

Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes

José Olivares Rodríguez, J. A. Piqueras Rodríguez y A. I. Rosa Alcázar
Universidad de Murcia

El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y sociodemográficas de los adolescentes en función del subtipo de fobia social. Participaron 120 adolescentes que cumplían los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de fobia social (específica o generalizada). Los resultados muestran diferencias significativas entre los subtipos, en la variable género y en las medidas relativas a la ansiedad, la evitación social, el miedo a la evaluación negativa y sus correlatos. Estos datos concuerdan con los resultados de otros estudios con población adulta y aportan información útil para la investigación y la práctica clínica.

Sociodemographic and psychological features of social phobia in the adolescence. The objective of this study is to analyze the demographic and clinical features of adolescent with social phobia based on the subtype. The sample included 120 adolescents diagnosed of Social Phobia (specific or generalized). The results show statistically significant differences between both subtypes of social phobia; so much in gender as on each measure that evaluate anxiety, social avoidance, fear of negative evaluation and other correlates. These data are consistent with results informed by several studies with adult population and provide useful information for the investigation and the clinical practice.

La fobia social (FS en adelante) se caracteriza por «un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas» (APA, 2002; p. 502). De acuerdo con esta misma fuente, la FS sigue en tasas de prevalencia a la depresión mayor y a la dependencia de consumo de alcohol, lo que la sitúa en el tercer trastorno psicológico con mayores tasas de prevalencia.

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que este trastorno de ansiedad tiene su inicio más frecuente en la adolescencia media (Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh, 2001; Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003) y es actualmente el desorden más diagnosticado en el contexto clínico durante esta fase de la vida (Albano y Detweiler, 2001). Debido a todo ello, la fobia social es un problema que también viene ocupando y preocupando a los investigadores españoles (véase Echeburúa y Salaberría, 1991; Moreno, Méndez y Sanchez, 2000; Olivares y García-López, 2002; Olivares, Rosa y Piqueras, 2005; o Ruipérez, García-Palacios y Botella, 2002, por poner algunos ejemplos).

El trastorno presenta un curso crónico e interfiere tanto en el rendimiento escolar como en el desarrollo y el funcionamiento individual (Beidel et al, 2001). Sus consecuencias en el proceso de adaptación del adolescente son graves; así, podemos destacar el bajo rendimiento académico y el abandono escolar (Beidel y Turner, 1998), el desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del esta-

do de ánimo o el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb y Wittchen, 2001).

El sujeto con FS puede presentar ansiedad clínicamente significativa ante un número muy variable de situaciones sociales. De esta variabilidad surgió la necesidad de distinguir diferentes subtipos de FS y, como consecuencia, la inclusión por primera vez del subtipo «fobia social generalizada» (en adelante FSG) en el DSM-III-R (APA, 1987), delimitado mediante la expresión «la mayoría de las situaciones sociales» (p. 291). Ante la ambigüedad de dicha delimitación algunos investigadores han propuesto otras alternativas, fundamentalmente en estudios realizados con población adulta. Las propuestas, que también incluyen distintas operacionalizaciones del subtipo denominado indistintamente «específico», «no-generalizado», «circunscrito» o «limitado», varían en función tanto del procedimiento seguido para establecerlos como de la naturaleza de los criterios utilizados. Hasta la fecha, las dos propuestas que más investigación han generado son las del grupo de Turner (v. gr., Turner, Beidel y Townsley, 1992) y las del grupo de Heimberg (v. gr., Heimberg, Holt, Schneider, Spitzer y Liebowitz, 1993; Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990). Heimberg y colaboradores proponen tres subtipos: (a) fobia social específica si se presenta ansiedad en un número limitado de situaciones muy concretas (no más de dos y relacionadas con situaciones de actuación, tales como hablar, comer, escribir en público, etc.); (b) fobia social no generalizada, si se temen y evitan muchas situaciones y en contextos sociales diferentes, pero aún se conserva un funcionamiento adecuado en algunas de las áreas; y (c) fobia social generalizada si se temen y evitan todas o casi todas las situaciones sociales. Por su parte, Turner et al (1992) toman como criterio la frecuencia de ocurrencia de las situaciones sociales a la hora de delimitar su

