

**Resumen:** Se han estudiado las diferencias y similitudes en las manifestaciones de ansiedad, temor a la evaluación negativa, evitaciones agorafóbicas y depresión, entre tres grupos de sujetos: uno de personas con fobia social, otro con fobia simple, y un tercero sin trastornos. El grupo de fobia social presentó niveles superiores al grupo control en todas las manifestaciones de ansiedad evaluadas mediante el ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994): nivel general de ansiedad, reactividad en los tres sistemas de respuesta y las cuatro áreas situacionales. Así mismo, presentó niveles más altos de temor a la evaluación negativa y depresión, pero no de evitaciones agorafóbicas. El grupo de fobia simple presentó niveles más bajos de depresión y ansiedad (excepto en ansiedad ante situaciones fóbicas) que los fóbicos sociales, pero superó al grupo control no sólo en ansiedad ante situaciones fóbicas, sino en seis de las ocho subescalas de ansiedad del ISRA, así como en evitaciones agorafóbicas. Por lo tanto, el grupo de fobia simple, respecto al grupo control, resultó ser más clínico que lo que habíamos encontrado en la literatura revisada: no sólo presentó manifestaciones de ansiedad muy altas ante los estímulos fóbicos, sino que fue superior también en ansiedad ante situaciones cotidianas, así como en las manifestaciones de ansiedad en los tres sistemas de respuesta y ansiedad total.

**Palabras Clave:** Fobia Social, Fobia Simple, Ansiedad, Depresión

**Abstract:** Differences and similarities in anxiety manifestations, fear to negative evaluation, agoraphobic avoidances, and depression, between three groups (social phobia, simple phobia, and control) are studied. The social phobia group scored higher than control group in all variables assessed by the Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA, Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1994). Similarly, social phobia subjects scored higher than control group in fear to negative evaluation and depression. Finally, there were no differences between social phobia and control group regarding agoraphobic avoidances. Simple phobia group showed lower levels of depression and anxiety (except for anxiety in phobic situations) than social phobia group. However, on the contrary to the literature evidence, simple phobia scored higher than control group (not only in anxiety in phobic situations), but in six of the eight anxiety subscales of the ISRA, as well as in agoraphobic avoidances. Therefore, simple phobia group respect to control group, appeared more clinically oriented than previous findings: people with simple phobia presented very high anxiety manifestations, not only in phobic situations, but it was too superior in anxiety in daily life situations, as well as in the manifestations in the three response systems and total anxiety.

**Key words:** Social Phobia, Simple Phobia, Anxiety, Depression

**Title:** *Social phobia and simple phobia: differences and similarities in clinical manifestations*

## Introducción

La fobia social es una categoría diagnóstica relativamente nueva. Si bien fue descrita en 1970 por Marks, no ha formado parte de la nomenclatura psiquiátrica hasta que fue in-

troducida como tal en la tercera edición de la clasificación nosológica de la APA (American Psychiatric Association, 1980). Aunque se trata de un trastorno mental con una alta prevalencia en la población y con un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, se ha tardado mucho tiempo en darle la importancia clínica que se merece (Wittchen y Beloch, 1996). Los

\* Dirigir la correspondencia a: Dr. Antonio Cano. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid.  
e-mail: canovindel@psi.ucm.es

estudios epidemiológicos señalan para la fobia social una prevalencia que oscila entre el 4% y el 6%, así como una prevalencia vida entre el 7% y el 13%, siendo el riesgo de persistencia de este desorden mucho mayor que en otros trastornos de ansiedad (Wittchen y Fehm, 2001).

La sintomatología esencial de este desorden es el miedo persistente a una o más situaciones sociales, en las cuales el individuo se ve expuesto a una posible evaluación por parte de los demás, que le lleva a interpretar su actuación como muy embarazosa o humillante. Este miedo se retroalimenta por la evitación de situaciones sociales, así como por las interpretaciones erróneas sobre la propia conducta (cuando no se han podido evitar dichas situaciones). Para muchos autores las diferencias entre la ansiedad social y la fobia social a la hora de evaluar ambos fenómenos son principalmente cuantitativas más que cualitativas (Herbert, Rheingold y Brandsma, 2000). Si bien esto es así, no debemos olvidar que aunque la timidez y la fobia social comparten toda una serie de características comunes, como son las manifestaciones de vergüenza y ansiedad social, sin embargo las diferencias existentes en relación con variables como epidemiología, inicio, curso, situaciones temidas, conductas de evitación y grado de heredabilidad no permiten considerarlos como una misma problemática (Cano-Vindel, Pellejero, Ferrer, Iruarrizaga y Zuazo, 2000; Chavira, Stein y Malcarne, 2002).

