

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA,
PSICOBIOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL
COMPORTAMIENTO**

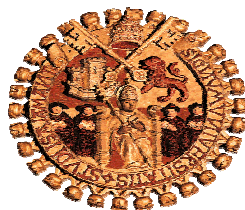


TESIS DOCTORAL

**ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES EN LAS
REGIONES DEL SUDESTE Y SUR DE BRASIL: PREVALENCIA,
SESGO ATENCIONAL Y INTERACCIONES SOCIALES.**

JOSIANE CECILIA LUZIA

Salamanca, 2015



MARIA VICTORIA PEREA BARTOLOME, Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Neurología, Catedrática de Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

MANUEL FRANCO MARTÍN, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría, Profesor Asociado Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

CERTIFICAN

Que el presente trabajo, realizado bajo su dirección, por Dña Josiane Cecília Luzia, titulado **“Ansiedad social en adolescentes en las regiones del Sudeste y Sur de Brasil: prevalencia, sesgo atencional y interacciones sociales”** reúne los requisitos necesarios para optar al GRADO DE DOCTOR, por la Universidad de Salamanca.

Salamanca, 2 de noviembre de 2015

Fdo: Prof. Dña María Victoria Perea Bartolomé

Fdo: Prof. D.: Manuel Franco Martín

A mi madre Maria de Lourdes
A mi padre José
A mis hermanos Marcelo, Anna Paula y Karla
A mis compañeros de vida, mis animales, que hablan con el corazón

**ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES EN LAS
REGIONES DEL SUDESTE Y SUR DE BRASIL: PREVALENCIA,
SESGO ATENCIONAL Y INTERACCIONES SOCIALES.**

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
I. MARCO TEORICO	
Capitulo 1: Definición del trastorno de ansiedad social.....	8
Capitulo 2: Modelos explicativos del trastorno de ansiedad social	21
Capitulo 3: Epidemiología.....	28
Capitulo 4: Escalas psicométricas usadas para la detección del trastorno de ansiedad social.....	33
Capitulo 5: Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con trastorno de ansiedad social	43
Capitulo 6: Habilidades sociales y trastorno de ansiedad social	46
II. ESTUDIO EMPÍRICO	
Capitulo 7: Objetivos.....	54
Capitulo 8: Metodología.....	56
8.1. Diseño.....	56
8.2. Participantes y criterios de exclusión/inclusión.....	56
8.3. Materiales.....	58
8.4. Variables	62
8.5. Procedimiento.....	63
8.6. Análisis de datos.....	64
Capitulo 9: Resultados	66
9.1. Perfil de los sujetos del estudio	66

9.2. Resultados de la aplicación de las escalas <i>SPIN</i>, Inventario de habilidades sociales (<i>IHS-Del-Prette</i>) y <i>Stroop</i> emocional	71
Capitulo 10: Discusión	127
Capitulo 11: Conclusiones	143
Referencias Bibliográficas.....	145
Anexos	
Anexo A: Palabras utilizadas en la tarea Stroop emocional.....	159
Anexo B: Inventario de Fobia Social (<i>SPIN</i>).....	160
Anexo C: Factores originales de la <i>IHS-Del Prette</i> con sus correspondientes coeficientes alfa.....	163
Anexo D: Consentimiento informado para participación de adolescentes (formulario para los padres de familia.....	168
Anexo E: Tablas.....	169
Anexo F: Figuras.....	172

Resumen

El trastorno de ansiedad social (TAS) se caracteriza por un miedo persistente y acusado a una o más situaciones sociales. La persona, por lo general, trata de evitar situaciones que puedan ser aversivas o soporta la situación con intenso sufrimiento. Ese trastorno puede conducir al individuo a daños durante su vida en actividades de trabajo, académicas y en las relaciones interpersonales. Cuanto más temprano se haga el diagnóstico y el tratamiento, se pueden evitar prejuicios en la vida de la persona con TAS. Así, los objetivos de ese estudio fueron: 1) determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad social en población escolarizada de adolescentes entre 12 y 17 años del Sur y Sudeste de Brasil; 2) establecer el punto de corte de la escala *SPIN* (*Social Phobia Inventory*) para determinar su sensibilidad y especificidad; 3) caracterizar el sesgo atencional de los sujetos diagnosticados con TAS a través del *Stroop* emocional y 4) establecer la relación del *SPIN* y del *Stroop* emocional con una escala de habilidades sociales evaluada en población brasileña (Inventario de habilidades sociales *IHS-Del Prette*). Participaron de la investigación 975 adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 17 años, escolarizados en instituciones públicas, residentes en la zona urbana de las ciudades de Londrina y São Carlos de las provincias de Paraná y São Paulo, de las regiones Sur y Sudeste de Brasil. Distribuidos según sexo en porcentajes iguales. Una vez cumplido el protocolo de autorización, junto a las escuelas y los responsables de los adolescentes, se aplicó a los 975 adolescentes la escala *SPIN*. Posteriormente, se seleccionaron 206 individuos aleatoriamente, a quienes se les aplicó el Inventario de habilidades sociales (*IHS-Del Prette*), el *Stroop* emocional y la entrevista estructurada con base en el DSM-IV. Los resultados mostraron que la prevalencia del TAS en esta muestra de adolescentes fue de 10,2%. Que el punto de corte más adecuado fue de 19 en la prueba *SPIN* en este estudio. Por otra parte, la sensibilidad estimada fue de 95,2% y la especificidad se evaluó entre 77,8 y 81,6%. El *Stroop* emocional demostró el sesgo atencional de los sujetos afectados de TAS a través del tiempo de latencia, con una correlación positiva entre el *SPIN* y el *Stroop* emocional de 0,621 y una varianza común explicada de 38,5%. No se presentó una relación entre el puntaje total del *SPIN* y del *IHS-Del-Prette*, pero sí entre algunos de los ítems del *SPIN* y algunos factores del *IHS-Del-Prette*. Y, por último, se observó una correlación positiva entre el tiempo de latencia del *Stroop* emocional y el puntaje total del *IHS-Del-Prette*. Esta investigación demostró que el *SPIN* es un inventario adecuado para su uso con la población adolescente, en Brasil, por otro lado, la *IHS-del-Prette*, no era adecuado para esta población, es decir, para los adolescentes entre 12 y 17 años. Así, el *Stroop* emocional es una prueba importante para evaluar el sesgo emocional. De esta manera, las pruebas pueden ayudar en la planificación de las intervenciones terapéuticas para que las personas con TAS, puedan desarrollar repertorio adecuado para manejar las situaciones que demanda la vida diaria.

Palabras-clave: trastorno de ansiedad social, adolescentes, *Stroop* emocional.

Abstract

The social anxiety disorder (SAD) can be described as an accentuated and persistent fear that the individual can experiment in one or several social or performance situations. The person tends to avoid the situations that causes them discomfort, or to endure them with a considerable amount of suffering, which can cause them some kind of harm during their lives in the work, academic and relationship fields. Thus, the best path to take is making a proper diagnose as soon as possible, as well as providing the best treatment to the person suffering from SAD. In this manner, the purposes of this investigation are: 1. to determine the amount of teenagers between 12 and 17 years old suffering from social anxiety in the south and southeast areas from Brazil; 2. to establish the cut-off point at the SPIN scale (Social Phobia Inventory) in order to determine its sensitivity and specificity; 3. to characterize the emotional propensity of the participants with diagnosed SAD through the Stroop Effect, and finally 4. to establish the correspondence between the SPIN scale and the Stroop Effect with a scale of social skill adapted to the Brazilian society (IHS-Del Prette social skills inventory). The study counted with the participation of 975 teenagers between 12 and 17 years old of both genders from the states of Paraná and São Paulo (south and southeast areas, respectively), who resided at the urban area of the cities of Londrina and São Carlos. Soon after receiving the authorization protocol from the parents and school tutors of the 975 teenagers, we applied the SPIN scale. Next, we applied the social skills inventory (IHS-Del Prette), and the Stroop Effect test; furthermore, we conducted an interview based on DSM-IV with 206 teenagers randomly chosen from the total amount. The results showed that an amount of 10, 2 % suffered from SAD in this particularly sample. It showed also that the more appropriate cut-off point at the SPIN test was 19 in this particular study. In addition, we came to the conclusion that estimated sensitivity was 95, 2% and its specificity was evaluated between 77, 8 and 81, 6%. Another finding is related to a positive correlation of 0,621 between the SPIN test and the Stroop effect, and also a variance of 38, 5%. The results of the Stroop effect illustrated the attention pattern through the measuring of the latency time in individuals suffering from SAD. We did not observe the correlation between the SPIN inventory and the IDS-Del Prette inventory; however, we were able to notice that there was a connection between the scores of some items of the SPIN and some factors of the IHS-Del Prette. Finally, we observed a positive correlation between the latency time of the Stroop Effect and the percentage at the IHS-Del Prette. This research proved that the SPIN is an appropriate inventory to be used on teenagers in Brazil. On the other side, the IHS-Del Prette cannot be considered the most adequate to this segment, i.e., teenagers between 12 and 17 years old. The Stroop effect is an important test to evaluate the emotional aspect. In this way, we can conclude that the tests can provide assistance in the planning of therapeutical interventions and in researches amongst the SAD individuals, so that they can develop appropriate repertories to manage their daily activities.

Keywords: social anxiety disorder; teenagers; stroop effect.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) es definido como el miedo persistente, irracional y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas (1-2). La exposición a estos estímulos produce generalmente una respuesta inmediata de ansiedad y esta respuesta puede tomar forma de una crisis de angustia situacional, más o menos relacionada con una situación determinada (3).