propuesta respecto de que se ha de entender por «la mayoría de las situaciones» y proponen distinguir dos subtipos: (a) Fobia social generalizada si se temen situaciones de ocurrencia frecuente tales como asistir a fiestas o reuniones sociales, iniciar o/y mantener conversaciones, etc.; (b) Fobia social específica, si lo que se temen son situaciones con menor frecuencia de ocurrencia, tales como dar discursos, hablar en reuniones, comer o escribir en público o utilizar aseos públicos. En España también hay trabajos recientes en los que se ha abordado el problema planteado por la propuesta de la APA (1987) a este respecto (así, Olivares y Caballo, 2003; o Quero, Baños, Botella y Gallardo, 2003). Pero a pesar de la existencia de esta controversia, las diferentes actualizaciones del DSM (APA, 1994 y 2002) han mantenido la distinción inicial (DSM-III-R; APA, 1987).

En la población adolescente el estudio de la problemática planteada por la delimitación de los subtipos se halla en sus inicios, como lo refleja el reducido número de trabajos publicados al respecto (Essau et al, 1999; Hofmann, Albano, Heimberg, Tracey, Chorpita y Barlow, 1999; Wittchen, Stein y Kessler 1999), ninguno de los cuales se ha realizado con población española.

En este contexto, los dos grupos de variables más investigados han sido los relativos a la caracterización clínica y sociodemográfica de los subtipos propuestos. Así, distintos autores han encontrado que los sujetos adultos que presentan fobia social generalizada, respecto a los que son diagnosticados de fobia social específica (FSE, a partir de ahora), muestran una edad de inicio más temprana, un nivel educativo más bajo, una mayor tasa de desempleo, un mayor porcentaje de solteros, un número superior de familiares de primer grado que también reciben un diagnóstico de fobia social y un mayor consumo de psicofármacos (v. gr., Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson, 2000; Heimberg et al, 1990). En población adolescente también se han hallado diferencias en la edad de inicio en función del subtipo de fobia social y el sexo (Furmark, 2002; Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen, 1994; Wittchen et al, 1999).

Por lo que respecta a la caracterización clínica, algunos estudios también han investigado en población adulta la existencia de diferencias entre los subtipos propuestos. Así, mediante el uso de autoinformes se ha encontrado que, en comparación con los que presentan FSE, los sujetos con FSG informan mayor intensidad y frecuencia de sus respuestas de ansiedad y una mayor interferencia en sus vidas (así Quero et al, 2003; Turner et al, 1992), mayor frecuencia e intensidad del miedo a la evaluación negativa y mayor dificultad a la hora de resolver problemas interpersonales (v. gr., Kachin, Newman y Pincus, 2001). En cambio, en población adolescente tampoco se han realizado estudios a este respecto.

Así pues, a la falta de un consenso sobre la delimitación de los subtipos que no sólo da lugar a una amplia variedad de interpretaciones, sino que también dificulta las comparaciones entre los trabajos realizados, hay que añadir la escasez de estudios sobre esta problemática en la población adolescente. Todo ello nos llevó a plantearnos el estudio de las características sociodemográficas y clínicas en una muestra de adolescentes españoles, prestando especial atención a su concreción en función de los subtipos (FSE y FSG). Esperábamos corroborar que las distinciones mantenidas por la APA (2002), entre FSE y FSG, resultan útiles para obtener grupos homogéneos en adolescentes que permitan incrementar la especificidad diagnóstica y, en consecuencia, contribuyan a mejorar tanto el pronóstico del curso del trastorno como el diseño y la selección de tratamientos específicos en esta población.

Método

Muestra

La muestra final estuvo compuesta por 120 sujetos, alumnos de 3º y 4º de la E.S.O. y 1º de Bachiller, matriculados en 10 centros públicos y concertados de la región de Murcia.

La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 14 y los 18 años, con una media de 15,22 (D.T.= 0,92). El 30% fueron hombres y el 70% mujeres, de ellos el 32,5% cursaban 3º de ESO, el 36,97% asistían a 4º de ESO y el 30,52% a 1º de Bachillerato.