La fobia social se subdivide en dos tipos. Por una lado, el miedo del fóbico social puede ser circunscrito (subtipo específico), como ocurre con el miedo a hablar en público, o a escribir delante de otras personas, o el temor a atragantarse cuando se come en presencia de otros, etc. En otros casos, los miedos del fóbico social pueden abarcar prácticamente todas las situaciones sociales (subtipo generalizado). No se han encontrado diferencias entre ambos subti-

pos de fobia social (específica y generalizada) en características demográficas, comorbilidad con otros desórdenes, funcionamiento psicosocial (salud, desempeño de roles, funcionamiento social, y manejo emocional), así como en las puntuaciones globales en las que han sido evaluados ambos subtipos (Weinshenker et al., 1996).

Aunque la fobia social puede ser diferenciada del resto de los trastornos mentales, especialmente, del resto de los trastornos de ansiedad (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Turner y Beidel, 1989), a menudo coexiste con otros trastornos, particularmente con los de ansiedad (Rapee, Sander-son y Barlow, 1988), y especialmente con el trastorno por ansiedad generalizada y con la fobia simple (Turner, Beidel, Borden y Stanley, 1991). En conjunto, un 80% de pacientes con fobia social presenta otro desorden, entre los que cabe citar un 50% de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, así como un 20% con depresión mayor. La edad de inicio de la fobia social es anterior a los otros desórdenes, con la sola excepción de la fobia simple (Merikangas y Angst, 1995).

La fiabilidad y la validez del diagnóstico de fobia social ha sido estudiada y se han encontrado buenos resultados. Así, ya con los criterios de la antigua DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) se comprobó que posee un alto grado de fiabilidad. Además, a través de diferentes estudios comparativos de este trastorno con la agorafobia y el trastorno de pánico (Amies et al., 1983; Turner y Beidel, 1989) se demostró su validez discriminante, tal y como señalan Echeburúa y Salaberria (1992). Las diferencias entre los criterios de diagnóstico DSM-III-R y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) fueron poco significativas, y entre el DSM-IV y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) no ha habido cambios.

En el presente estudio queremos destacar las diferencias existentes entre la fobia social y la fobia simple al evaluar las características clínicas esenciales de ambos trastornos. También estudiamos las diferencias entre cada uno de estos desórdenes frente a una muestra de sujetos sin trastornos.

La fobia simple se caracteriza por el miedo a un único objeto, situación, o estímulo, no peligrosos que ocasiona una elevada ansiedad y la consiguiente conducta de evitación. Este miedo es irracional pero no siempre compromete seriamente el bienestar del individuo, puesto que la situación temida está muy bien definida y su evitación puede que no afecte a la vida cotidiana del individuo. Ahora bien, el problema puede tomar unas dimensiones desmesuradas en función de las interferencias funcionales que provoque en la vida de esta persona; por ejemplo, el temor a subir a un ascensor en la actual era de "edificios inteligentes". Por lo tanto, sólo van a ser circunstancias de este tipo las que provoquen que el individuo ponga su atención en resolver este problema.

En algunos estudios se ha encontrado que las personas que padecen la fobia simple, no presentan niveles de ansiedad más elevados que quienes no la padecen, cuando no están expuestos al estímulo o situación temidos y cuando se utilizan instrumentos de evaluación poco específicos. Ahora bien, cuando se encuentran ante el estímulo que provoca su miedo, presentan una actividad fisiológica similar a la que aparece en otros trastornos de ansiedad (Taylor y Arnow, 1988). Por lo tanto, tal como encontramos en la literatura revisada, lo que diferencia a aquellas personas que padecen fobia simple de quienes sufren cualquier otro trastorno de ansiedad es, precisamente, que no presentan diferencias con las personas que no sufren ningún trastorno, si lo que evaluamos es su línea base de actividad fisiológica (Barlow, 1988).

Finalmente conviene hacer mención a la importancia de diferenciar lo que puede ser un miedo exagerado y lo que entendemos por fobia simple. Lo que caracteriza a ésta última, es la persistencia del miedo fóbico, que conlleva conductas de evitación e interferencias funcionales en los individuos que las padecen.