Estudios epidemiológicos han mostrado que este trastorno es uno de los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad (4-5). Y, está relacionado con otros trastornos como la depresión, el aumento del uso de ansiolíticos y el abuso de otras drogas (5-6).

Aunque se ha avanzado mucho en el área del diagnóstico, epidemiología y en el tratamiento del TAS en adultos, la literatura muestra que estas áreas de estudio en relación a los adolescentes es escasa (7-8). Así, en Brasil, se han realizado pocas investigaciones sobre la prevalencia del TAS en este grupo poblacional, con muestras pequeñas que pueden no reflejar el comportamiento del fenómeno en la población de adolescentes (9). Por esto, se hace necesario realizar un estudio de prevalencia entre adolescentes con una muestra representativa, que apoye la disposición de recursos por el curso crónico de la enfermedad y los efectos que tiene sobre el desempeño social de los afectados. Igualmente, son muy pocos los estudios en Brasil en los cuales se ha aplicado la escala *SPIN (Social Phobia Inventory)* en una muestra representativa de adolescentes, y en los que se ha hecho, las muestras son pequeñas (10-12).

Por otra parte, la determinación del sesgo atencional a través de la aplicación del *Stroop* emocional a los sujetos que se detecten con TAS como de riesgo de sufrir esta enfermedad, apoyaría las estrategias de psicoterapia cognitivo conductual en el tratamiento integral de dichos sujetos.

El presente estudio tuvo como objetivos: determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad social en población de adolescentes entre 12 y 17 años del Sur y Sudeste de Brasil; establecer el punto de corte de la escala *SPIN (Social Phobia Inventory)* para determinar su sensibilidad y especificidad; caracterizar el sesgo atencional de los sujetos

diagnosticados con TAS a través del *Stroop* emocional; y establecer la relación del *SPIN* y del *Stroop* emocional con una escala de habilidades sociales validada en población brasileña (Inventario de habilidades sociales *IHS-Del Prette*).

La justificación de su desarrollo es que es la primera vez que en Brasil se aplica la escala *SPIN* (*Social Phobia Inventory*) en una muestra representativa de adolescentes entre 12 y 17 años de la población general, para establecer la prevalencia del TAS. Además, se estableció en esta población un punto de corte de la escala *SPIN* que permitió determinar su sensibilidad y especificidad. Y se determinó el grado de déficit atencional a través del *Stroop* emocional entre los sujetos con TAS comparados con sujetos sin TAS, lo cual, es útil para establecer un espacio terapéutico que se nutra de los aportes de la rehabilitación cognitiva en general y la psicoterapia conductual en particular.

I. MARCO TEORICO

CAPITULO 1

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Capítulo 1: Definición del trastorno de ansiedad social

¿Qué es el trastorno de ansiedad social? ¿Hay diferencias entre este trastorno y el miedo, la ansiedad, la timidez y la fobia social?

El miedo y la ansiedad, desde una perspectiva evolucionista se estudian como respuestas del organismo frente a los peligros a los que está expuesto (13). Esos peligros pueden ser amenazas a su bienestar, a su integridad física o a su supervivencia, por lo que, ante esas situaciones, el organismo presenta un conjunto de reacciones cognitivas, conductuales y fisiológicas (13). La amenaza puede ser real o potencial, es decir, real si hay una situación de peligro de la supervivencia y potencial si en la amenaza hay un componente de incertidumbre (13).

De acuerdo con lo expuesto arriba, según esos mismos autores, se puede definir entonces, la amenaza real como miedo y la amenaza potencial como ansiedad.

Mientras que la timidez se define como una inhibición en situaciones interpersonales que interfiere con las relaciones sociales o profesionales y puede variar de una leve molestia hasta la inhibición total de la fobia social (14-15). Además, las reacciones de timidez pueden presentarse en los siguientes niveles: cognitivo, afectivo, fisiológico y comportamental (14-15). Estas reacciones pueden ser desencadenadas por ejemplo, por la presencia de autoridades, interacciones con el sexo opuesto cara a cara, contacto con personas desconocidas, entre otras (14-15).

En el DSM-IV (16) los criterios para la fobia social específica hacen referencia al miedo a una o dos situaciones específicas y la fobia social generalizada a muchas situaciones sociales de interacción y de actuación (16). En el DSM V (17) se ha eliminado la especificación “generalizada”, que ha sido reemplazada por la de

“relacionado solo con la ejecución”, que deberá indicarse cuando el miedo fóbico se limite a hablar o actuar en público.

En ese estudio se adoptó el DSM-IV (16) en el que se han adoptado criterios para diferenciar los subtipos generalizado y específico de la fobia social. La fobia social generalizada está asociada a interacción social y la fobia social específica está relacionada con actuación social (18). Ya, otros autores propusieron que las personas que tuvieran solamente miedo de hablar en público o que este se acompañara de otro miedo caracterizado como social, estarían en una categoría de la fobia social específica, mientras que la categoría denominada fobia social generalizada, estaría compuesta por personas que sufren de miedo en muchas situaciones sociales (19).

De esta forma, el trastorno de ansiedad social es caracterizado por la evitación y miedo exagerado a muchas situaciones sociales (20-22). Los adolescentes y adultos son conscientes de que el temor a situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social es irracional y evitan las situaciones temidas, pero cuando no hay forma de evitarlas, las personas con ese trastorno experimentan una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y temen que los demás las vean como personas ansiosas, débiles, “locas” o estúpidas (20-22). Estas personas pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de su voz o que sus manos están temblando, o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras (22). Pueden evitar comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben cómo les tiemblan las manos (23), es decir, muchas situaciones pueden provocar miedo, pero las situaciones más comúnmente relatadas son las de hablar en público (22).

Las definiciones descritas arriba del trastorno de ansiedad social son consideradas de manera similar en trabajos sobre diferentes temas relacionados con este constructo (24-25). En la presente investigación, la definición guía (resumen de las definiciones anotadas) será la siguiente: El trastorno de ansiedad social es caracterizado por evitación y miedo exagerado a una o muchas situaciones sociales. Las personas que sufren el trastorno son conscientes de que el temor es irracional, pero evitan las situaciones temidas. Cuando no pueden evitar las situaciones experimentan una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y temen que los demás las vean como personas ansiosas, estúpidas o débiles. Las situaciones pueden ser de diferente tipo, pero las más frecuentes son el miedo a hablar, comer, beber o escribir en público, miedo a hablar con autoridades, de conocer nuevas personas, de ser observado, de firmar delante de otros y de ser el centro de atención (22). La ansiedad social que experimentan estas personas se manifiesta también con síntomas de ansiedad general como palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento y confusión y en casos extremos, se pueden producir crisis de pánico.

El estatus de trastorno se adquiere cuando los síntomas comportamentales, cognitivos o físicos experimentados en las situaciones sociales temidas interfieren con la actividad rutinaria del individuo, con su relaciones sociales, laborales (o académicas) o producen un malestar que sea clínicamente significativo (26). Además, los síntomas no deben ser producidos por los efectos directos de sustancias o de una enfermedad médica o por otros trastornos mentales (por ejemplo, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno esquizoide de personalidad) (26).

Es importante señalar también que la heterogeneidad de los miedos dentro de la fobia social tiende a ser vista como un continuo de la gravedad de la fobia social, con un gran número de situaciones que causan miedo asociadas a una mayor dishabilidad funcional, social y psicológica (27-28).

De esta manera, el miedo y la ansiedad asumen el status de trastorno cuando empiezan a ser exagerados (26-28). Se observa que la diferencia entre estos fenómenos es sutil y parece ser que el tímido acude a las situaciones sociales aun sintiéndose incómodo o con mucho miedo y el fóbico suele evitar las situaciones sociales (26-28).

La presentación clínica y sus consecuencias en las actividades de la vida diaria, pueden mostrar diferencias dependientes de la cultura, dependiendo de las exigencias sociales de los individuos (29). En algunas culturas orientales, los sujetos con trastorno de ansiedad social pueden presentar un temor permanente y excesivo a ofender a los demás en las situaciones sociales, en vez del habitual miedo a pasar apuros (30). Estos temores adquieren a veces la forma de una extrema ansiedad por el hecho de que el enrojecimiento, las miradas directas y los efluvios corporales puedan ser ofensivos para los demás (1, 31).

En población general, la mayoría de los sujetos con trastorno de ansiedad social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de los casos confiesa tener miedo de hablar con extraños o conocer a gente nueva (32-34). Otros temores relacionados con las actuaciones en público (por ejemplo, comer, beber o escribir delante de los demás, o permanecer en una sala de espera) parecen menos frecuentes (32-34). En los centros asistenciales la gran mayoría de las personas con trastorno de ansiedad social sienten temor por más de un tipo de situación social (32-34). El

trastorno de ansiedad social rara vez constituye un motivo para el ingreso hospitalario (32-34).

Igualmente, se ha demostrado la estabilidad de la sintomatología en el tiempo, en un estudio (35) que investigaron los patrones longitudinales homotípicos y heterotípicos de los síntomas de la ansiedad de separación, del trastorno de ansiedad generalizada, de la fobia social, del trastorno de pánico y del trastorno obsesivo-compulsivo en jóvenes adolescentes de la población general holandesa, encontraron en una muestra de 2.067 sujetos (51,4% mujeres) que durante un periodo de 2 años de seguimiento existía un patrón homotípico de síntomas en la ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de pánico (35).

Estudios epidemiológicos han mostrado que el trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad (9, 36-37). Además está relacionado con otros trastornos como la depresión y abuso de sustancias (37-39). De esta manera, es necesario incrementar los estudios sobre el tema, en especial en la población más joven, ya que este trastorno tiene un inicio temprano, en la infancia y adolescencia, y el diagnóstico y tratamiento adecuados pueden ser muy importantes para la vida del individuo.