En la fase de evaluación diagnóstica fue excluido y remitido a su centro de salud un sujeto que presentaba un trastorno que incluía alucinaciones auditivas. Al resto de adolescentes que cumplieron los criterios para el diagnóstico de fobia social se les ofreció la posibilidad de recibir tratamiento psicológico, dentro de un programa diseñado con este fin (véase Olivares, 2005).

Evaluación

El proceso de evaluación siguió los pasos que describimos a continuación. Los sujetos participantes fueron seleccionados, en una primera fase, de una población de 1.696 alumnos mediante la aplicación de dos instrumentos de detección adaptados y validados para población adolescente española (véase García-López, Olivares y Vera-Villarreal, 2003): SAS-A (La Greca y López, 1998) y SPAI (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). En una segunda fase, los adolescentes que superaron los puntos de corte establecidos (Olivares, García-López, Hidalgo, La Greca, Turner y Beidel, 2002) fueron entrevistados siguiendo la ADIS-IV-L (DiNardo, Brown y Barlow, 1994) a fin de verificar si cumplían los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social y, en su caso, pasar a la tercera fase. En la tercera fase les fue asignado el subtipo de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) y una operacionalización ya puesta a prueba en nuestro contexto cultural por Ruipérez et al (2002) consistente en diferenciar entre: (a) fobia social circunscrita (miedo persistente e intenso a una o dos situaciones sociales), y (b) fobia social generalizada (miedo persistente e intenso a tres o más situaciones sociales). Finalmente, a los sujetos seleccionados se les aplicó una batería de pruebas de autoinforme que junto a la entrevista diagnóstica se describen y enumeran a continuación.

Instrumentos de evaluación

Entrevista diagnóstica

Utilizamos la Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Lifetime version (ADIS-IV-L; DiNardo et al, 1994). Se trata de una entrevista semiestructurada que permite efectuar el diagnóstico diferencial de la fobia social con otros trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV, así como con otros trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos, trastornos relacionados con el consumo de sustancias y detectar la presencia de otras complicaciones (v. gr., trastornos psicóticos). Incluye una sección relativa a la fobia social, en la cual se evalúa tanto la severidad del miedo como la evitación del sujeto ante 13 situaciones sociales. En un estudio piloto, Di Nardo, Brown, Lawton y Barlow (1995) informaron que el coeficiente *kappa* hallado para esta entrevista es adecuado ($k=0.64$) y Olivares y García-López (2000) han obtenido en población adolescente española un valor de 0.79 para este coeficiente.

Para la determinación de la edad de inicio de la fobia social, se pidió a los sujetos durante la entrevista que asociaran inicialmente

te ésta a uno de los intervalos cronológicos que habíamos cons-truido y delimitado, con este fin, tomando como criterios de refe-rencia acontecimientos vitales/escolares que estimamos relevantes por requerir generalmente un notable esfuerzo de adaptación para los niños y los adolescentes: 3-6, 6-9, 9-12, 12-15 y 15-18 años. Algunos de los acontecimientos utilizados como referencia fue-ron: ingreso en el parvulario e inicio de la escolaridad obligatoria (3-6 años); inicio y consolidación del dominio de materias instru-mentales bajo la dirección de un solo docente (6-9 años: lectura, escritura y cálculo aritmético); inicio de la aparición de los caracte-res sexuales secundarios, incremento significativo de la dificul-tad de las materias de estudio (introducción del pensamiento abs-tracto), intensificación de los requerimientos para superar las pruebas de evaluación y paso de la dependencia de un solo profes-or para todas las materias a un profesor para cada materia (9-12 años); consolidación de los caracteres sexuales secundarios, incre-mento de las demandas de responsabilidad y cambio de centro educativo (12-15 años); realización de los estudios de Bachillerato y relativos a las enseñanzas profesionales (15-18 años). Una vez ubicado el intervalo se le solicitaba al sujeto que intentara situar la edad de inicio en un año concreto rememorando acontecimientos pasados. Se utilizó como criterio-guía para ubicar el inicio el mo-mento a partir del cual los sujetos recordaban que los miedos so-ciales comenzaron a causar deterioro significativo en sus vidas.

