

**¿TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN O FOBIA SOCIAL  
GENERALIZADA? UN ESTUDIO PILOTO CON  
POBLACIÓN ADOLESCENTE ESPAÑOLA**

**PERSONALITY DISORDER BY AVOIDANCE OR GENERALIZED SOCIAL PHOBIA?  
A PILOT STUDY WITH SPANISH TEENAGER POPULATION**

Pablo J. Olivares-Olivares\*, Diego Maciá\*\*, Grabiél José Chittó Gauer\*\*\*,  
José Olivares\*\*\*\* y Maravillas Amorós\*\*\*\*\*

Universidad de Murcia, España

Universidad Miguel Hernández, España

Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Recibido: 02 de junio de 2013

Aceptado: 15 de julio de 2014

**RESUMEN**

Este estudio planteó como objetivo analizar en qué medida se presentan diferencias cualitativas y cuantitativas entre adolescentes con diagnóstico de *Fobia social generalizada* y los que cumplen los criterios para el diagnóstico de fobia social generalizada más *Trastorno de personalidad por evitación*, de acuerdo a los requisitos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). La muestra estuvo integrada por 29 adolescentes españoles con una edad media de 15.22 años (DT = 1.08; rango = 14-17), en su mayoría del género femenino (66.7%). Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas solo en una de las nueve variables cuantitativas continuas medidas: el número de situaciones sociales temidas/evitadas. El diseño del estudio realizado fue correlacional y transversal. No se hallaron diferencias intergrupo en cuanto a comorbilidad excepto en la variable Trastorno obsesivo-compulsivo. Los resultados obtenidos avalan la posición que el trastorno de personalidad por evitación no debería ser considerado una entidad diagnóstica independiente, sino que debería formar parte del gradiente Ansiedad social situándose en el extremo de mayor gravedad del continuo.

**Palabras clave:** Fobia social generalizada, trastorno de personalidad por evitación, ansiedad social, adolescentes.

**ABSTRACT**

The objective of this study was to analyze to what extent are qualitative and quantitative differences among teenager with *Generalized Social Phobia* diagnosis and those, which meet the criteria for the diagnosis of generalized social phobia plus *Personality Disorder by Avoidance*, in accordance with the requirements of the Diagnostic, and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. The sample consisted of 29 Spanish teenagers with an average age of 15.22 (TD = 1.08; range = 14-17), most of them were female (66.7%). The results show statistically significant differences in only one of the nine quantitative variables continuous measures: the number of social situations Feared/Avoided. The design of the study was correlated and cross-sectional. No inter-group differences were found in terms of comorbidity except in the Obsessive Compulsive Disorder variable. The results obtained support the position that claims that Personality Disorder by Avoidance should not be considered a separate diagnostic entity, but should be part of the Social Anxiety gradient positioned at the greater extreme of continuous importance.

**Key words:** Generalized social phobia, personality disorder by avoidance, social anxiety, teenagers

\* pjo01@um.es

## Introducción

La Fobia Social (FS) se caracteriza como un miedo persistente y acusado a las situaciones sociales. Su tasa de prevalencia en niños y adolescentes de EE.UU. es del 7% (American Psychiatric Association [APA], 2013) y entre el 8% (Olivares, 2005) y el 12.06% (Inglés et al., 2008) en adolescentes españoles. Este trastorno interfiere en la vida de quienes lo presentan dificultando su desarrollo personal, académico y social. Padecer FS es considerado por algunos investigadores como un factor de riesgo que predispone a presentar problemas relevantes para la salud y una merma significativa en la calidad de vida (Buckner, Ecker & Proctor, 2011; Dalrymple & Zimmerman, 2011; Eng, Coles, Heimberg & Safren, 2005), generando además costes considerables para los sistemas sanitarios (Acarturk et al., 2009). Por estas razones los criterios utilizados en el diagnóstico psiquiátrico y las implicaciones que de estos se pueden derivar en el proceso de evaluación, previo a su tratamiento psicológico, constituyen elementos de preocupación para los investigadores que desarrollan su actividad tanto en el contexto de la psicología clínica y de la salud como en el de la psiquiatría (Esbec & Echeburúa, 2011).