Los datos epidemiológicos para la fobia simple arrojan una prevalencia a lo largo de 30 días de un 5,5%, mientras que la prevalencia vida se estima en un 11,3% (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996).

Los dos trastornos que aquí estudiamos, la fobia social y la fobia simple tienen una incidencia temprana en la adolescencia, entorno a los 16 y 15 años respectivamente (Magee et al., 1996), con potenciales severas consecuencias, que pueden predisponer a los afectados a un mayor riesgo de padecer depresión o trastornos adictivos (Rieger, Rae, Narrow, Kaelber y Schatzberg, 1998). Ambos trastornos se suelen dar en mayor medida en mujeres que en varones, y son también más frecuentes en jóvenes que en ancianos (Krasucki, Howard y Mann, 1998). Por último, señalar que estas dos fobias presentan una alta comorbilidad entre sí, y que ambas se vuelven más severas cuando aparecen juntas (Magee et al., 1996).

En el presente trabajo queremos subrayar las diferencias y similitudes que encontramos entre cada uno de estos dos grupos clínicos, fobia social y fobia simple, así como con la población sin trastornos. Son dos desórdenes que aunque se presentan con gran frecuencia, sólo un porcentaje mínimo de personas trata de resolverlos, siendo por lo tanto la opción de acomodar su estilo de vida a las circunstancias que le permiten vadear el problema, la alternativa que elige la mayoría de quienes los sufren.

## Método

### *Sujetos*

La muestra estuvo formada por 132 personas, que se distribuyeron en dos grupos clínicos, uno de fobia social ( $n=20$ ) y otro de fobia simple ( $n=20$ ), más un grupo control de población general sin trastornos ( $n=92$ ). Los criterios de clasificación han sido los del DSM-IV-TR (American Psychiatric Assn Washington DC US, 2000), para los dos grupos clínicos, y el grupo control ha sido seleccionado siguiendo como criterio el que no padeciesen o hubiesen padecido en el pasado cualquier tipo de trastorno psicopatológico. El grupo de fobia social estaba compuesto por 5 varones y 15 mujeres. En el grupo de fobia simple había 7 varones y 13 mujeres. En el grupo control había una proporción similar de varones (31%) y mujeres (61%). Respecto a la variable sexo hemos de señalar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. La edad media de la muestra total fue de 29,4 años ( $Sx = 11,2$ ), siendo ligeramente más jóvenes los sujetos del grupo de fobia social ( $M = 22,5$ ;  $Sx = 6,9$ ) que los otros dos.

Dada la alta comorbilidad de estos dos trastornos de ansiedad con otros desórdenes, resulta muy difícil recoger una amplia muestra de sujetos clínicos que sólo presenten un trastorno (fobia social, o fobia simple). Por la misma razón se hace muy difícil equiparar los grupos en variables extrañas como la edad o el sexo (sin duda, ésta la variable más importante). Los dos grupos clínicos con los que hemos trabajado eran grupos puros, es decir, no presentaban otro trastorno. La mayor parte de los sujetos con fobia simple fueron extraídos de un contexto clínico, otros cinco sujetos eran alumnos de primer curso de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, que fueron seleccionados tras comprobar que cumplían los criterios diagnósticos de fobia simple. En el

grupo de fobia social, catorce sujetos eran alumnos de Psicología y seis estaban en tratamiento. El haber solicitado, o no, tratamiento para su desorden de ansiedad no resultó ser factor significativo sobre las variables estudiadas.

### *Instrumentos*

Para alcanzar los objetivos de nuestro trabajo, hemos aplicado cuatro inventarios a la muestra seleccionada. En primer lugar, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Mediante el ISRA evaluamos ocho variables: nivel general de ansiedad, reactividad cognitiva, fisiológica y motora; ansiedad ante situaciones de evaluación, interacción social, fóbicas, y habituales o cotidianas. En segundo lugar, el Inventario para la Depresión de Beck, BDI (Beck y Steer, 1987). El BDI recoge 21 ítems relevantes para la depresión que pueden ser evaluadas según su intensidad. En tercer lugar, aplicamos la escala abreviada de Temor a la Evaluación Negativa, B-FNE (Leary, 1983) Se trata de una versión reducida, de tan sólo 12 ítems, de la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969), con la que correlaciona ,96. En cuarto y último lugar, se aplicó el Inventario de Movilidad para la Agorafobia, IMA (Chambless et al., 1985), un instrumento de evaluación de 27 ítems sobre las situaciones que frecuentemente evitan las personas con agorafobia. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que evita estas situaciones estando acompañado de otra persona en quien confía y estando solo.