Inventarios y escalas

Las pruebas de autoinforme empleadas en este estudio se enu-meran a continuación. Para mayor información de sus objetivos,

características y propiedades psicométricas en población adoles-cente española puede consultarse García-López et al (2003). Los instrumentos utilizados fueron el inventario de ansiedad y fobia social (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI; Turner et al, 1989), el cuestionario de habilidades sociales para adolescentes (CHSPA; Inglés Martínez, Méndez e Hidalgo, 1998), el cuestio-nario de confianza para hablar en público (Personal Report of Confidence as Speaker, PRCS; Paul, 1966), y las escalas: escala de ansiedad social para adolescentes (Social Anxiety Scale for Ado-lescents, SAS-A; La Greca y López, 1998), autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público (Self-Statements During Public Speaking, SSPS; Hofmann y DiBartolo, 2000), escala de ansiedad a la interacción social (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS; Mattick y Clarke, 1998), escala de fobia social (Social Phobia Scale, SPS; Mattick y Clarke, 1998), escala de inadaptación (EI; Echeburúa y Corral, 1987), escala de autoestima (Society and Adolescent Self Image, SASI; Rosenberg, 1965) y escala de aser-tividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973). En la tabla 2 se presenta la clasificación de estos instru-mentos y las subescalas que los integran atendiendo a los cons-tructos teóricos que pretenden medir.

Resultados

El 47,5% (n= 57) de los adolescentes cumplieron los criterios para el diagnóstico de FSE (miedo persistente e intenso a una o dos situaciones sociales) y un 52,5% (n= 63) presentaron FSG (miedo persistente e intenso a tres o más situaciones sociales). Un

Tabla 1
Distribución de la edad de inicio informada en función de los subtipos de fobia social y el sexo de los participantes (DSM-IV-TR; APA, 2002)

Edad de inicio (informada)	Distribución por subtipo y sexo (M= Mujeres; V= Varones)							Distribución por intervalo (%)	
	Años	Fobia social específica (FSE)			Fobia social generalizada (FSG)		Total (%)		
Intervalos (Eventos potencialmente estresores de los intervalos considerados)		M	V	Total (%)	V	M	Total(%)		
3-6 años	3	0	0	0 (0.00)	0	0	0 (0.00)	0 (0.00)	
Incorporación a parvularios e inicio escolaridad obligatoria	4	8	4	12 (10.00)	16	3	19 (15.83)	31 (25.83)	25.83
	5	0	0	0 (0.00)	0	0	0 (0.00)	0 (0.00)	
6-9 años	6	1	0	1 (0.83)	0	0	0 (0.00)	1 (0.83)	
Aprendizajes instrumentales básicos bajo la guía de un único profesor	7	0	0	0 (0.00)	1	0	1 (0.83)	1 (0.83)	5.00
	8	0	0	0 (0.00)	3	1	4 (3.33)	4 (3.33)	
9-12 años	9	2	0	2 (1.67)	1	1	2 (1.67)	4 (3.34)	
Incremento significativo de la exigencia escolar y docencia a cargo de profesorado variado	10	1	1	2 (1.67)	4	0	4 (3.33)	6 (5.00)	13.34
	11	2	1	3 (2.50)	2	1	3 (2.50)	6 (5.00)	
12-15 años	12	1	3	4 (3.33)	9	2	11 (9.17)	15(12.50)	
Cambio de centro educativo (nuevos compañeros y profesores), consolidación del uso del pensamiento abstracto en tareas escolares	13	3	0	3 (2.50)	6	1	7 (5.83)	10 (8.33)	31.66
	14	3	3	6 (5.00)	7	0	7 (5.83)	13(10.83)	
15-18 años	15	2	0	2 (1.67)	4	1	5 (4.17)	7 (5.84)	
Inicio de los estudios de Bachillerato y profesionales	16	1	0	1 (0.83)	0	0	0 (0.00)	1 (0.83)	6.67
	17	0	0	0 (0.00)	0	0	0 (0.00)	0 (0.00)	
No recordaban la edad de inicio	-	7	14	21 (17.50)	0	0	0 (0.00)	21 (17.50)	17.50
Totales		31	26	57 (47.50)	53	10	63 (52.50)	120(100)	100

3,71% presentaban FSG (1,53% eran chicos y 1,82% chicas) y un 3,36% cumplían los criterios para la FSE (0,59% eran chicos y 3,12% chicas).