Por otro lado, los autores (40) mencionan que la impresión es que la fobia social es un trastorno compuesto: a) pueden existir miedos al escrutinio de otros o a sentirse observado sin ansiedad social significativa; b) puede existir ansiedad social sin significativo miedo al escrutinio; y c) ambas formas de miedo social pueden coexistir y es frecuente que lo hagan (40). Por ello, las escalas que comprenden ambos aspectos, pueden ser más sensibles en la evaluación diferencial de efectos del tratamiento en la clínica, además de solucionar el problema de que sujetos con baja puntuación en escalas

focalizadas más en el aspecto de miedos a la interacción social generalizada pueden tener una alta puntuación en escalas focalizadas hacia miedos específicos al escrutinio o a sentirse observado (40).

Desde el punto de vista de la teoría cognitiva, la atención focalizada hacia sí mismo y el procesamiento anticipatorio y post-suceso son las variables propuestas para explicar la ansiedad social (41-43). Adicionalmente, la preocupación de cada individuo con sus respuestas somáticas y los pensamientos de evaluación social negativa interfieren con su habilidad para procesar señales sociales externas (41-43). La mayor parte de la evidencia directa derivada de la literatura, muestra que la atención focalizada hacia sí mismo es mayor en individuos con ansiedad social que en individuos sin ansiedad social (41-43).

En resumen, se plantea que los individuos con ansiedad social dirigen su atención hacia el interior y usan esa información. Así, los pensamientos se transforman en causas de la conducta.

Las teorías cognitivas sobre fobia social están basadas en el concepto general de la tendencia del procesamiento de la información social (44). Cada uno de los modelos tiene tres ideas centrales: a) los pacientes con fobia social selectivamente atienden la información negativa acerca de las situaciones sociales; b) esto conduce a una tendencia en sus juicios y recolecciones de información de sucesos sociales y c) estas tendencias exacerban y perpetúan los miedos sociales (44). Aunque existe evidencia empírica que apoya esta aproximación, varias características clave de la perspectiva cognitiva siguen sin confirmar, particularmente en relación a la existencia de operaciones cognitivas específicas de la memoria y de la identificación que contribuyen a las distorsiones cognitivas (44-45).

El modelo cognitivo-comportamental que explica el trastorno de ansiedad social, se ha tratado de corroborar por numerosos estudios. En uno de esos (46) se investigó sobre el reconocimiento basado en las expresiones faciales en pacientes con trastorno de ansiedad social, ya que se ha mencionado que el reconocimiento de las expresiones emocionales es central para entender los sentimientos e intenciones de otras personas (46).

La teoría cognitiva que explica la ansiedad social está implicada en la conexión entre la ansiedad social, el procesamiento de rostros y el papel del reconocimiento de las expresiones en otras tendencias de procesamiento emocional (46).

A pesar de que varios estudios han apoyado la contribución de estas variables a la ansiedad social, una limitación de esta teoría es que no explica por qué el individuo tiene la atención focalizada hacia sí mismo. Así, se sugieren otros modelos explicativos del problema como la genética.

Algunos estudios en familias sugieren una transmisión familiar genética específica para el TAS, mientras que otros mantienen la evidencia de una predisposición general hacia la ansiedad (47-50).

Por otro lado, también se ha relacionado el TAS con el temperamento y las investigaciones en la última década se han enfocado en la estructura temperamental de la inhibición conductual que se caracteriza en general por retraimiento, cautela, evitación y timidez, así como una elevada excitación fisiológica ante situaciones nuevas (51-53).

Desde el punto de vista fisiológico la inhibición comportamental incluye la evidencia de hiper-reactividad del sistema nervioso simpático (54), interpretado como asociado con un umbral más bajo de excitabilidad en la amígdala (55-56). En una

investigación se llevo a cabo el sustrato neuronal asociado con timidez, a través de un estudio de resonancia magnética de las personas con las que tenía la tarea de observar las imágenes de caras desconocidas y neutrales, y las caras de los miembros de la familia (57). Las personas tímidas que participaron del estudio presentaron mayor activación de la amígdala durante la presentación de imágenes de personas desconocidas, y una mayor activación de la parte izquierda de la amígdala en la presentación de caras conocidas (57). Esos hallazgos sugieren que debe haber características neuronales que diferencian los estilos de la personalidad y que se caracterizan por la tendencia de aproximación o retraimiento hacia las situaciones sociales (57).

Los rasgos de la inhibición conductual también se han encontrado en otras especies como los perros y los primates, sugiriendo que es un genotipo temperamental evolutivamente conservado (58). Más allá, el patrón de inhibición comportamental ha sido observado a través de las culturas (59).

Otros investigadores han estudiado la posibilidad de una relación entre el gen del receptor dopamina 4 (D4DR) y el rasgo temperamental de buscar la novedad, caracterizado por la excitación en respuesta a nuevos estímulos y han propuesto que pueda mediar en parte la variabilidad genética en la transmisión de dopamina (60-61). Se piensa que la búsqueda de novedad es un rasgo central de inhibición conductual que podría ser un precursor del TAS.

Por otro lado, los modelos de inhibición comportamental y las teorías cognitivas que explican la ansiedad social, se relacionan entre sí, ya que la inhibición comportamental se refiere a disposiciones comportamentales tempranas asociadas con la reactividad emocional y se caracteriza por retraimiento social, cautela, evitación, timidez y elevada

excitación fisiológica ante situaciones nuevas (62-63). También están presentes en estos pacientes preocupaciones evaluativas sociales por una tendencia del procesamiento de la información social, en la cual, selectivamente atienden información negativa acerca de las situaciones sociales; lo que conduce a una tendencia negativa en sus juicios y recolecciones de información de los sucesos; lo que a su vez, exacerba y perpetúa los miedos sociales (44).

En un estudio (64) que relaciona los modelos genético y de inhibición comportamental de la ansiedad social, los autores examinaron como factores genéticos y ambientales se manifestaban en una población de gemelos, para los rasgos de neuroticismo de la personalidad en siete trastornos considerados como de internalización para explicar la comorbilidad a lo largo de la vida de los trastorno de ansiedad y depresión entre ellos (64). La depresión mayor a lo largo de la vida, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la agorafobia, la fobia social, la fobia animal, la fobia situacional y el neuroticismo fueron valorados en 9.000 pares de gemelos (los pares fueron: hombre-hombre, mujer-mujer, y de género opuesto) a través de una entrevista diagnóstica estructurada (64). Utilizando modelos de ecuación estructural multivariante para descomponer las correlaciones entre esos fenotipos, dentro de componentes genéticos y medio ambientales, asignados por factores sexo-específicos (64).

Los autores encontraron que los factores genéticos más el neuroticismo dieron cuenta de entre una tercera parte y la mitad de los factores de riesgo a través de los trastornos de internalización (64). Cuando las diferencias de género no significativas fueron removidas de los modelos, las correlaciones genéticas entre neuroticismo y cada

trastorno fueron altas, mientras que las correlaciones ambientales individuales específicas fueron sustancialmente más bajas (64).

Concluyen que hay un sustancial, pero no completo, traslape entre los factores genéticos que influyen en la variación individual en el neuroticismo y aquellos que incrementan la susceptibilidad a través de los trastornos de internalización, ayudando a explicar las altas tasas de comorbilidad que se presentan más tarde entre ellos (64). Esto puede tener importantes implicaciones para identificar la susceptibilidad genética de esas condiciones (64).

Desde el punto de vista biológico, las características de la enfermedad siguen siendo poco entendidas. Los sistemas de neurotransmisores más implicados en la regulación de la ansiedad social son el serotoninérgico y el dopaminérgico (65-66).

La investigación en animales ha observado una actividad baja en el sistema nervioso central de dopamina en ratones tímidos (66). Un estudio (67) realizado usando levodopa intentó examinar este último hallazgo en humanos pero no encontró evidencia de trastorno del sistema dopaminérgico basado en mediciones en individuos con TAS comparados con controles saludables (67).

De otra parte, el sustrato neuroanatómico y neuroquímico que explica el trastorno de ansiedad social, se ha corroborado con varios estudios sobre tratamiento farmacológico, entre ellos, uno que los investigadores (68). Compararon los efectos del citalopram (Inhibido de recaptación de serotonina) y moclobemida (inhibidor reversible de la mono amino oxidasa) sobre la perfusión cerebral en el trastorno de ansiedad social usando la tomografía computarizada por emisión de fotón único (*SPECT*) (68).

Concluyen los autores que tanto los inhibidores de la recaptación de serotonina como los inhibidores reversibles de la mono-amino-oxidasa disminuyen el flujo sanguíneo regional de la ínsula durante el tratamiento del trastorno de ansiedad social; un efecto que puede indicar el papel de esa región en el procesamiento de las señales somáticas internas evocadas por los estímulos emocionales. El efecto del citalopram sobre la perfusión del cíngulo superior, es consistente con la evidencia de los altos niveles de transportadores de 5-hidroxitriptamina en esta región.