### *Procedimiento*

La aplicación de los instrumentos se hizo de forma individual, durante una única sesión y estableciéndose periodos de descanso si era necesario. La aplicación se realizó tras la primera entrevista y una vez emitido el correspondiente diagnóstico

según criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

## Resultados

Se han llevado a cabo análisis de varianza intergrupo para todas las variables dependientes estudiadas. Los resultados indican que los tres grupos en conjunto presentan diferencias altamente significativas en las ocho variables de ansiedad del ISRA, en el temor a la evaluación negativa (B-FNE), en depresión (BDI) y en movilidad (IMA). En las cuatro áreas situacionales evaluadas por el ISRA, encontramos las mayores diferencias en las manifestaciones de ansiedad para estos tres grupos en la subescala F2, ansiedad ante situaciones interpersonales ( $F_{2,129}=85,37$ ;  $p<,000$ ), y en F3, ansiedad ante situaciones fóbicas ( $F_{2,129}=51,61$ ;

$p<,000$ ). Parece lógico que estos dos grupos clínicos comparados con un grupo control difieran más precisamente en estas dos áreas situacionales. Este resultado está en la línea de los obtenidos por Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1995).

Al estudiar las diferencias entre los tres grupos con las pruebas post-hoc, el estadístico de Tukey señala que existen diferencias entre todos los pares de grupos para los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como para el nivel general de ansiedad, medidos por el ISRA. Por lo tanto el grupo de fobia simple se comporta como un grupo distinto del grupo control, en estas variables, aunque a unos niveles de ansiedad mucho más bajos que el grupo de fobia social (véase la tabla 1).

Tabla 1. Medias y (desviaciones típicas) de los grupos evaluados en el ISRA y BDI

Variable	Grupo		
	Fobia Social	Fobia Simple	Control
ISRA. Cognitivo	100.70 (18.93)	74.95 (21.98)	56.10 (20.32)
Fisiológico	65.85 (21.34)	44.20 (19.80)	25.63 (16.07)
Motor	63.70 (19.46)	46.75 (19.33)	34.83 (20.46)
Nivel Gral. Ansiedad	230.25 (46.91)	165.90 (52.27)	116.54 (46.19)
Situac. de Evaluación	104.85 (22.50)	69.60 (28.62)	59.86 (24.61)
Situac. Interpersonales	39.25 (10.37)	11.90 (7.54)	12.12 (8.35)
Situac. Fóbicas	53.25 (19.30)	60.00 (32.25)	19.73 (15.25)
Situac. de vida Cotidiana	24.60 (13.96)	17.10 (10.94)	10.53 (7.78)
BDI. Nivel Gral. Depresión	10.30 (5.64)	6.65 (4.30)	5.11 (3.70)

Así, por ejemplo, en el nivel general de ansiedad las medias que encontramos son de 116,6 (DT= 46,2; intervalo de confianza [106,8 - 126,3] al 5%) para el grupo control, 165,9 para el grupo de fobia simple (DT = 52,3; i.c. [145,0 - 186,8] al 5%) y 230,3 (DT= 46,9; i.c. [209,4 - 251,1] al 5%) para el grupo de fobia social. Estos resultados no coinciden exactamente con los de Taylor y Arnow (1988), ni con los de

Barlow (1988), que no encontraron diferencias entre el grupo de fobia simple y el grupo control en ansiedad, excepto ante la presencia de los estímulos fóbicos.

Al estudiar las cuatro áreas situacionales o rasgos específicos de ansiedad no encontramos diferencias significativas entre el grupo de fobia simple y el grupo control en F1 (ansiedad ante situaciones de evaluación), ni en F2 (ansiedad ante situaciones

interpersonales), pero sí las encontramos en F3 (ansiedad ante situaciones fóbicas) y en F4 (ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana). Como era de esperar el grupo con fobia simple puntuó más alto en F3 (ansiedad ante situaciones fóbicas) que el grupo control. También era esperable que el grupo con fobia simple no puntuara más alto que el grupo control en F1, F2 y F4; sin embargo, en F4 sí se han encontrado diferencias. Por lo tanto, podríamos decir que estos resultados coinciden con los de Taylor y Arnow (1988) y Barlow (1988) para las tres primeras áreas situacionales (F1, F2 y F3), pero no para la cuarta (situaciones cotidianas).