En cuanto a la edad de inicio (véase tabla 1) hemos de señalar que mientras que todos los sujetos con FSG pudieron ubicarla durante el desarrollo de la entrevista, 21 sujetos con FSE, el 17,5%, no pudieron hacerlo ni durante ésta ni en un nuevo intento dos semanas después. Los sujetos que utilizaron la expresión «desde siempre» situaron el primer recuerdo concreto de interferencia y malestar significativo en el parvulario, resultando la edad de cuatro años la elegida más frecuentemente ($n=31$), seguida por los 12 años ($n=15$); por intervalos, el comprendido entre los 12-15 años es el que presenta una mayor frecuencia de inicio ($n=38$; 31,66%), seguido por el de 3-6 años ($n=31$; 25,83%). Los intervalos 6-9 años y 15-18 años son los que recogen la menor frecuencia de inicio in-

formada, 6 (5%) y 8 (6,67%) sujetos, respectivamente. Por otra parte, sólo 22 sujetos (18,34%) sitúan el inicio entre los 6 y los 12 años, mientras que entre los 12 y los 18 lo hacen 46 (38,33%).

En síntesis, la media de la edad de inicio informada fue de 9,53 años (D.T.= 4.18); aproximadamente un tercio de los adolescentes dijeron haber sufrido este problema «desde siempre», situándolo alrededor de los 4 años y otro tercio indicó haber comenzado a sufrir las consecuencias negativas del trastorno entre los 12-15 años. En conjunto, el 82% informó una edad de inicio previa a los 16 años, un 65% la situó antes de los 14 años y un 44,17% antes de los 12 años.

En el estudio de las diferencias entre los subtipos, en primer lugar, se analizó el papel de la edad de inicio y sexo, empleando la prueba T de Student. Respecto de la primera se observa un elevado paralelismo en relación con la frecuencia de ocurrencia del inicio informada en ambos subtipos, no hallándose diferencias estadísticamente significativas ($t_{97}=-0,06$; $p<.95$), ni por intervalos ni por edades concretas, pese al sesgo producido por la ausencia de datos en el 17,5% de los sujetos con FSE ($n=21$). Los datos muestran una edad media de inicio de 9,5 años para la FSE y 9,56 años para la FSG. En cuanto a la distribución por sexo y subtipo, la edad media fue de 9,58 años (D.T.= 4,29) y 9,20 años (D.T.= 4,08) para varones con FSE y FSG, respectivamente; mientras que para las chicas fue de 9,46 años (D.T.= 4,50) en la FSE y 9,62 años (D.T.= 4,15) en la FSG.

Respecto a la segunda característica considerada, la duración o cronicidad de la fobia social, no hallamos diferencias estadísticamente significativas ($t_{97}=-0,16$; $p<.87$): la duración media del trastorno medida en años fue de 5,67 (D.T.= 4,29) para la FSE y para la FSG de 5,78 (D.T.= 4,10). En relación con el sexo, los varones con FSE y FSG mostraron una duración media de 5,17 (D.T.= 4,04) y 6 (D.T.= 4) años, respectivamente, mientras las chicas presentaron una cronicidad media de 5,87 (D.T.= 4,52) años para la FSE y 5,74 años (D.T.= 4,13) para la FSG.

En el estudio de las diferencias entre los subtipos respecto de las características sociodemográficas se utilizaron las pruebas T de Student o Chi-cuadrado de Pearson, atendiendo al tipo de variable medida, hallándose una asociación estadísticamente significativa entre las variables sexo y subtipo ($\chi^2_1=12,60$; $p<.000$) que mostró una mayor frecuencia de casos de FSG entre las chicas ($n=53$; 63,10%) que entre los varones ($n=10$; 27,78%), ocurriendo lo contrario respecto de la FSE: el 72,22% ($n=26$) correspondió a los chicos frente a un 36,90% ($n=31$) de las chicas. En cambio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las otras dos variables estudiadas: edad cronológica ($t_{118}=-0,26$; $p<.79$) y nivel educativo ($\chi^2_2=0,49$; $p<.78$). Respecto a la edad cronológica, el grupo de FSE mostró una edad media de 15,19 años (D.T.= 0,97) y de 15,24 años (D.T.= 0,89) el de FSG.