Las teorías del origen y mantenimiento de las fobias (incluido el trastorno de ansiedad social) también incluyen varias formas de aprendizaje asociativo, acorde con las cuales, el miedo a situaciones sociales es sostenido por el aprendizaje de los apareamientos con los estímulos aversivos, es decir, desde la perspectiva del condicionamiento clásico, como avergonzarse o sentir humillación en sucesos cotidianos (69). Aunque el modelo de condicionamiento clásico puede explicar el hecho de que los fóbicos reaccionan con miedo subjetivo y fisiológico cuando son expuestos al objeto o situación fóbica, falla en explicar la conducta de evitación persistente que los fóbicos despliegan. Una solución a esto último es la teoría de dos fases de Mowrer (1960) (70). Este autor propuso que la adquisición inicial de una fobia es debida a condicionamiento clásico (70). Luego de lo cual, la fobia se mantiene por el condicionamiento operante lo cual, significa que el aprendizaje individual de la evitación del estímulo fóbico puede reducir el miedo. Esto a su vez refuerza la conducta de evitación y se hace parte integral de la fobia (70).

Una revisión orientada desde una perspectiva evolutiva del condicionamiento clásico es la teoría de la anticipación (71) que implica una predisposición basada en la evolución para adquirir fácilmente miedos de rostros de enfado o de rechazo, por

ejemplo. Esta teoría predice influencias genéticas, en línea con la contribución genética moderada reportada en el trastorno de ansiedad social (72).

Para resumir, la sintomatología del trastorno de ansiedad social puede presentarse en los niveles: cognitivo/afectivo, fisiológico y comportamental (73-74). La presentación clínica y sus consecuencias en las actividades de la vida diaria, pueden mostrar diferencias dependientes de la cultura (29).

Igualmente, se debe tener en cuenta que en un estudio (18) propusieron que las personas que tuvieran solamente miedo de hablar en público o que este se acompañara de otro miedo caracterizado como social, estarían en una categoría de la fobia social específica, mientras que la categoría denominada fobia social generalizada, estaría compuesta por personas que sufren de miedo en muchas situaciones sociales (18).

Es importante señalar también que la heterogeneidad de los miedos dentro de la fobia social tiende a ser vista como un continuo de la gravedad de la fobia social, con un gran número de situaciones que causan miedo asociadas a una mayor dishabilidad funcional, social y psicológica (28).

También en otros estudios (7, 75) señalaran que los miedos específicos a ser observados (como comer, beber, escribir y usar baños públicos en presencia de otros), los miedos percibidos de enfermarse y de perder el control cuándo se emprenden las actividades descritas u otras relacionadas, son parte central del diagnóstico de fobia social (7, 75).

CAPITULO 2

MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Capítulo 2: Modelos explicativos del trastorno de ansiedad social

El constructo de ansiedad social está relacionado con el constructo de miedo a través de la teoría evolucionista como respuestas del organismo frente a los peligros a los que está expuesto.

La relación entre miedo y ansiedad social se da también en el sustrato neuroanatómico del miedo y de la ansiedad como dimensión más general. Así, la evidencia de los datos acumulados de estudios con animales, lesiones y técnicas de neuroimágenes convergen en que la amígdala, en interacción con la corteza prefrontal y el hipocampo, juegan un papel central en los circuitos neurales que subyacen al miedo y a la ansiedad (13, 76).

Aunque la mayor parte de la literatura ha involucrado las estructuras descritas como componentes críticos del procesamiento humano de la emoción, otras regiones, que incluyen la región insular, la región anterior del cíngulo, el córtex parietal y el núcleo estriado se han sugerido también como jugando un papel importante en este circuito (77-78).

Existe un creciente cuerpo de evidencias que sugieren un componente biológico subyacente a la ansiedad, como un menor umbral de excitación de la amígdala y un aumento significativo de la tasa de latidos del corazón delante de estrés moderado (79). En su estudio, los autores trataron de relacionar las características de personalidad de la madre y el estilo parental a la timidez y el ajuste de los niños en el contexto de la educación de los niños (79). Los resultados apoyaron la relación entre la timidez, el ajuste en la escuela y conductas desadaptativas de los hijos a los estilos superprotectores de los padres (79).

También se encuentra relación con el constructo de timidez, ya que esta última se ha definido como una inhibición en situaciones interpersonales que interfiere con las relaciones sociales o profesionales y puede variar de una leve molestia hasta la inhibición total de la fobia social (14-15-73). Además las reacciones de timidez pueden presentarse en los niveles cognitivo, afectivo, fisiológico y comportamental (14-15-73). Igual que sucede con la fobia social.

Los niños ansiosos responden con inhibición en sitios nuevos. Sin embargo, los niños quienes están inhibidos en sitios nuevos no son necesariamente tímidos o ansiosos en sitios más familiares (80-81). La timidez en contextos más familiares se piensa que involucra preocupaciones evaluativas sociales (80-81). Estas preocupaciones pueden ser explicadas también por las teorías cognitivas sobre la fobia social ya que estas hablan de una tendencia del procesamiento social, en la cual, los pacientes selectivamente atienden información negativa acerca de las situaciones sociales; esto a su vez conduce a una tendencia en sus juicios y recolecciones de información de sucesos sociales, y finalmente, estas tendencias exacerban y perpetúan los miedos sociales (44).

Se ha sugerido que esas preocupaciones pueden ser reflejadas comportamentalmente en términos de retraimiento social (una pobre interacción social con pares). Los resultados de estudios longitudinales han indicado que una alta frecuencia de actividades no sociales en la escuela predice sentimientos de depresión, baja auto-estima y ansiedad en la niñez media (82-83), y soledad y depresión en la adolescencia (83).

Sin embargo, hay cierta evidencia que sugiere que únicamente ciertas formas de juegos no sociales son indicativos de miedos sociales y ansiedad. Por ejemplo, entre pre-escolares, conductas reticentes o de reserva, las cuales incluyen comportamiento de

espectador o “mirón” (prolongada observación de los pares sin acompañar los juegos) y estar no ocupado, tiende a ser ligado empíricamente con timidez temperamental y problemas de internalización (84). Así como, parecen estar asociados problemas de internalización con conductas desadaptativas orientadas al profesor en los salones de clase de niños pequeños e índices de mal ajuste social (85).

El modelo de inhibición comportamental también se ha considerado como el sustrato teórico del trastorno de personalidad por evitación y es hasta tal punto coincidente que algunos autores lo consideran dentro del trastorno de ansiedad social generalizada (86).

Teniendo en cuenta la teoría cognitiva social para explicar el consumo pesado de alcohol entre estudiantes de colegio propuesta en un estudio en la década de 90 (87) (cuyo centro es que las expectativas para la facilitación social y la auto-eficacia para rechazar el consumo pesado de alcohol en situaciones sociales productoras de ansiedad, modera la relación entre ansiedad social y beber alcohol), en un estudio que hicieron en estudiantes de colegio, encontraron una interacción significativa de tres vías entre la ansiedad social, las expectativas y la auto-eficacia cuando la cantidad y frecuencia de bebida fue la variable dependiente (87). Como predijo el modelo, los estudiantes de colegio socialmente ansiosos con baja auto-eficacia para evitar el consumo pesado de alcohol en situaciones sociales y altas expectativas positivas para la facilitación social reportaron más consumo de alcohol que otros sujetos socialmente ansiosos (87).

El modelo cognitivo explicativo de la ansiedad social, también relaciona la comorbilidad que se presenta entre el trastorno de ansiedad social y la depresión. En una investigación (88), los autores ejecutaron un estudio para examinar las características comunes y distinguibles de la estructura esquemática de sí mismo en depresión mayor y

en ansiedad social comparado a otros trastornos de ansiedad en general y a sujetos con alteraciones no psiquiátricas (88).

Concluyen los autores que el contenido interpersonal negativo es más densamente interconectado en sujetos con fobia social y depresión comparando ambos con otros trastornos de ansiedad y con controles no psiquiátricos (88). Adicionalmente, tanto la fobia social como la depresión fueron asociadas con menos interconexiones de contenido positivo (88). Esos hallazgos son indicativos de similitudes en la vía de contenidos auto-esquemáticos entre individuos con depresión y fobia social (88).

Desde el modelo cognitivo, otros autores (89) realizaron un estudio para evaluar la relación del trastorno de ansiedad social como un trastorno afectivo comorbido en la esquizofrenia (89). Esta comorbilidad está presente en uno de cada tres sujetos (89). Los autores emplearon la teoría de rango social para predecir que una vía para la ansiedad social en esquizofrenia es el gatillo para la anticipación de una pérdida catastrófica de estatus social que el estigma de esquizofrenia puede ocasionar (89). Los participantes con ansiedad social experimentaron gran vergüenza ligada a su diagnóstico y al sentimiento de que el diagnóstico dará lugar a una marginalización de otros y a un bajo estatus social (89).

El modelo neuroanatómico y neuroquímico de la ansiedad social, la relaciona con el estrés a través de los niveles de cortisol. En un estudio (90) que tuvo como objetivos comprobar la hipótesis de que el flujo sanguíneo regional cerebral del hipotálamo se correlaciona positivamente con los niveles de cortisol en pacientes con ansiedad social durante la provocación de ansiedad, y evaluar si los niveles de cortisol en la saliva se correlacionaban con el flujo sanguíneo cerebral en otras áreas del cerebro (90).

Con estos resultados los autores concluyeron que como sucede con los animales, la excreción de cortisol inducida por el estrés en humanos puede ser inhibida por la actividad en el cortex prefrontal medial y aumentada por la actividad del hipotálamo (90).

Otro estudio (91) evaluó la influencia del estrés sobre el funcionamiento neuropsicológico en sujetos con fobia social, sujetos con comorbilidad de fobia social/depresión mayor y en sujetos control bajo condiciones de línea basal y bajo condiciones de estrés (91).

Los autores concluyeron que la fobia social generalizada puede estar asociada con alteraciones en la memoria de trabajo espacial durante el estrés social (91). Por lo cual, en situaciones que involucran potenciales evaluaciones personales y sociales (por ejemplo, exámenes o presentaciones) pueden tener un significativo impacto sobre el funcionamiento neuropsicológico de los sujetos con fobia social (91).