Las personas con FS en general, y los adolescentes en particular, pueden presentar ansiedad clínicamente significativa ante un número muy variable de situaciones sociales. Debido a este hecho surgió la necesidad de delimitar distintos subtipos del trastorno. Entre estos subtipos se encuentra la Fobia Social Generalizada (FSG), categoría que se incluye por primera vez en un manual diagnóstico (DSM-III-R) en el año 1987 (APA, 1987). Para poder realizar el diagnóstico de este subtipo, los profesionales clínicos han de especificar si el/la adolescente teme «la mayoría de las situaciones sociales». La ambigüedad que se deriva de no concretar ni cualitativa ni cuantitativamente esta afirmación, ha llevado a diversos autores a realizar propuestas más concretas (Heimberg, Holt, Schneider, Spitzer & Liebowitz, 1993). Una de estas es la realizada por Olivares (1998), que fue puesta a prueba por Piqueras (2005) y dada a conocer por Piqueras, Olivares y López-Pina (2008). Esta delimitación operativa requiere que la persona evite al menos dos situaciones sociales que conlleven interacción para considerar la existencia de FSG, con independencia del número de situaciones sociales de actuación que tema/evite, y

distingue tres niveles de gravedad dentro del gradiente de la FSG: leve (FSGL), moderada (FSGM) y grave (FSGG).

Como hemos indicado, en el DSM-III-R (APA, 1987) se incluyó por primera vez el diagnóstico conjunto de la FS y el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE). La principal característica del TPE es la constatación de la existencia de un patrón generalizado de inhibición social, sentimiento de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa y el rechazo o la desaprobación de los demás, que se acompaña de evitación de la interacción social (APA, 2000). Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la tasa de comorbilidad entre la FS y el TPE es muy elevada, en especial con su subtipo generalizado, tanto en población adulta (Bados, 2009; Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2001) como adolescente (Albano, Chorpita & Barlow, 1996; Olivares, Caballo, García-López, Rosa & López-Gollonet, 2003). Este hecho podría tener su causa en el elevado solapamiento entre ambas condiciones en lo relativo a los criterios diagnósticos (Olivares-Olivares, 2011).

El día de hoy, en lo que respecta a los trastornos de la personalidad, la controversia entre el actual modelo categorial (DSM-V) (APA, 2013) y la postura dimensional (van Velzen, Emmelkam & Scholing, 2000) sigue vigente, pese a que la conceptualización dimensional ofrezca innumerables ventajas frente a la categorial (Esbec & Echeburúa, 2011). De hecho, en la investigación que existe sobre la relación entre FS y TPE en población adulta, por ejemplo, el estudio realizado con gemelos monocigóticos por Reichborn-Kjennerud et al. (2007) aporta evidencia empírica que respalda la hipótesis sobre la existencia de vulnerabilidad genética común a FS y TPE, y el de van Velzen et al. (2000) la hipótesis del continuo en relación con las diferencias en psicopatología, los rasgos de personalidad y el ajuste laboral.

La investigación de la relación entre TPE y FS en población infanto-juvenil es escasa. La revisión de la literatura *ad hoc* muestra solo dos estudios al respecto: el realizado por Francis, Last y Strauss (1992) y el publicado por Denardin, Silva, Pianca y Rohde (2004). En el primero se compararon participantes con Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE) frente a los que presentaban Fobia Social con carácter general (FS) y FS+TPE; en el segundo TPE vs. FS. Ambos aportan

\* pjo01@um.es

evidencia empírica que permite cuestionar el sentido de mantener el TPE como una categoría diagnóstica independiente del continuo que delimita el constructo FS. No obstante, habida cuenta que, por un lado, el TPE se delimita como un patrón general de inhibición social que se concreta en sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la crítica negativa y que, por otro, el constructo FS incluye dos categorías diagnósticas (APA, 2000) que se corresponden con patrones de alteraciones que difieren notablemente entre sí (Fobia Social Específica - FSE y FSG), tanto en lo que respecta al sufrimiento como a la interferencia en la actividad cotidiana (con las implicaciones que de ello se derivan en el ámbito académico, el orden psicopatológico, el desarrollo social, etc.), parece que la comparación entre adolescentes que solo presentan FSG y los que cumplen los criterios para el diagnóstico de ambas categorías (FSG+TPE) podría aportar información relevante al debate sobre la pertinencia de mantener la independencia de estas dos categorías diagnósticas (FS y TPE).