Para explorar las diferencias entre los subtipos, en las dimensiones psicológicas estudiadas, éstas se agruparon en medidas relativas a: la ansiedad social general, las respuestas de evitación social, el componente cognitivo de la fobia social, la ansiedad ante la relación con otro(s), la ansiedad ante la actuación frente a otro(s) y otras complementarias (inadaptación, asertividad, habilidades sociales y autoestima). Para este análisis realizamos una comparación de medias aplicando la prueba T de Student. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas para el total de las variables consideradas, siempre con mayor valor en el grupo con FSG (véase tabla 2). El signo negativo de los valores de los datos proporcionados por la prueba T muestran que las puntuaciones alcanzadas por el grupo de FSG son más altas que las del

Variables medidas	Medidas de las variables dependientes		Fobia social específica (n= 57)	Fobia social generalizada (n= 63)	Resultados (T de Student)
Ansiedad social general	SPAI-FS	M	70,29	111,11	
		DT	22,64	28,66	
	SPAI-DIF	M	52,85	78,84	
		DT	17,90	21,91	
	SAS-A Total	M	48,35	63,24	
		DT	10,11	12,97	
Respuesta de evitación social	SAS-A/SAD-N	M	16,85	21,11	
		DT	3,63	4,87	
	SAS-A/SAD-G	M	9,25	12,30	
		DT	2,62	3,42	
Componente cognitivo	SAS-A/FNE	M	22,24	29,73	
		DT	6,47	6,64	
	SSPS	M	20,02	25,41	
		DT	7,16	9,72	
	PRCS	M	101,55	83,49	
		DT	17,48	19,02	
Ansiedad social ante la interacción	SIAS	M	32,43	46,70	
		DT	9,30	12,88	
Ansiedad social ante la actuación	SPS	M	23,00	42,62	
		DT	11,95	17,02	
Inadaptación	EI	M	11,94	18,19	
		DT	5,20	7,45	
Autoestima	SASI	M	30,48	25,81	
		DT	5,20	5,42	
Déficit de habilidades sociales	CHSPA	M	55,43	85,21	
		DT	18,47	28,30	
Asertividad	RAS	M	3,17	-20,56	
		DT	16,66	23,02	

Nivel de significación estadística: * $p<.05$; ** $p<.005$; *** $p<.001$
 Nota: Grados de libertad para SPAI-FS Y DIF: 112; para PRCS, CHSPA y RAS: 114; para SSPS, SIAS, EI y SASI: 115; para SASA-TOTAL y sus subescalas y SPS: 116.

grupo FSE; es decir, los sujetos con FSG presentan mayores niveles de ansiedad general, mayor ansiedad en su relación con otros y en la actuación ante otros, mayor frecuencia de respuestas de evitación social, más inadaptación social y mayores carencias en las habilidades sociales. En las comparaciones relativas al PRCS, la RAS y el SASI, la interpretación de los signos de los valores de los datos obtenidos a partir de la T de Student ha de entenderse en sentido contrario.

Discusión

En primer lugar, hemos de señalar que la prevalencia encontrada en función de los subtipos siguió una distribución próxima a una razón 1/1. Estos datos se hallan a medio camino entre los informados en población adulta en el contexto comunitario (así, por ejemplo, Kessler, Stein y Berglund, 1998) y en población clínica (véase Ruipérez et al, 2002; o Turner et al, 1992), donde se informa de una mayor proporción de sujetos del subtipo generalizado, y otros provenientes tanto de población adulta (Furmark et al, 2000; Stein et al, 2001) como adolescente (Hofmann et al, 1999; Wittchen et al, 1999) en los que el número de sujetos con fobia social generalizada fue menor que el de sujetos con fobia social no generalizada. Entendemos que esta disparidad de resultados puede explicarse tanto como consecuencia de las características de las muestras como de los criterios de clasificación utilizados para delimitar los subtipos. En todo caso, desde nuestro punto de vista, este hecho viene a poner de manifiesto, una vez más, la necesidad de hallar una operacionalización cuyo refrendo empírico permita el consenso entre los investigadores para controlar esta variable.