En resumen, la ansiedad social se ha relacionado a través de sus diferentes modelos explicativos con otros constructos como el de miedo, el de timidez, el de retraimiento social, el de trastorno de personalidad por evitación, con el consumo elevado de alcohol en adolescentes, con el estrés y con alteraciones en la memoria de trabajo. También se ha explicado a través de los modelos que sustentan el constructo de la ansiedad social la comorbilidad que la asocia con depresión y esquizofrenia.

El trastorno de ansiedad social se operacionaliza mediante una descripción de un conjunto de síntomas (subjetivos) y signos (objetivos) que conforman una estructura sindromática particular. Dicha estructura cumple con los siguientes postulados: a) el síndrome viene definido por un conglomerado de síntomas y signos cognitivos, conductuales y fisiológicos que están relacionados entre sí, constituyendo un proceso

biológico común; b) estos elementos se manifiestan a lo largo de un continuo de gravedad; d) A pesar de que el trastorno de ansiedad social se ubica en el grupo general de síndromes ansiosos, existe independencia conceptual y estadística de la ansiedad social y de los otros trastornos de ansiedad; e) los elementos del trastornos de ansiedad social pueden tener una expresión y configuración diferentes debido a las influencias patoplásticas de la personalidad y la cultura (de ahí que deban tenerse en cuenta las situaciones en que se presentan los síntomas y signos).

Podría decirse que el estado de las personas con trastorno de ansiedad social debe evaluarse en relación tanto de la sintomatología propia de la ansiedad social (en términos cognitivos, conductuales y fisiológicos), como de las situaciones en las que se presentan los síntomas.

CAPITULO 3

EPIDEMIOLOGÍA

Capítulo 3: Epidemiología

Estudios epidemiológicos han mostrado que el trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos mentales más prevalentes (4, 9, 92). Además está relacionado con otros trastornos como la depresión y el abuso de sustancias (39, 93). De esta manera, es necesario incrementar los estudios sobre el tema, en especial en la población más joven, ya que este trastorno tiene un inicio temprano, en la infancia y adolescencia.

Adicionalmente, las investigaciones epidemiológicas han demostrado que el TAS es uno de los trastornos de ansiedad de mayor prevalencia (94). El TAS afecta a personas muy jóvenes. El pico de incidencia se produce a los 15 años y la prevalencia de vida se estima entre el 2,4 al 16% en población norteamericana y europea (95).

Por otro lado, el TAS es un trastorno de difícil diagnóstico por los clínicos, lo que ha estimulado el uso de instrumentos que favorezcan su reconocimiento precoz y sistemático (95). Además, la evaluación del TAS en personas jóvenes puede ser un proceso complejo, por ejemplo, los criterios diagnósticos no tienen en cuenta los aspectos relacionados con el desarrollo de la ansiedad social y la aprehensión en diferentes edades (95). Además, es difícil diferenciar los síntomas del TAS de aquellos de otros trastornos de la niñez, en los cuales están presentes la ansiedad y la evitación (95).

Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales valoradas en los estudios (32). Sin embargo, hace que la fobia social se ubique en el tercer lugar después de la depresión mayor y la dependencia al alcohol (32). Por ejemplo, en un estudio, el 20% de los casos manifestó miedo excesivo a hablar o actuar en público, pero sólo el 2% aproximadamente parecía

experimentar suficiente malestar o afectación general como para diagnosticarles una fobia social (32).

En la práctica médica general, rara vez la fobia social es causa de solicitud de ayuda, por el contrario lo es el desarrollo de la comorbilidad asociada como la depresión, el trastorno de pánico o el abuso de sustancias (32).

Entre los pacientes con trastornos de ansiedad tratados ambulatoriamente, el 10 a 20% presentan fobia social, pero estas cifras varían ampliamente de un estudio a otro (92, 96).

El promedio de edad de aparición de la fobia social suele ser la adolescencia media, lo cual, es importante porque en la franja etaria de 13 a 15 años, es una edad crítica para el desarrollo personal ya que en ella se desarrollan una serie de habilidades sociales, como el comportamiento de auto-afirmación, entre otros (97). Algunos individuos inician la enfermedad en la segunda infancia (97). El inicio del trastorno puede aparecer luego de una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa (97). El curso generalmente es crónico o continuo (97). Entre los que sufren de trastorno de ansiedad social, es más común la fobia simple, la depresión mayor y aumenta el riesgo de abusos de alcohol (6). En la segunda encuesta nacional de comorbilidad (NCS), de los Estados Unidos, el 81% de los pacientes con fobia social tenía alguna comorbilidad (98). Los trastornos comorbidos, de modo general, son secundarios desde el punto de vista cronológico (99). A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta (7). Se ha demostrado que cuanto más persiste el trastorno, es mayor la tendencia a asociarse con bajo rendimiento y evasión escolar, bajo rendimiento profesional y desempleo (100).

Los autores de un estudio (101) han encontrado que las personas con trastorno de ansiedad social invariablemente presentan historias escolares de por lo menos una repitencia escolar. Es decir, las personas que sufren este trastorno presentan una baja realización educacional, con por lo menos uno o dos años por debajo de las personas normales (101).

En cuanto al género, en los servicios ambulatorios de diferentes clínicas, el trastorno de ansiedad social es más común en jóvenes de sexo masculino (102). Sin embargo, en estudios epidemiológicos, las mujeres son afectadas con mayor frecuencia que los hombres (103).

En una muestra poblacional, los autores (100) encontraron una alta prevalencia de fobia social, principalmente en mujeres e individuos jóvenes (entre 18 a 25 años), con bajo nivel educacional, solteros y de clase social baja (100).

La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del sujeto dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión (7). Por ejemplo, la fobia social puede disminuir cuando el individuo que siente temor por las citas con las chicas logra casarse y volver a aparecer con toda intensidad si aquel se queda viudo (7). A veces la fobia social aparece por primera vez cuando el individuo obtiene un ascenso en el trabajo que le obliga, por ejemplo, a hablar a menudo ante el público, cuando nunca antes se había visto en la necesidad de tener que hacerlo (7).

Finalmente, entre las limitaciones de los estudios de prevalencia, están, como lo mencionan en un estudio (104) que las muestras de la mayoría de los estudios, se concentra en sujetos con edades comprendidas entre 30 y 35 años (lo cual favorece la inclusión de comorbilidades en los puntos de corte de las puntuaciones de los tests

aplicados, ya que el TAS se inicia generalmente en la adolescencia), lo que dificulta el uso de instrumentos para rastreo en población general (104).

Se nota además, que los estudios sobre evaluación del trastorno de ansiedad social en el mundo se han centrado en poblaciones de Norte América y Europa (95) por lo cual, es útil investigar el TAS en otras culturas. Es importante detectar el TAS, ya que responde bien a la terapia cognitivo-conductual, conductual y a la psicofarmacoterapia, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes (7).

CAPITULO 4
ESCALAS PSICOMÉTRICAS USADAS EN LA DETECCIÓN DEL
TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Capítulo 4: Escalas psicométricas usadas en la detección del trastorno de ansiedad social

En general, hay varios modelos para valorar el espectro de la ansiedad social en jóvenes, incluyendo las entrevistas, las escalas auto administradas, la observación del comportamiento y las medidas fisiológicas. Las escalas auto administradas, las cuales evalúan el sistema de respuesta subjetivo de la ansiedad, se han posicionado como el método más ampliamente usado para evaluar la ansiedad social en niños y adolescentes tanto en la investigación como en la clínica (105). La utilidad primaria de las escalas auto-aplicadas es la identificación de síntomas en los jóvenes (105).

Aunque hay numerosas escalas auto aplicadas que valoran la ansiedad social y el miedo a la valoración negativa en adultos, hay pocas escalas auto administradas diseñadas específicamente para valorar la ansiedad social en niños y todavía más pocas para la valoración exclusiva en adolescentes (106).

El *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)* es una medida auto administrada para la evaluación del trastorno de ansiedad social en niños (107). Esta escala fue desarrollada empíricamente para valorar el constructo específico del trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes como ha sido definido en el DSM-IV (4th ed.: DSM-IV: American Psychiatry Association, 1994) (7). Sus ítems fueron generados con base en la clínica, en entrevistas estructuradas de niños con trastorno de ansiedad social y sus madres, en evaluaciones diarias de estrés y en la escala de adultos, *The Social Phobia Anxiety Inventory* (7). La escala está compuesta por 26 ítems que evalúan síntomas somáticos, cognitivos y conductuales del trastorno de ansiedad social a través de un amplio rango de situaciones y escenarios sociales (7). La escala es

respondida con un rango de tres puntos (de 0 a 2) y el puntaje oscila entre cero y 52, con puntajes más altos para la mayor ansiedad social (7). El *SPAI-C* ha demostrado una buena consistencia interna, adecuada fiabilidad test-retest ($r=0,86$) y adecuada validez convergente y discriminante (7).

A pesar de las propiedades psicométricas ventajosas de este test, hay varias desventajas del *SPAI-C*, aunque fue desarrollado para usuarios entre 8 y 17 años, muchos estudios que han investigado sus propiedades psicométricas lo han hecho sobre niños jóvenes (por ejemplo, de 8 a 12 años) (7, 108). Así mismo, el grupo de adolescentes de quienes se conoce pueden tener riesgo de niveles altos de ansiedad social es omitido (7, 108). Algunos estudios han incluido un amplio rango de jóvenes, pero las muestras han sido pequeñas (7, 108).