Por todo ello hemos diseñado el presente estudio piloto. Nuestro objetivo es aportar evidencia empírica que contribuya al conocimiento de las relaciones entre el TPE y la FSG en población adolescente de habla española. Ello nos debería permitir argumentar a favor o en contra de la pertinencia de seguir manteniendo el TPE como una entidad diagnóstica independiente de la FSG. Nuestra hipótesis al respecto que es no hallaremos diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (FSG vs. FSG+TPE) en ninguna de las variables medidas.

## Método

### Participantes

Como puede verse en la Tabla 1, la muestra final estuvo integrada por 27 adolescentes, de los cuales 9 (33.3%) fueron varones y 18 (66.7%) mujeres con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, que cumplían los criterios para el diagnóstico de FSG o FSG más TPE.

**Tabla 1**  
*Datos sociodemográficos*

		GRUPOS	
		FSG	TPE+FSG
EDAD (Medias y DT)		14.71 (0.95)	15.4 (1.1)
GÉNERO	HOMBRES	4 (14.81%)	5 (18.50%)
	MUJERES	3 (11.11%)	15 (55.56%)
EDAD (años)	14	4 (14.81%)	5 (18.52%)
	15	1 (3.70%)	6 (22.22%)
	16	2 (7.40%)	5 (18.51%)
	17	0 (0.00%)	4 (14.81%)

**FSG** = Grupo integrado por adolescentes con Fobia social generalizada **TPE+FSG** = Grupo de adolescentes con Trastorno de personalidad por evitación y con Fobia social generalizada.

### Procedimiento y diseño

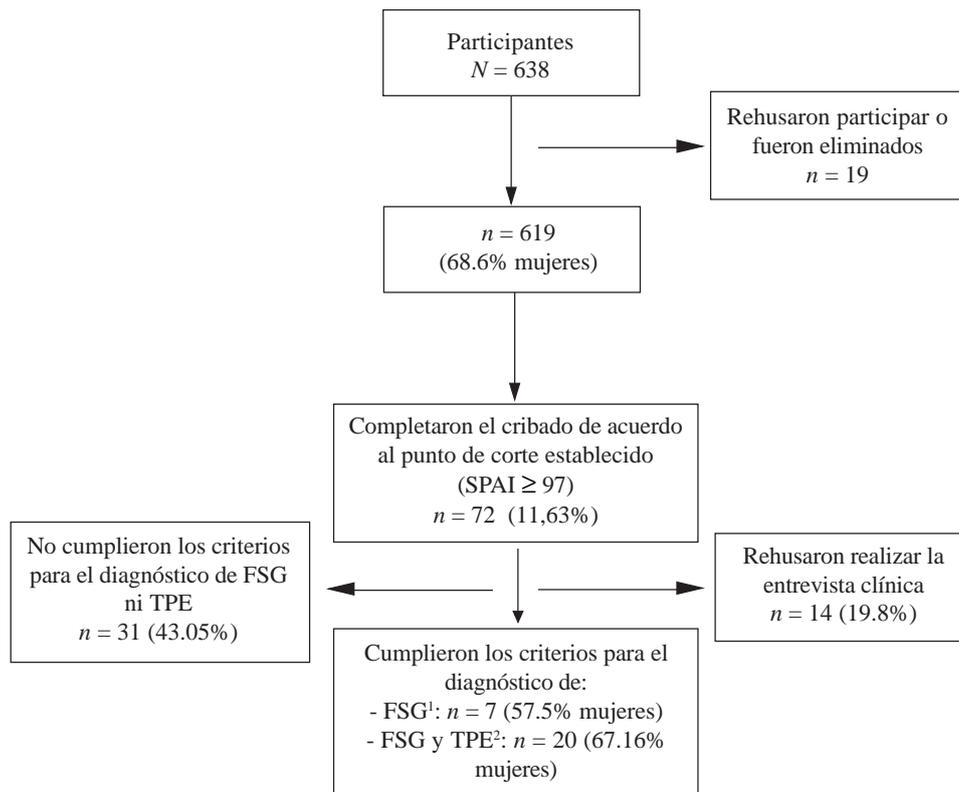
En el diagrama de flujo de la Figura 1 recogemos el proceso de selección de los integrantes de la muestra del presente estudio. Como puede observarse, ofertamos la administración del Social Phobia and Anxiety Inventory - SPAI (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989) a 638 estudiantes