En relación con la prevalencia de la fobia social en función del sexo constatamos que el número de chicas que cumplieron los criterios para el diagnóstico del subtipo FSG fue significativamente mayor que el de chicos. En un análisis más pormenorizado se observa que, en esta relación, las adolescentes con FSG de nuestro estudio son más del doble que los chicos (63% vs. 28%) y presentan en mayor número FSG que FSE (63% vs. 37%), contrariamente a lo que parece ocurrir en los chicos (28% FSG vs. 72% FSE). Este resultado coincide con el de la mayoría de las investigaciones realizadas con población adulta y adolescente; tanto en las primeras como en las segundas se pone de manifiesto una prevalencia más alta de mujeres con fobia social que de varones (ratios de 3:2 y 2:1 —véase Furmark, 2002—) y cuantías de ansiedad social más elevadas en las chicas (v. gr., Essau et al, 1999; o Wittchen et al, 1999). Así, por ejemplo, Wittchen et al (1999) encontraron más del doble de chicas que de chicos con FSG (5,5% vs. 2,7%) en una muestra comunitaria de adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 17 años.

Respecto de la edad media de inicio y la cronicidad del trastorno nuestros datos resultan consistentes con los hallazgos de Kessler et al (1998), en población adulta comunitaria, quienes tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos respecto a la edad de inicio de la FS; en cambio, difieren de los de otros estudios con población adulta (Heimberg et al, 1990) y adolescente (Wittchen et al, 1999). Nuestros datos muestran una edad media de inicio más temprana (9,53 años: 9,50 para la FSE y 9,56 para la FSG) que la hallada en otros estudios como el de Wittchen et al (1999), si bien no encontramos diferencias significativas respecto a la distribución por sexo y subtipo. En el estudio de Wittchen et al (1999) la edad media de inicio fue de 11,5 y 14 años para los varones con FSG y fobia social no generaliza-

da, respectivamente, mientras que para las mujeres se situaba en 12,5 y 15 años en el caso de FSG y FS no generalizada (rango de edad de los sujetos: 14-24 años), presentándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos subtipos. También fue más baja la edad media hallada en nuestro estudio que la informada por Giaconia et al (1994), quienes encontraron que en el 83% de los casos diagnosticados de fobia social la edad de inicio se situaba por debajo de los 14 años; en nuestro estudio el 75,83% de los sujetos con fobia social informó de una edad de inicio igual o anterior a los 14 años. Asimismo, el presente trabajo nos ha permitido identificar dos momentos evolutivos que se muestran especialmente relevantes para diseñar intervenciones con carácter preventivo o de detección e intervención temprana, dado que en ellos sitúan la edad de inicio el 57,49% de los adolescentes: 25,83% entre los 3-6 años y 31,66% entre los 12-15 años (véase tabla 1). Para una revisión de las potenciales variables implicadas específicamente tanto en la fase de vulnerabilidad como en el curso del trastorno puede consultarse Olivares y Caballo (2003) o Kimmel y Weiner (1998) para las relativas a la adolescencia en general.

Por lo que respecta a los valores alcanzados en las medidas de autoinforme consideradas y agrupadas en función del subtipo, los resultados muestran que los sujetos con FSG presentan valores superiores a los del subtipo específico (FSE) en todas las variables registradas (véase tabla 2), alcanzando en todos los casos las diferencias significación estadística. Estos datos resultan consistentes con los de otros trabajos en los que los sujetos con FSG también presentan puntuaciones que alcanzan diferencias estadísticamente significativas, frente a los sujetos con FSE, tanto en la ansiedad social general como en el grado de interferencia producida en el quehacer cotidiano (véase, por ejemplo, Heimberg et al, 1990), así como respecto del grado de dificultad informado a la hora de afrontar y resolver los problemas interpersonales (Kachin et al, 2001). Es decir, parece constatar que tanto en nuestra muestra como en población adulta los sujetos que presentan FSG informan más interferencia, más deterioro general, así como mayor gravedad de la sintomatología fóbica, en medidas de autoinforme de la FS, que los diagnosticados como FSE (v. gr., Quero et al, 2003; y Ruipérez et al, 2002).