En Brasil, publicaron en 2005 (7) la traducción, adaptación y validación del *SPAI-C* para niños y adolescentes brasileños de 9 a 14 años (7). A pesar de que esta escala incluye situaciones de interacción social más generalizada que producen ansiedad, cogniciones desadaptativas y síntomas físicos del trastorno, no se focaliza tanto en miedos específicos a ser observado (como comer, beber, escribir y usar baños públicos en presencia de otros), ni tampoco en miedos percibidos de enfermarse, ni de perder el control cuando se emprenden actividades relacionadas. Estos miedos son una parte central del diagnóstico de fobia social (7, 107).

Ya, en una revisión(109) sobre el uso del *SPAI-C* versión para los niños, en Brasil, señalaron que la mayoría de los estudios con este test en Brasil, están relacionados con su validación (95), por ejemplo, ver las investigaciones (7, 109-110).

En cuanto a otras escalas de valoración del trastorno de ansiedad social, tenemos que el *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (111) evalúa ansiedad general y el

nivel de intensidad de dicha ansiedad; el *State- Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*, que consiste en dos sub-escalas, la de ansiedad estado, que evalúa el estrés general en el momento en que la escala es diligenciada y la sub-escala de ansiedad rasgo que mide tendencia del niño a responder a una variedad de eventos estresores de una manera ansiosa (112). En contraste con este tipo de escalas más generales, existen otras que miden el estrés ante situaciones sociales, como la *Fear Survey Schedule for Children- revised (FSSC-R)*, la cual, posee 80 ítems relacionados con diferentes situaciones sociales, pero únicamente cinco ítems evalúan el estrés en encuentros sociales (113). En resumen, estos instrumentos proveen una pequeña información sobre la ansiedad causada por encuentros sociales en los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad social.

Existen otros instrumentos que pretenden medir los miedos sociales en niños y adolescentes como la *Social Anxiety Scale for Children- Revised (SASC-R)* (114). Esta escala de 18 ítems tipo likert, evalúa la evitación social, el estrés social y el miedo a una evaluación negativa (114); la escala se adaptó de una versión de adultos (la *Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of negative Evaluation Scale*) (115). Sin embargo, ni la revisión de adultos, ni la de niños fue desarrollada para evaluar el constructo específico de trastorno de ansiedad social. Los datos sobre este instrumento que evalúan su ejecución en niños diagnosticados de fobia social de acuerdo a los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* cuarta edición (*DSM-IV*) son pocos, sin embargo, los estudios de la versión de adultos del SASC-R revelan que el instrumento valora únicamente el estrés negativo (116).

Los autores del *SASC-R* publicaron en 1998 la *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* (117), una versión de 18 ítems de la *SASC-R*, apropiada para la

evaluación de miedos a la evaluación negativa, a evitación social y el estrés en adolescentes. La *SAS-A* (escala de auto administradas) fue formada por una modificación de los ítems formulados en la *SASC-R* para que fueran más apropiados para adolescentes (por ejemplo, “otros niños”, fue cambiado por “otros” o por “pares”), es decir, el contenido, el número de ítems y el rango de la escala permaneció invariable. La escala likert de esta escala es de cinco puntos (1 al 5) e incluye un puntaje compuesto de tres factores (miedo a evaluación negativa, evitación social y estrés en situaciones nuevas e inhibición social general) (117). El puntaje de la *SAS-A* oscila entre 18 y 90, siendo los puntajes más altos los que reflejan más ansiedad social. La fiabilidad test-retest oscila en el rango de 0,54 y 0,78 para un periodo de dos meses (117). La consistencia interna oscila entre 0,76 y 0,91 (117). La validez de constructo de esta escala se basó en moderadas correlaciones con la *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (una medida de ansiedad general) y correlaciones débiles pero significativas con la CDI (una medida de sintomatología depresiva) (118). Las limitaciones de esta escala continúan siendo las mismas que la de su escala de origen, la *SASC-R*.

El *Social Phobia Inventory (SPIN)* (102, 106). Esta escala tiene aceptables propiedades psicométricas: posee una buena fiabilidad test-retest, una adecuada consistencia interna y muestra también una diferencia sustancial entre personas con fobia social y sin ella, comparado con la entrevista clínica como “*gold Standard*” (102, 106). Sin embargo, la construcción del test se basó en la entrevista administrada *Brief Social Phobia Scale* y se requiere probar las características de esta escala con sujetos diagnosticados con el DSM-IV de fobia social (102, 106). Por otro lado, los ítems no cubren todas las posibles situaciones de evitación y de miedo social a las que pueden ser sometidos los adolescentes.

El *SPIN* como instrumento original en inglés, consta de 17 ítems, que abarcan tres dimensiones importantes que definen la fobia social: el miedo, la evitación de situaciones y los síntomas de malestar físico (102, 106). Engloba tanto situaciones de desempeño como de interacción social. Para cada elemento del cuestionario se solicita a cada sujeto que indique de qué manera las condiciones o síntomas descritos le molestan en el periodo de la última semana, debiendo marcar una de cinco opciones, que van desde "No, en absoluto" a "extremadamente" (102, 106). La puntuación para cada ítem varía de 0 a 4 y la puntuación total tiene un rango de 0 a 68. Se tiene una versión validada en Brasil (12).

La validación psicométrica realizada por los autores del instrumento, sobre 353 sujetos con edad promedio de 36 años, demostró una buena consistencia interna (α de Cronbach que vario de 0,82 hasta 0,94) y una buena confiabilidad test-retest, a través del método desarrollado por Bland y Altman en 1986 y el coeficiente de correlación Spearman (que vario de 0,78 a 0,89) (12). La validez criterio se basó en la entrevista clínica como estándar de oro, con una sensibilidad estimada que varió de 0,73 a 0,85, y una especificidad de 0,69 a 0,84 y propusieron una puntuación de 15, como punto de corte para diferenciar fóbica social de voluntarios sanos (12). Demostraron además, una buena capacidad para discriminar entre la efectividad de diferentes tratamientos para el trastorno (12).

En otro estudio, sobre la adaptación transcultural al portugués del *Inventario de Fobia Social (SPIN)* para uso entre estudiantes adolescentes de Brasil, los autores destacan la funcionalidad de los instrumentos de auto reporte, la reducción de costos que se logra con ellos y el menor tiempo de la investigación (12).

Para el *SPIN*, participaron estudiantes de una escuela politécnica, adolescentes de un centro de atención ambulatoria y de un dispensario psiquiátrico respectivamente, con edades comprendidas entre 13 y 18 años (12). Los autores encontraron que los conceptos representados en el instrumento se consideraron pertinentes para la cultura brasileña (equivalencia conceptual) y los ítems fueron considerados por los autores, adecuados en cuanto a su capacidad para representar los conceptos que describen en la población brasileña (equivalencia de los ítems) (12).

La *Social Phobia and Anxiety Inventory* es una escala de 45 ítems que mide fobia social y agorafobia, evaluándose ambos trastornos a través de dos sub-escalas (119). La sub-escala de fobia social contiene 32 ítems, 17 de los cuales miden ansiedad social en cuatro contextos: presencia de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general (119). La sub-escala de agorafobia consta de 13 ítems. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 puntos (119). Asimismo, con el objeto de controlar las respuestas de ansiedad atribuibles a la agorafobia, se derivó una puntuación denominada diferencia, la cual se obtiene de restar los valores de la sub-escala de fobia social y agorafobia (119). Una de las limitantes de esta escala es que todavía no hay acuerdo sobre cuál es la mejor medida del *SPAI* para valorar la fobia social, si las puntuaciones de la diferencia entre ambas sub-escalas o la puntuación obtenida de la sub-escala de fobia social (119).

La *Liebowitz Social Anxiety Scale*. Esta es una entrevista semi-estructurada de miedos y experiencias de evitación en un rango de situaciones sociales y de ejecución, consta de 24 ítems (120-121). La *LSAS* fue modificada en una versión auto administrada (*LSAS-SR*) por varios grupos independientes (122). La versión auto administrada es considerada de fácil administración y en un estudio (123), en el cual participaron 188

pacientes ambulatorios diagnosticados de trastornos de ansiedad, encontraron que las propiedades psicométricas de la *LSAS-SR* eran muy similares a la de la *LSAS* y se encontró un modelo de cuatro factores (interacción social, con 12 ítems; miedo a hablar en público, con 5 ítems; miedo a comer y beber, con 2 ítems y miedo a la observación, con 5 ítems) (123). Como limitaciones de la escala se puede mencionar que no tiene incluidos en sus ítems síntomas fisiológicos y que según los autores del estudio las subescalas pueden mejorarse con la adición de ítems, especialmente aquellos que midan los miedos a la observación.

La *Social Phobia Scale (SPS)* y la *Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)*, fueron desarrolladas de acuerdo con los criterios del DSM-III-R para la fobia social con el fin de evaluar distintos aspectos de este constructo (40). El *SIAS* mide respuestas de ansiedad en las interacciones sociales, mientras que el *SPS* mide la ansiedad de actuación (por ejemplo, comer o beber en público) (40). Por esto, varios autores han recomendado su administración conjunta, al medir aspectos complementarios del constructo de ansiedad social (40).

Ambas escalas contienen 20 ítems y se responden de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos (rango: 0-4) (40). En población de lengua inglesa, ambos instrumentos han demostrado una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest, así como validez concurrente (40). Con respecto a la diferenciación de las escalas establecidas en relación con su función (*SIAS* para evaluar el subtipo generalizado o situaciones de interacción social y el *SPS* para el subtipo específico o situaciones de actuación social) (40). Heimberg y colaboradores (1992) hallaron que mientras que el *SIAS* sí permitía discriminar entre ambos subtipos, no lo hacía así el *SPS* (124). Este

resultado puede ser debido a que la mayoría de sujetos con fobia social también presentan ansiedad ante situaciones que implican actuación delante de otros.