de tercero y cuarto curso de *Enseñanza Secundaria Obligatoria* (ESO) y primer curso de *Bachillerato*, escolarizados en 5 centros educativos seleccionados al azar entre los públicos y subvencionados con que cuenta la ciudad de Elche, España. Fueron excluidos por no cumplimentar adecuadamente el SPAI o por rehusar participar

en la investigación 19, quedando la muestra inicial integrada por 619 participantes (68.6% mujeres). En una segunda fase seleccionamos a los adolescentes que alcanzaron en el SPAI una puntuación igual o superior a un punto de corte previamente establecido SPAI <sup>3</sup> 97 (Olivares, García-López, Turner, La Greca & Beidel, 2002). Igualaron o superaron este punto de corte 72 participantes (11.63%) a los que se invitó a realizar una entrevista clínica: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule - ADIS-IV-C* (Silverman & Albano, 1996; Silverman, Albano & Sandin, 2001); 14 (19.4%) rehusaron la invitación alegando razones

de tiempo. De los restantes, 7 (57.5% mujeres y 42.5% de varones) cumplieron solo los criterios para el diagnóstico de FSG y 20 (67.16% mujeres) tanto los requeridos para el diagnóstico de FSG como los del TPE.

La entrevista clínica fue realizada a los 58 adolescentes por tres psicólogos clínicos, con amplia experiencia en el ejercicio de la profesión con niños y adolescentes, y grabada mediante cámara de video. Posteriormente cada entrevista fue visualizada de manera independiente por otros dos psicólogos clínicos con amplia experiencia en la evaluación de niños y adolescentes.



<sup>1</sup>FSG = Fobia Social Generalizada

<sup>2</sup>TPE = Trastorno de Personalidad por Evitación

**Figura 1.** Diagrama del proceso de selección de los participantes

Una vez terminado el proceso de selección, evaluación y concluido el diagnóstico psicopatológico (DSM-IV-TR) (APA, 2000), se les ofreció a todos los participantes que cumplieron los criterios para el diagnóstico de FSG, o FSG

más TPE, la posibilidad de inscribirse en un programa de tratamiento para adolescentes con FSG (Olivares, 2005).

En cuanto al diseño hay que indicar que se realizó un estudio transversal y correlacional. Se compararon dos

grupos, el primero de ellos integrado por los adolescentes que solo cumplieron los criterios diagnósticos para la FSG y el segundo por quienes recibieron el diagnóstico de FSG y TPE.

### **Instrumentos**

Todos los adolescentes completaron los siguientes instrumentos y estrategias de evaluación:

- *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version - ADIS-IV-C* (Silverman & Albano, 1996). Esta entrevista ha mostrado excelente fiabilidad test-retest (coeficiente kappa = .63 - .80) e interjueces (.82 - .95) en su aplicación en población infantil para el diagnóstico de trastornos de ansiedad, incluida la fobia social (Silverman, Saavedra & Pina, 2001). Además, la sección de FS de la ADIS-IV-C nos permitió contabilizar el número de situaciones sociales temidas/evitadas (NSSTE) informadas por los participantes.
- *Inventario de Ansiedad y Fobia Social (The Social Phobia and Anxiety Inventory - SPAI)* (Turner et al., 1989). Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999) obtuvieron coeficientes de consistencia interna elevados en población adolescente española: .95, .83 y .95 relativos a las subescalas Fobia Social (SPAI-FS), Agorafobia y Diferencia, respectivamente.
- *Cuestionario de confianza para hablar en público - CCHP (Personal Report of Confidence as Speaker - PRCS)* (Gilkinson, 1942). Presenta una validez concurrente de .87 y una consistencia interna de .87 en población adolescente española (Hidalgo, López-Pina, Inglés & Méndez, 2002).
- *Self-statements during public speaking/ Autoverbalizaciones durante una situación de Hablar en Público - SSPS/AHP* (Hofmann & DiBartolo, 2000) evalúa las respuestas cognitivas que se dan en situaciones en las cuales es preciso hablar en público. En una investigación realizada por los profesores J. Olivares y M. D. Hidalgo (Rivero, 2005), con población adolescente española se halló una alta consistencia interna ( $\alpha = .90$ ).
- *Escala de Asertividad de Rathus - RAS* (Rathus, 1973; Caballo, 1987). El coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna

de esta escala varía entre .73 y .86 para la población de habla española (Salaberría & Echeburúa, 1995).

