación que experimenta una persona a ser evaluada negativamente en la situación de una entrevista de trabajo pueden estar justificados ya que entra en juego algo importante; conseguir o no el trabajo. En consecuencia, y como recientemente apuntan varios autores (Kashdan y Herbert, 2001; Liebowitz, *et al.*, 2000; Ollendick y Hirshfeld-Becker, 2002), la amenaza que está presente en la ansiedad social no parece ser la misma que la que experimenta una persona con agorafobia.

Por último, también creemos que la ansiedad social ha tenido y tiene alguna utilidad. Recordemos aquí el análisis de Marks (1987) sobre evolución y conducta defensiva en el que plantea como amenazas relacionadas con aspectos de interacción social a aquellas que pueden provenir, tanto del exterior del grupo social (el miedo al extraño), como de nuestro propio grupo social de referencia (el miedo a los congéneres). Por lo tanto, se puede decir que gracias a la ansiedad social se han desarrollado comportamientos de cooperación y otras dimensiones específicamente humanas como la innovación o la creación, dimensiones que sólo son posibles en el modo hedónico de las relaciones humanas que plantea Chance (1980).

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III) (3rd ed.). Washington, DC: Autor. (Trad. cast.: Masson, 1982).
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R) (3rd ed., Revised). Washington, DC: Autor. (Trad. cast.: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) (4th ed.). Washington, DC: Autor. (Trad. cast.: Masson, 1995).
- Amies, P.L., Gelder, M.G. y Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Baldwin, D. S., den Boer, J. A., Kasper, S. y Shear M. K. (1998). Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (supl.8), 47-54.
- Baños, R. M., Belloch, A. y Perpiñá, C. (1990). Self-Consciousness Scale: A study of Spanish housewives. *Psychological Reports*, 66, 771-774.
- Beck, A. T. (1978). Depression inventory. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy. (Trad. cast. en: Terapia cognitiva de la depresión (pp. 358-369), 1983. Bilbao: DDB).
- Beck, A. T., Emery, J. y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J. y Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271-292.
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2003). Una propuesta para comprender la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiñá, C. (comps.). *Fobia social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. y Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA Community Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Brewer, V. R., Moore, B. D. y Hiscock, M. (1997). Learning disability subtypes in children with neurofibromatosis. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 521-533.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.

- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. y Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 642-650.
- Chance, M. R. A. (1980). An ethological assessment of emotion. En R. Plutchik y H. Kellerman (dirs.). *Emotions: Theory, research and experience*. Nueva York: Academic Press.
- DiNardo, P.A., Barlow, D.H., Cerny, J.A., Vermilyea, J.A., Himadi, W.G. y Waddell, M.T. (1985). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Center for Stress and Anxiety Disorders.
- Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1985). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) and Short Scale (EPQ-RS)*. Londres: Hodder and Stoughton. (Adaptación y validación española de G. Ortet, M.I. Ibáñez, M. Moro, y F. Silva, 1997. Madrid: TEA).
- Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R. y Norwood, W. D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 84-94.
- Heimberg, R. G. y Holt, C. S. (1989). *The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia: A report to the social phobia subgroup for DSM-IV*. Unpublished manuscript.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1992). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 249-269.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S. y Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 172-179.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E. y Kessler, R. C. (2001). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry, 15*, 29-37.
- 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.
- Hofmann, S. G., Ehlers, A., y Roth, W. T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy, 33*, 567-571.
- 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.
- Hope, D. A., y Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. En D.H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step treatment manual (2nd ed.)* (pp. 99-136). Nueva York: Guilford.
- Hope, D. A., Herbert, R. G., y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 399-417.
- Iwase, M., Nakao, K., Takaishi, J., Yorifuji, K., Ikezawa, K. y Takeda, M. (2000). An empirical classification of social anxiety: Performance, interpersonal and offensive. *Psychiatry & Clinical Neurosciences, 54 (1)*, 67-76.
- Juster, H. R., Heimberg, R.G. y Holt, C. S. (1996). Social phobia: Diagnostic issues and review of cognitive behavioral treatment strategies. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification* (Vol. 30, pp. 75-98). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kachin, K. E., Newman, M. G. y Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy, 32*, 479-501.
- Kashdan, T. B. y Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child Family Psychology Review, 4*, 37-62.

- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-376.
- 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, 207-221.
- Liebowitz, M. R. (1987). *Social phobia. Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J. y Stein, M. B. (2000). Social phobia or anxiety disorder: What's in a name? *Archives of General Psychiatry*, 57, 191-192.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-386.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University Press (Traducción española: Martínez Roca, 1991).
- Marks, I. M. y Gelder, M. (1966). Different ages of onset in the varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marks, I. M., y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Mattick, R. P., y Clarke, J. C. (1989). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McNeil, D. W. y Lewin, M. R. (1986). *Public speaking anxiety: A meaningful subtype of social social phobia?* Poster presentado a la reunión de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.
- Norton, G. R., McLeod, L., Guertin, J., Hewitt, P. L., Walker, J. R. y Stein, M. B. (1996). Panic disorder of social phobia: which is worse? *Behaviour Research and Therapy*, 3, 272-276.
- Ollendick, T. H. y Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 44-58.
- Peterson, R.A. y Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index (2nd ed.)*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems. (Adaptación española de B. Sandín y P. Chorot, 1990. Madrid: UNED).
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the DSM-III anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Nueva Jersey: Princeton.
- Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). The Self-Consciousness Scale: A revised version for use with general populations. *Journal of Applied Social Psychology*, 15, 687-699.
- 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.
- Solyom, L., Ledwidge, B. y Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 464-470.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press. (Adaptación y validación españolas por N. Seisdedos, 1982. Madrid: TEA).
- Stein, M. B., Torgrud, L. J. y Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 1046-1052.
- Tran, G. Q. y Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*, 489-501.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, *1*, 35-40.
- 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.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S. y Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 795-804.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 448-457.