A su vez, el grupo de fobia simple es inferior al grupo de fobia social en todas las variables de ansiedad que evalúa el ISRA, excepto en F3 (ansiedad ante situaciones fóbicas), donde se igualan. Por tanto, el grupo de fobia simple sólo es similar al grupo clínico de fobia social en las manifestaciones de ansiedad ante situaciones fóbicas, siendo mucho menos clínico en el resto de las variables de ansiedad. Ahora bien, en esas siete restantes variables es superior al grupo control en cinco de ellas, lo que indica que tampoco es un grupo que presente unas puntuaciones iguales a las de la población general sin desórdenes de ansiedad.

El temor a la evaluación negativa (B-FNE) es muy superior en el grupo de fobia social ( $M = 42,6$ ;  $d.t. = 7,4$ ) que en los otros dos grupos, fobia simple ( $M = 34,6$ ;  $d.t. = 7,3$ ) y grupo control ( $M = 33,4$ ;  $d.t. = 7,4$ ). No encontrándose diferencias entre estos. Por lo tanto, el grupo de fobia social presenta unos niveles de temor a la evaluación negativa muy elevados, o marcadamente clínicos.

En el nivel de depresión medido por el BDI no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de fobia simple ( $M = 6,7$ ;  $d.t. = 4,3$ ; *i.c.* al 5% [4,8-8,5]) y

el grupo control ( $M = 5,1$ ;  $d.t. = 3,7$ ; *i.c.* [4,3-6,0]); mientras que sí hay diferencias entre el grupo de fobia social ( $M = 10,3$ ;  $d.t. = 5,6$ ; [8,5-12,1]) y los otros dos grupos, siendo mayor el nivel de síntomas depresivos en los sujetos con fobia social.

Las dificultades de movilidad, o evitaciones típicamente fóbicas, medidas por el IMA, se dan en mayor medida en el grupo de fobia simple ( $M = 98,1$ ;  $d.t. = 34,4$ ) que en el grupo control ( $M = 78,7$ ;  $d.t. = 19,5$ ). En esta variable, el grupo de fobia simple alcanza valores similares a los del grupo de fobia social, lo mismo que sucede en la variable F3 (ansiedad ante situaciones fóbicas) del ISRA.

## Discusión

Entre los resultados que más interés han despertado y sobre los que teníamos mayor incertidumbre están los que se derivan del contraste entre el grupo diagnosticado de fobia simple y el grupo de población normal. La literatura revisada (Barlow, 1988; Taylor y Arnow, 1988), nos viene a decir en líneas generales que la persona que padece una fobia simple o específica solamente difiere de la población normal en cuanto a sus manifestaciones de ansiedad cuando se encuentra expuesto o anticipando la presencia del estímulo fóbico. Pues bien, nuestros resultados son algo diferentes. Las personas de nuestra muestra que padecen una fobia simple, muestran una predisposición (rasgo general) a afrontar cualquier situación con mayor nivel de ansiedad, mostrando unas respuestas más elevadas tanto a nivel cognitivo, como fisiológico, o motor, que las personas del grupo control. A su vez, su ansiedad no sólo es superior ante los estímulos fóbicos (F3), sino también en las situaciones de su vida cotidiana (F4). Además, en el Inventario de Movilidad para Agorafobia, el grupo de fobia simple presenta un nivel significativa-

mente superior de evitaciones que el grupo control. Sin embargo, no hay diferencias a nivel de estado de ánimo entre dichos grupos (fobia simple y grupo control).

El grupo de sujetos con fobia social presenta niveles significativamente más altos que el grupo control en las ocho variables de ansiedad medidas por el ISRA, en el temor a la evaluación negativa, así como en el nivel de depresión.