- *Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia - CEDIA* (Inglés, Méndez & Hidalgo, 2001). Su consistencia interna es de .94 y la fiabilidad test-retest de .84 para la puntuación total.
- *Escala de Inadaptación - EI* (Echeburúa & Corral, 1987). Muestra excelentes propiedades psicométricas en contextos clínicos (Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo, 2000) alcanzando su coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna el valor de .94.
- *Escala de Autoestima (Society and Adolescent Self Image - SASI)* (Rosenberg, 1965). Atienza, Moreno y Balaguer (2000) estudiaron sus propiedades psicométricas en población adolescente española con buenos resultados. El valor de su coeficiente  $\alpha$  de consistencia es de .92 y el de fiabilidad test-retest de .85.

La evaluación fue realizada por 4 colaboradores previamente entrenados, agrupados en parejas de distinto sexo.

Así mismo, siguiendo el procedimiento utilizado en otras ocasiones (Olivares, 2005), realizamos una prueba observacional en la que se evaluó el Contacto Ocular (CO) mantenido con el interlocutor durante una entrevista en la que, durante tres minutos, cada uno de los participantes tenía que mantener una conversación con un desconocido. La entrevista versó sobre las expectativas que tenía cada participante respecto del tratamiento psicológico. En esta tarea intervinieron dos colaboradores de los investigadores, de distinto sexo, entrenados para mantener una postura neutra, es decir, se les instruyó y entrenó para que no interactuaran con participantes de mismo sexo ni llevaran el peso de mantener la conversación una vez planteado el tema de la misma.

La actuación de cada participante fue filmada con vídeo-cámara, previo consentimiento escrito de cada uno de éstos y de sus padres, registrándose la ocurrencia o no del contacto ocular en intervalos de 30 segundos y su duración total (máximo 180 segundos). Las grabaciones

fueron visualizadas y codificadas por dos observadores independientes, previamente entrenados y distintos a los evaluadores.

### *Análisis estadísticos*

Para comprobar si los grupos estaban equiparados en las variables sociodemográficas edad y sexo se aplicaron las pruebas estadísticas *t* de Student para las variables cuantitativas y la prueba Chi-cuadrado de verosimilitud para las cualitativas, ya que por el reducido tamaño de la muestra no se cumplieron los supuestos que se requieren para poder emplear una Chi Cuadrado.

Con la finalidad de conocer si se cumplía el principio de homocedasticidad, se utilizó la prueba de Levene.

Por otra parte se aplicó la *t* de Student para comparar las medias de las variables cuantitativas continuas (medidas de la ansiedad social y sus correlatos), con el fin de averiguar si existían diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos. Para cuantificar el tamaño del efecto se utilizó el estadístico *r*.

El estudio de la existencia de diferencias significativas entre los grupos respecto de los trastornos comórbidos se realizó aplicando la prueba Chi-Cuadrado de Verosimilitud, debido al reducido tamaño de la muestra no.

Los análisis se realizaron con el programa SPSS 15.0.

### **Resultados**

En relación con la evaluación diagnóstica, la prueba utilizada para valorar su fiabilidad fue la observación inter-jueces cuyo índice de fiabilidad ( $\kappa = .85$ ) fue muy elevado. Las correlaciones inter-jueces en el test situacional para registrar el CO también fueron altas ( $r_{xy} = .91$ ).

Los análisis de equiparación de grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos en las variables sexo [ $\chi^2_{(1,27)} = 2.318, p = .13$ ] y edad [ $t_{(25,27)} = 1.469; p = .15$ ].