La *Social Interaction Anxiety Scale* (*SIAS*) y la Escala de Ansiedad ante Hablar en público (*AAS*), son dos escalas que son complementarias en el sentido de que la primera mide ansiedad en situaciones contingentes, es decir, en las que se precisa la retroalimentación de los demás (por ejemplo, iniciar y mantener conversaciones) y la *AAS* evalúa la ansiedad en situaciones “no contingentes” en las que no se precisa de ella (por ejemplo, preparar una conferencia) (125). Estas escalas incluyen ítems que evalúan las respuestas cognitivas y psicofisiológicas, pero no motoras. Se ha puesto de manifiesto la validez de constructo y la fiabilidad test-retest de estas escalas (125).

Para resumir, en cuanto a los instrumentos usados en el TAS podemos decir lo siguiente: a) De forma general todos los instrumentos que se han estudiado tienen cualidades psicométricas aceptables dentro de los patrones analizados; b) la escala más usada en los diferentes estudios es la *LSAS*; c) la escala *SPIN* tiene la ventaja de incluir la evaluación de síntomas fisiológicos asociados al TAS, que son un importante dominio relacionado con el trastorno. Se ha aplicado en niños y adolescentes, es sencilla en su aplicación y tiene validez transcultural en la población brasileña; d) Las escalas desarrolladas diferentes a la *LSAS*, en general se caracterizan por la facilidad y rapidez de aplicación, favoreciendo su uso como instrumentos de rastreo en población general y se focalizan en aspectos más específicos del TAS, objetivando con mayor precisión el plan terapéutico; e) algunas de las limitaciones de los estudios de validación de las escalas son las siguientes: tienen poco detalle sobre los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, la mayoría de estudios se ha concentrado en sujetos de edades comprendidas entre 30 y 35 años, con lo cual se favorece la inclusión de

comorbilidades en los puntos de corte de las puntuaciones de los tests aplicados ya que el TAS inicia generalmente en la adolescencia, un pequeño número de estudios ha usado como parámetro metodológico una comparación simultánea de muestras de sujetos diagnosticados con TAS, con otros trastornos de ansiedad y controles saludables, la mayoría de los estudios ha usado sujetos diagnosticados con TAS para la aplicación de las escalas, lo cual, favorece su uso clínico pero dificulta la extensión de su uso a la población general para identificar “portadores” de TAS usando los instrumentos como pruebas tamiz.

En el presente estudio se utilizara la escala *SPIN*, por sus propiedades psicométricas, porque se ha aplicado en niños y adolescentes, por su sencillez de aplicación y porque tiene validez transcultural en la población brasileña (12). Adicionalmente, en el contexto brasileño, en la literatura revisada hasta la fecha, no hay estudios poblacionales en grupos de jóvenes con esta escala. Los otros dos instrumentos con versiones en portugués (*SPAI* y *SPAI-C*), fueron diseñados para personas mayores de 14 años y para los niños.

CAPITULO 5
ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Capítulo 5: Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con trastorno de ansiedad social

La mayoría de las teorías cognitivas actuales sobre los trastornos emocionales, que se derivan del procesamiento de la información, postulan que los individuos ansiosos difieren de los no ansiosos en su funcionamiento atencional (126-128). En el caso concreto de la ansiedad, existen numerosos estudios que señalan que estos individuos suelen mostrar un sesgo selectivo que favorece la atención de la información relacionada con aquello que para ellos es amenazante (126-129). La tarea experimental que más se ha utilizado para apoyar esta hipótesis es la versión modificada del paradigma Stroop de nombrar el color (130-131).

En esta tarea, se presentan palabras con diferente significado emocional, escritas en diversos colores, y se pide a los sujetos que nombren lo más rápidamente posible el color en el que están escritas, ignorado su significado (132-133). Los resultados encontrados con esta tarea señalan que los individuos ansiosos, comparados con los normales, son más lentos en nombrar el color de las palabras amenazantes que el de las neutras (132-133). Estos mayores tiempos de respuesta parecen deberse a que el significado de la palabra amenazante atrae automáticamente la atención del sujeto ansioso, a pesar de sus esfuerzos por seguir las instrucciones de no tener en cuenta el significado (132-133). Este procesamiento selectivo de la información amenazante se produce en la fobia a las arañas (134-136), en la fobia social (137), en el trastorno de angustia (138), en el trastorno por estrés post traumático (139) y en el trastorno de ansiedad generalizada (140).

Existen dos hipótesis alternativas que podrían dar cuenta de la adquisición de este sesgo. La primera hipótesis, que denominaron “hipótesis del sesgo integral”,

postula que los sesgos cognitivos son características integrales de los estados emocionales (141). Es decir, que estos sesgos no se adquieren mediante aprendizaje, sino de un modo relativamente completo, lo cual, reflejaría que existen relaciones integrales entre estados emocionales particulares y mecanismos cognitivos particulares, y que esas relaciones constituyen características fundamentales de nuestra arquitectura mental (141). La segunda hipótesis, denominada “hipótesis del sesgo inferido”, sugiere que la adquisición se realiza mediante un proceso gradual de generalización empírica (141). Es decir, que los sesgos representan el resultado de un proceso de aprendizaje paulatino en el que se forman asociaciones bidireccionales entre estados emocionales particulares y patrones de conducta cognitiva (141). En el estudio que llevaron a cabo, estos autores encontraron que tanto los niños fóbicos como los no fóbicos no mostraban diferencias en las latencias de respuesta cuando se trataba de nombrar el color de palabras neutras y de estímulos que no constituían palabras (141). Sin embargo, cuando se presentaban palabras cuyo contenido estaba relacionado con la amenaza (por ejemplo, palabras relacionadas con situaciones sociales), los niños fóbicos mostraban latencias mayores que los no fóbicos (141). Además, este procesamiento cognitivo sesgado se observaba incluso en niños fóbicos pequeños y la magnitud de este efecto no difería significativamente con niños fóbicos de mayor edad (141). Los autores concluyen que sus resultados eran consistentes con la “hipótesis del sesgo integral”, ya que tales sesgos aparecían en edades relativamente tempranas (6-7 años) y de un modo similar al que aparecían en edades más avanzadas, lo cual, indicaría que no existe una fase temprana del desarrollo de la fobia en la que la alteración emocional no se acompañe de la distorsión cognitiva (141).

CAPITULO 6
HABILIDADES SOCIALES Y TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Capítulo 6: Habilidades sociales y trastorno de ansiedad social

Como ya se mencionó anteriormente, el trastorno de ansiedad social se caracteriza por la timidez social generalizada, malestar social y la prevención, y para algunas personas, la dificultad en el discurso social básico (142)

Los estudios dirigidos a aclarar su fenomenología revelan un panorama caracterizado por la reticencia social, la percepción de la incapacidad de mantener conversaciones de carácter social, una expectativa creciente de fracaso, menor cantidad de amigos, la participación mínima en actividades sociales, y la selección de ocupaciones basada en la esperanza de la interacción social (142).

Los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social incluyen un especificador de diagnóstico llamado el subtipo generalizado. Los pacientes con el subtipo generalizado (SPG), que puede representar hasta el 70% de aquellos que buscan tratamiento (17), presentan angustia con la experiencia en una amplia gama de entornos sociales. Aquellos que no cumplen con la descripción del SGP se han descrito de varias maneras, pero son llamados comúnmente como de subtipo no generalizado (NGSP), definido por un modelo más restringido de miedo social, con frecuencia se limitan a una (o unas pocas) situación (es), tales como hablar, comer, beber, o escribir en público. A pesar de que en investigación se puedan utilizar criterios un poco diferentes para definir estos subtipos, la distinción puede hacerse de forma fiable (142).

Estos dos subtipos difieren en muchos aspectos de la psicopatología. Los pacientes con el SGP tienen ansiedad social más grave, ansiedad generalizada, depresión, inhibición social, miedo a la evaluación negativa, evitación y timidez (143-

145). Además, son más propensos a tener deterioro educativo y ocupacional, tener mayor comorbilidad en el Eje I y diagnósticos más frecuentes en el Eje II, tener una edad más temprana de inicio e historia más frecuente de timidez infantil (145-147).

Por otra parte, las habilidades sociales pueden definirse como diferentes clases de comportamientos sociales existentes en el repertorio de un individuo para afrontar de manera adecuada con las demandas de situaciones interpersonales (148). Este concepto se refiere más a los aspectos descriptivos de los comportamientos verbales y no verbales presentados por el individuo durante las diferentes demandas de las situaciones interpersonales (148). La demanda sería una ocasión u oportunidad durante la cual se espera un determinado desempeño social en relación a una o más personas (148).

En general, los adultos con SGP tienen una presentación de síntomas más complicados y un curso clínico más grave y generalizado. Una de las áreas donde ha habido menos atención empírica es, sin embargo, el tema de las habilidades sociales. Mientras que muchos datos indican que, en comparación con personas sin el trastorno, los jóvenes y adultos con SGP presentan déficit en habilidades sociales (142, 149-150), pocos estudios han examinado empíricamente los déficits en las habilidades sociales con respecto a la distinción de subtipo de trastorno de ansiedad social. Una investigación inicial, con base en pacientes diagnosticados según el DSM-III-R, en el que se utilizaron tareas individualizadas de habilidades sociales y en el que los observadores fueron ciegos en clasificar los pacientes con SGP, se encontró que estaban significativamente menos calificados cuando participan en una interacción social en comparación con los pacientes que tenían solo el temor de hablar en público (es decir,

NGSP) (144). Como las tareas utilizadas fueron diferentes, la comparación directa de las habilidades específicas no fue posible en este estudio.