Es importante señalar que el grupo de fobia social estaba formado por sujetos que acudieron a consulta a solicitar tratamiento para su trastorno de ansiedad, más otro grupo de personas (catorce) que no habían solicitado tratamiento, aunque cumplían los criterios de fobia social, según la DSM-IV-TR, y sus puntuaciones en las variables estudiadas no diferían de quienes sí estaban en tratamiento. Se confirma, por lo tanto, en este estudio que los sujetos fóbico sociales presentan niveles extremadamente altos de manifestaciones clínicas (ansiedad, depresión y temor a la evaluación negativa), pero un buen número de ellos no son capaces de superar sus temores para solicitar la ayuda de un profesional. Parece interesante el procedimiento que hemos seguido en este estudio recogiendo sujetos con fobia social no sólo en la consulta clínica, sino también en otros ámbitos.

Encontramos diferencias significativas entre los grupos diagnosticados de fobia social y fobia simple tanto en sus manifestaciones ansiosas como en estado de ánimo. Solamente dichas diferencias desaparecen, es decir el grupo de fobia simple presenta unas manifestaciones de ansiedad similares

al grupo de fobia social, en cuanto a severidad, cuando estudiamos el factor situacional de "situaciones fóbicas" -F3- que evaluamos mediante el ISRA.

Por lo tanto, en este estudio se corrobora que los sujetos con fobia simple destacan por sus manifestaciones de ansiedad ante situaciones fóbicas; pero debemos señalar también que por lo que se refiere a las manifestaciones de ansiedad, el grupo de fobia simple se comporta como un grupo más clínico que lo que se suele encontrar en otros estudios sobre fobia simple, aunque a un nivel más bajo que el grupo de fobia social, pero igualando a éste en el nivel de ansiedad ante situaciones fóbicas y en evitaciones. Recordemos que el 75% de los sujetos con fobia simple además de cumplir los criterios diagnósticos había solicitado tratamiento psicológico por su trastorno.

En ambos grupos clínicos, fobia social y fobia clínica, el hecho de estar en tratamiento psicológico por su problema, o por el contrario, no haber acudido a consulta, no marcó diferencias significativas. Independientemente de la procedencia, se cumplían los diagnósticos clínicos, no había comorbilidad con otros desórdenes, y no había diferencias significativas en las variables estudiadas (ansiedad, depresión, temor a la evaluación negativa y evitaciones). Queda así manifiesto, una vez más, que muchas personas que padecen estos dos tipos de trastornos, no demandan tratamiento, y que esto no es debido a una menor gravedad de su sintomatología, o a un menor nivel de manifestaciones en ansiedad, depresión, temores, o evitación.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th Revised ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statisti-*

- cal Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th, Text Revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Amies, P. L., Gelder, M. G. y Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1987). *BDI, Beck Depression Inventory: Manual*. New York: Psychological Corp.
- Cano-Vindel, A., Pellejero, M., Ferrer, M. A., Iruarizaga, I. y Zuazo, A. (2000). Aspectos cognitivos, emocionales, genéticos y diferenciales de la timidez. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), extraído el 30 de Junio de 2000 de <http://reme.uji.es/reme/numero2004/indexsp.html>.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behav Res Ther*, 23(1), 35-44.
- Chavira, D. A., Stein, M. B. y Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(5), 585-598.
- Echeburúa, E. y Salaberria, K. (1992). Tratamientos psicológicos de la fobia social. In E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Herbert, J. D., Rheingold, A. y Brandsma, L. (2000). Assessment of social anxiety. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 20-45). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Krasucki, C., Howard, R. y Mann, A. (1998). The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13(2), 79-99.
- Leary, M.-R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality-and-Social-Psychology-Bulletin*. 1983 Sep; Vol 9(3): 371-375.
- 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. *Arch Gen Psychiatry*, 53(2), 159-168.
- Merikangas, K. R. y Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244(6), 297-303.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. / Differential profiles in anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, 1(1), 37-60.
- Rapee, R. M., Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10(3), 287-299.
- 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. *Br J Psychiatry Suppl*(34), 24-28.
- Taylor, C. B. y Arnou, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. New York, NY: Free Press.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9(1), 3-18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W. y Stanley, M. A. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 102-106.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 33(4), 448-457.
- Weinschenker, N. J., Goldenberg, I., Rogers, M. P., Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Fierman, E. J., et al. (1996). Profile of a large sample of patients with social phobia: comparison between generalized and specific social phobia. *Depress Anxiety*, 4(5), 209-216.
- Wittchen, H. U. y Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*, 11 Suppl 3, 15-23.
- Wittchen, H. U. y Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North Am*, 24(4), 617-641.