**Tabla 2**

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad, test situacional y correlatos*

	FSG (n = 7)M (DT)	TPE+FSG (n = 20)M (DT)
NSSTE	6.57 (1.81)	8.6 (1.19)
CEDIA	131 (18.31)	142.95 (9.85)
CO	0.86 (0.9)	0.1 (.31)
SPAI-FS	139.43 (13.67)	148 (15.73)
CCHP	33.14 (10.12)	28.2 (9.69)
AHP	30.43 (8.92)	33 (7.73)
RAS	-35.43 (31.47)	-40.3 (13.29)
SASI	13 (2.31)	13.35 (2.85)
EI	28.71 (5.93)	30.45 (2.67)

NSSTE = Número de situaciones sociales temidas/evitadas; CEDIA = Cuestionario para la Evaluación de Dificultades Interpersonales en Adolescentes; CO = Duración del Contacto Ocular; SPAI-FS = Subescala de Fobia Social del SPAI; CCHP = Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; AHP = Autoverbalizaciones durante una Situación de Hablar en Público; RAS = Cuestionario de Asertividad de Rathus; SASI = Escala de Autoestima de Rosenberg; EI = Escala de Inadaptación de Echeburúa.

En la Tabla 2 mostramos las magnitudes de los valores obtenidos para las medias y desviaciones típicas de las medidas de la ansiedad, del test situacional y de los correlatos. Como puede verse, los valores medios de todas

las variables muestran más deterioro en el grupo FSG+TPE que en el FSG, como era de esperar, pero sin que estas diferencias alcancen relevancia estadística salvo para el NSSTE (Tabla 3).

**Tabla 3**  
*t de Student y tamaños del efecto de las medidas de ansiedad social y sus correlatos*

	$t_{(25, 27)}$	$p$	$r$
NSSTE	3.386	.02	.56
CEDIA*	1.645	.14	.52
CO*	-2.182	.07	.65
SPAI-FS	1.279	.21	.25
CCHP	-1.149	.26	.22
AHP	.729	.47	.14
RAS*	-.397	.70	.15
SASI	.292	.77	.06
EI*	.748	.48	.27

\* = No cumplieron el supuesto de homocedasticidad;  $p$  = Significación Bilateral;  $r$  = tamaño del efecto  $r$  NSSTE= Situaciones temidas/evitadas; CEDIA = Cuestionario para la Evaluación de Dificultades Interpersonales en Adolescentes; CO = Contacto Ocular; SPAI-FS = Subescala de Fobia Social del SPAI; CCHP = Cuestionario de Confianza para Hablar en Público; AHP = Autoverbalizaciones durante una Situación de Hablar en Público; RAS = Cuestionario de Asertividad de Rathus; SASI = Escala de Autoestima de Rosenberg; EI = Escala de Inadaptación.

Como puede observarse en la Tabla 3, de las variables cuantitativas continuas estudiadas el CO, el CEDIA, el RAS y la EI no cumplieron el supuesto de homocedasticidad. Así mismo, tal como hemos indicado, los datos aportados por los análisis relativos a la  $t$  de Student muestran que de las nueve variables medidas solo se presentan diferencias estadísticamente significativas

entre las medias de la variable NSSTE [ $t_{(25, 27)} = 3.386; p = .02$ ], a favor del grupo FSG+TPE, siendo su tamaño del efecto  $r$  de 0.56; el resto no alcanzan significación estadística y presentan un tamaño del efecto  $r$  bajo, a excepción del CO [ $t_{(6,498, 27)} = -2.182, p = .07$ ] que alcanza 0.65 y el CEDIA [ $t_{(7,254, 27)} = 1.645, p = .14$ ] con un tamaño de 0.52.

**Tabla 4**  
*Comorbilidad en función del grupo y análisis de Chi Cuadrado de los trastornos comórbidos diagnosticados*

	TRASTORNO		$\chi^2_{(1, 27)}$	$p$
	FSG	TPE+FSG		
AP	3(11.11%)	6 (22.22%)	.376	.54
AG	0 (0%)	1 (3.7%)	.614	.43
TAG	3(11.11%)	12 (44.44%)	.615	.43
TOC	1(3.7%)	13 (48.15%)	5.753	.02
Fesp	5 (18.52%)	15(55.56%)	.034	.85
TEPT	0 (0%)	4 (14.81%)	2.636	.10
DM	0 (0%)	2 (7.4%)	1.255	.26
TD	4 (14.81%)	17 (62.96%)	2.135	.14
AO	1 (3.7%)	7 (25.93%)	1.176	.28
AOST	0 (0%)	0 (0%)		

AP = Trastorno por ataques de pánico; AG = Agorafobia; TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; TOC = Trastorno obsesivo compulsivo; F esp = Fobias específicas; TEPT = Trastorno por estrés postraumático; DM = Depresión mayor; TD = Trastorno distímico; AO = Abuso del consumo de alcohol; AOST = Abuso del consumo de otras sustancias.