En síntesis, de los resultados del presente trabajo cabe concluir: (i) la equivalencia en la frecuencia de ocurrencia de los subtipos FSE y FSG en la población de nuestra muestra; (ii) una distribución de la FS por sexo cuya razón fue superior a 2:1 (el 70% fueron chicas y el 30% varones); (iii) una incidencia de la FSG con diferencias estadísticamente significativas entre chicas y chicos, a favor de las primeras, ocurriendo lo contrario con el subtipo FSE; (iv) la identificación de dos momentos evolutivos de especial vulnerabilidad y relevancia tanto para la prevención como para detección e intervención temprana del trastorno que nos ocupa: 3-6 años y 12-15 años; (v) la ausencia de diferencias significativas tanto en la edad media de inicio como en la cronicidad del trastorno entre los sujetos del subtipo FSE y los del FSG; (vi) la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas a favor de las adolescentes en el diagnóstico de FSG, lo que puede traducirse como mayor malestar e interferencia y consecuencias más graves en el proceso de desarrollo individual y social; (vii) la constatación de la conveniencia de seguir manteniendo al menos la distinción entre FSE y FSG, de cara tanto a la predicción del curso como respecto de la delimitación de tratamientos específicos dado que también parecen representar grupos claramente distintos respecto de la severidad del trastorno en este tramo evolutivo.

Agradecimientos

Este trabajo fue diseñado gracias a la ayuda PI-54/00864/FS/01 de la Fundación Séneca, y realizado y redactado gracias a la Be-

ca de Postgrado para la Formación del Profesorado Universitario AP2000-2887 del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y a la ayuda SEJ2004-01471 del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Referencias

- Albano, A.M. y Detweiler, M.F. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. En S.G. Hofmann y DiBartolo, P.M.: *From social anxiety to social phobia* (pp. 162-178). MA: Allyn & Bacon.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (tercera edición, revisada). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original publicado en el 2000).
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846.
- DiNardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (Lifetime version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 7-23.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1.335-1.344.
- García-López, L.J., Olivares, J. y Vera-Villaruel, P.E. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. y Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717.
- Heimberg, R.G., Holt, C.S., Schneider, F.R., Spitzer, R.L. y Liebowitz, M.L. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-270.
- 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.
- Hofman, S.G. y DiBartolo, P.M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. *Assessment for Advancement of Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Hofmann, S.G., Albano, A.M., Heimberg, R.G., Tracey, S., Chorpita, B.F. y Barlow, D.H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.
- Inglés, C.J., Martínez, J.A., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (1998). *Cuestionario de habilidades sociales para adolescentes (CHSPA)*. Manuscrito no publicado.
- 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.
- Kessler, R.C., Stein, M.B. y Berglund, P.A. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 801-808.
- Kimmel, D.C. y Weiner, I.B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel (trabajo original publicado en 1995).
- La Greca, A.M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Mattick, R.P. y Clarke, J.Ch. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Moreno, P.J., Méndez, X. y Sánchez, J. (2000) Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: a meta-analytic review. *Psicothema*, 12, 246-352.
- Olivares, J. (2005) (dir. y coord.). *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Caballo, V.E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 483-516.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2000). *Fiabilidad en población española de la Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Manuscrito no publicado.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14, 405-409.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Piqueras, J. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social. *Psicothema*, 17 (1), 1-8.
- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I. y López-Gollo-net, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., La Greca, A.M., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: the Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 467-476.
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Quero, S., Baños, R.M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de los subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 429-458.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rathus, S.A. (1973). 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Ruipérez, M.A., Botella, C. y García-Palacios, A. (2002). Clinical features and treatment response in social phobia: Axis II comorbidity and social phobia subtypes. *Psicothema*, 14, 426-433.
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H.-U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- 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. y Jacob, R.G. (1994). Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- Wittchen, H.U., Stein, M.B. y Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.