El estudio de la comorbilidad (Tabla 4) tampoco mostró diferencias significativas entre los grupos, excepto para el Trastorno Obsesivo Compulsivo [ $\chi^2_{(1,27)} = 5.753$ ,  $p = .02$ ], a favor del grupo FSG+TPE.

### Discusión

Nuestros resultados muestran que la hipótesis que habíamos formulado se verifica en 8 de las 9 variables medidas y en 9 de las 10 relaciones de comorbilidad estudiadas (Tablas 3 y 4), por lo que están en consonancia con lo conjeturado. Este patrón generalizado de ausencia de diferencias significativas entre FSG y FSG+TPE, coincide con lo informado por Denardin et al. (2004) y Francis et al. (1992). En ambos estudios la tendencia de los resultados obtenidos es similar con independencia de la edad de la muestra.

Francis et al. (1992) utilizaron una muestra clínica integrada por 62 niños y adolescentes que cumplían los criterios diagnósticos para FS (en general), TPE o ambos. Se crearon tres grupos. Uno compuesto por niños y adolescentes con FS; otro por niños y adolescentes con TPE y el tercero por niños y adolescentes que reunían ambos diagnósticos. Los investigadores no encontraron diferencias respecto a variables sociodemográficas, tampoco en cuanto a comorbilidad entre los diferentes grupos. Así mismo, Denardin et al. (2004) llevaron a cabo otro estudio con población clínica infanto-juvenil brasileña en el que participaron 57 niños y adolescentes. Se compararon también tres grupos delimitados operativamente de la misma forma que en el estudio de Francis et al. (1992). Los resultados volvieron a poner de manifiesto la ausencia de diferencias en cuanto a comorbilidad entre los grupos; tampoco se observaron diferencias en la generalización y consolidación del trastorno. Por todo ello los autores concluyeron que sus hallazgos permitían contemplar la posibilidad de que el TPE podría considerarse una entidad diagnóstica perteneciente al continuo «ansiedad social».

Así mismo, nuestros resultados también están en consonancia con los obtenidos en población adulta por Heimberg, Hope, Dodge y Becker (1990), Turner, Beidel y Townsley (1992) o Ralevsky et al. (2005) con intención de aportar datos que permitieran establecer si el TPE y la FS son trastornos cualitativamente diferentes o forman parte

del mismo continuo, concluyendo a favor de la hipótesis del continuo.

Desde la perspectiva psicobiológica nuestros hallazgos se podrían enmarcar en el modelo de funcionamiento propuesto por Reichborn-Kjennerud et al. (2007) según el cual la vulnerabilidad genética para padecer tanto FS como TPE es común a ambos trastornos. Esta base genética común es coherente con la propuesta de que existe un continuo en la ansiedad social. Dentro de este continuo el TPE se podría considerar como el extremo más grave del gradiente o como FSGG, en la propuesta de Olivares (1998). En nuestro estudio esta mayor vulnerabilidad genética también encuentra apoyo empírico en el hecho de que los adolescentes que presentan FSG+TPE temen/evitan un mayor número de situaciones sociales que los que solo cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico de FSG, siendo estas diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos y a favor del grupo FSG+TPE (Tabla 3).

Así pues, a la luz de los datos obtenidos en el presente estudio podemos concluir que estos refrendan nuestra hipótesis, constituyen un aporte de nueva evidencia empírica (en un marco previamente inexplorado como es la comparación entre la FSG y el TPE) en población infanto-juvenil y son coherentes tanto con los resultados obtenidos por estudios previos en población adolescente como adulta, apoyando que no tiene sentido mantener estas dos categorías como entidades diagnósticas independientes.

No obstante, estos datos tienen que ser tomados con mucha cautela debido tanto al reducido tamaño de la muestra como al hecho de que fue realizada con adolescentes de habla española de una localidad concreta de España. Es preciso replicar este estudio con un mayor tamaño de la muestra y que esta sea representativa de toda o al menos de una parte relevante de la población adolescente europea y americana de habla española.

### Referencias

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M. & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 115, 421-429.

\* pjo01@um.es

- Albano, A. M., Chorpita, B. & Barlow, D. (1996). Childhood anxiety disorders. En E. J. Mash & R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology* (pp. 196-241). Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association - APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>rd</sup> ed. rev.; DMS-III-R). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association - APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed., texto revisado; DSM-IV-R). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association - APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Facultad de Psicología. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63211/1/Fobia%20social.pdf>
- Buckner, J. D., Ecker, A. H. & Proctor, S. L. (2011). Social anxiety and alcohol problems: The roles of perceived descriptive and injunctive peer norms. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 631-638.
- Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia, España: Promolibro.
- Dalrymple, K. L. & Zimmerman, M. (2011). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 131-137.
- Denardin, D., Silva, T. L., Pianca, T. G. & Rohde, L. A. (2004). Is avoidant disorder part of the social phobia spectrum in a referred sample of Brazilian children and adolescents? *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37, 863-867.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G. & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143-156.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 1-11.
- Francis, G., Last, C. G. & Strauss, C. C. (1992). Avoidant Disorder and Social Phobia in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Speech Monographs*, 9, 141-160.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S. & 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., Holt, C. S., Schneider, F. R., Spitzer, R. L. & Liebowitz, M. L. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-270.
- Hidalgo, M. D., López-Pina, J. A., Inglés, C. J. & Méndez, F. X. (2002). Análisis psicométrico del Cuestionario de confianza para hablar en público, usando la teoría de respuesta al ítem. *Anales de psicología*, 18, 333-349.
- Hofmann, S. G. & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Inglés, C., Méndez, F. X. & Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104.
- Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G., et al. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 31, 449-461.
- Olivares, J. (1998). *Una propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Manuscrito presentado para su publicación. Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Olivares, J. (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la Fobia Social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. & Beidel, D. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(1), 67-78.
- Olivares, J., García-López, L. J., Turner, S., La Greca, A. M. & Beidel, D. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.

- Olivares-Olivares, P. J. (2011). *Efectos del Programa IAFS en función de una operacionalización del grado experto en el ejercicio de la Psicología Clínica* (Tesis doctoral inédita). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Piqueras, J. A. (2005). *Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Murcia, España. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11008/PiquerasRodriguez.pdf;jsessionid=C688FDA11E9098AB4DD0FE2246057C0E.tdx2?sequence=1>
- Piqueras, J. A., Olivares, J. & López-Pina, J. A. (2008). Empirical validation of a new proposal about delimitation and operationalisation of the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 67-77.
- Ralevski, E., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., et al. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: Distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 208-214.
- Rathus, S. A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M., Orstavik, R., Tambs, K. & Kendler, K. (2007). The Relationship between Avoidant Personality Disorder and Social Phobia: A Population-Based Twin Study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1722-1728.
- Rivero, R. (2005). *Validación de tres instrumentos para la medida de la fobia social en la adolescencia* (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Silverman, W. & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule (ADIS-IV-C)*. Nueva York: Graywind Publications.
- Silverman, W., Albano, A. M. & Sandín, B. (2001). *Entrevista clínica ADIS-IV-C: entrevista para el niño*. Madrid: UNED-Klinik.
- Silverman, W., Saavedra, L. & Pina, A. (2001). Test-retest reliability of anxiety and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L. & Fredrikson, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: A general population study. *Behavior Research and Therapy*, 39, 289-298.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & 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. & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- van Velzen, C. J., Emmelkam, P. M. G. & Scholing, A. (2000). Generalized Social Phobia versus Avoidant Personality Disorder: Differences in Psychopathology, Personality Traits, and Social Occupational Functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 395-411.

---

\* Universidad de Murcia, España.

\*\* Universidad Miguel Hernández, España.

\*\*\* Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

\*\*\*\* Universidad de Murcia, España.

\*\*\*\*\* Universidad de Murcia, España.