En otro estudio que comparó pacientes con NGSP, SGP y SGP más trastorno de la personalidad por evitación (sigla en inglés: APD) y en el que utilizaron interacciones sociales no estructuradas no hubo diferencias entre los grupos en cualquiera de las conductas (17). No hubo diferencias entre los grupos en cualquiera de conductas específicas (por ejemplo, mirar a la cara, la longitud de las palabras, el tono de voz) o en la medida global de la eficacia social (17).

Del mismo modo, un tercer estudio (145) no encontró diferencias en la habilidad entre los pacientes con SGP solos y los pacientes con SGP más APD. Sin embargo, este estudio no incluyó pacientes con el subtipo NGSP (145).

Por último, en una cuarta investigación, los pacientes con fobia a hablar en público (n = 12), SGP sin APD (n = 20) y el SGP con APD (n = 9) fueron comparados en tareas de comportamiento que valoraban las habilidades sociales (151). Los adultos con SPG más APD mostraron más comportamientos de evitación/escape que los adultos con fobia de hablar en público (151). En diversas conductas específicas (mirada, volumen de la voz, entonación), sólo se encontró una diferencia significativa: pacientes con SPG más APD tuvieron menor volumen de la voz que cualquiera de los otros grupos (151).

Los resultados de estas investigaciones sugieren que hay pocas diferencias en conductas de habilidad social entre los subtipos del SGP y la NGSP. Sin embargo, los datos existentes tienen dos limitaciones importantes. En primer lugar, los tamaños de las

muestras fueron pequeños y como resultado, la potencia estadística para detectar diferencias significativas fue baja (17, 152). En segundo lugar, ninguno de los estudios incluyó un grupo control que no fuera psiquiátrico. La necesidad de un grupo de control es crucial porque, aunque los adultos con NGSP muestran mejores habilidades sociales que aquellos con SGP, esto no indica que sus habilidades sociales (en cuanto a competencia social y el funcionamiento social) estén intactas (17, 152).

Además, hay un valor heurístico en determinar si las habilidades sociales pueden distinguir un subtipo de otro, por las implicaciones teóricas y terapéuticas importantes que se pueden desprender. Algunos investigadores sugieren que la NGSP puede ser mejor conceptualizada como un "trastorno de miedo" similar a una fobia específica en la que la activación fisiológica elevada está presente en una o más situaciones de rendimiento (por ejemplo, dar una conferencia). En contraste, la SGP o el APD se consideran "trastornos de pánico o angustia", en los cuales, una constelación más amplia de síntomas y deficiencias está presente (17, 152). En este sentido, se ha propuesto que la principal diferencia entre el NGSP y el SGP puede ser que los individuos con SGP tienen ansiedad de interacción, mientras que los individuos con NGSP no (153). Como destacan estos investigadores, esta afirmación tiene implicaciones importantes para la conceptualización y el tratamiento de NGSP, incluyendo o no el entrenamiento en habilidades sociales como un componente necesario del tratamiento (153).

Algunos investigadores sugieren que los comportamientos sociales con pobres/inadecuadas habilidades sociales son una consecuencia directa del producto de la ansiedad social y la atención excesiva focalizada sobre sí mismos durante las interacciones sociales (154-155). Desde esta perspectiva, los pacientes con fobia social

tienen suficientes habilidades sociales, pero su ansiedad les impide su capacidad de centrarse en las interacciones sociales y, por tanto, utilizar las habilidades adecuadamente. Teóricamente, entonces, la eliminación de la ansiedad social con cualquiera de las intervenciones conductuales, cognitivo-conductuales o farmacológicas debe permitir la manifestación de las habilidades sociales.

En una revisión del año 2008(142), de 30 estudios sobre tratamiento del trastorno de ansiedad social indicó que estas intervenciones tenían éxito en reducir el miedo/ansiedad social (156). Sin embargo, pocos estudios incluidos en esta revisión evaluaron directamente los cambios en habilidades sociales específicas con el tratamiento, dejando la pregunta sin respuesta. Incluso, cuando estas habilidades son realmente evaluadas, la relación no parece ser tan sencilla. Por ejemplo, un estudio que comparó jóvenes con fobia social tratados con fluoxetina o terapia conductual, encontró que la fluoxetina disminuía la ansiedad social, pero no mejoraba la competencia social (142).

Por el contrario, la intervención conductual que combina el entrenamiento en habilidades sociales y la disminución del malestar a la exposición social, mejoraba la competencia social (142). Resultados similares se han reportado para los adultos. Un estudio que comparó la terapia cognitivo-conductual y la terapia cognitivo-conductual más el entrenamiento de las habilidades sociales, informó que para el subtipo SGP, el entrenamiento e habilidades sociales era una estrategia útil para incrementar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (157). De hecho, la combinación produjo algunos de los tamaños del efecto más elevados entre los estudios de tratamiento de fobia social.

Los resultados de los estudios sobre el tratamiento de la fobia social, aunque de forma indirecta, plantean cuestiones importantes sobre el papel de las habilidades sociales en la fobia social con posibles implicaciones para la teoría y el tratamiento. Por lo tanto, es necesario investigar más a fondo el tema de habilidades sociales entre los individuos con diferentes subtipos de la enfermedad utilizando diseños de investigación que analizan las habilidades sociales directamente.

II. ESTUDIO EMPÍRICO

CAPITULO 7
OBJETIVOS

Capítulo 7: Objetivos

- Determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad social en población escolarizada de adolescentes entre 12 y 17 años del Sur y Sudeste de Brasil.
- Establecer el punto de corte de la escala *SPIN (Social Phobia Inventory)* para determinar su sensibilidad y especificidad.
- Caracterizar el sesgo atencional de los sujetos diagnosticados con TAS a través del *Stroop* emocional.
- Establecer la relación del *SPIN* y del *Stroop* emocional con una escala de habilidades sociales validada en población brasileña (Inventario de habilidades sociales *IHS-Del Prette*).

CAPITULO 8

METODOLOGÍA

Capítulo 8: Metodología

8.1. Diseño

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia.

8.2. Participantes y criterios de exclusión/inclusión

La muestra comunitaria estuvo constituida por 975 sujetos de edades comprendidas entre 12 y 17 años, escolarizados en instituciones públicas, residentes en la zona urbana de las ciudades de Londrina y São Carlos de las provincias de Paraná y São Paulo, de las regiones Sur y Sudeste de Brasil. Distribuidos según sexo en porcentajes iguales, con los siguientes criterios de inclusión y exclusión: como criterios de inclusión, estar en el rango de edad del estudio, tener residencia permanente en Brasil, residir en la zona urbana, tener como lengua nativa el portugués. Como criterios de exclusión, no desear participar en el estudio, no saber leer ni escribir, tener otra lengua nativa diferente al portugués aun siendo ciudadano brasileño.

Para el cálculo del tamaño total de la muestra, se tuvo en cuenta que la población menor de 18 años en Brasil es del 37% (censo del 2006) y que las poblaciones de las ciudades de Sao Carlos y Londrina son de 218.702 y 420.000 habitantes respectivamente, es decir, que en Sao Carlos la población de ocho a 17 años esperada es de 80.920 y en Londrina de 155.400 habitantes (en total 236.320 habitantes). Al considerar como la posible frecuencia de síntomas de ansiedad social en dicha población de 2,4% (de acuerdo a estudios realizados en algunas poblaciones, como el de Gauger, Zogbi, Beidel y Olivares-Rodriguez en el 2006, cuyo pico de incidencia se produjo a los 15 años y cuya prevalencia de vida se estimó en 2,4%) (95) y como peor

resultado esperado de frecuencia de dichos síntomas de 1%, la muestra total de sujetos a encuestar fue calculada en 790 sujetos con un nivel de confianza del 99%, a esta cifra se le agregó un 20% por posible rechazo de los sujetos a ser encuestados, con lo cual, en total la muestra calculada fue de 948 (con un rango de entre 790 y 948), de los cuales, el 34,3% serían de la ciudad de Sao Carlos y 65,7% de la ciudad de Londrina.

El muestro del estudio fue multi-etapico: se seleccionaron los establecimientos educativos dividiendo las ciudades de Londrina y São Carlos en distritos, se contabilizaron en cada distrito las escuelas y colegios. Se hizo una distribución porcentual de establecimientos por distrito. Se calculó en cada zona el número de establecimientos que decidieron participar en el estudio según el porcentaje correspondiente de la distribución. Posteriormente, se seleccionaron de forma aleatoria simple las escuelas y colegios de cada zona.

Una vez en cada escuela o colegio, se hizo un procedimiento similar, a saber: se calculó la distribución de grupos de los turnos de la mañana y de la tarde y se definió el número de grupos que participarían en el estudio en cada turno. Posteriormente, se seleccionaron las aulas participantes de forma aleatoria simple y en ellas se aplicó el *SPIN*. Posteriormente, de los sujetos participantes en el estudio (975 sujetos en total), se seleccionó una muestra aleatoria de 206 sujetos para la aplicación del *Stroop* emocional, de la entrevista clínica estructurada con base en el DSM-IV (SCID-CV versión en portugués) para discriminar sujetos con fobia social y sin ella, y del inventario de habilidades sociales (*IHS-Del Prette*).

8.3. Materiales

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

El Social Phobia Inventory (SPIN)

Es una escala auto administrada que consta de 17 ítems, que abarcan tres dimensiones importantes que definen la fobia social: el miedo, la evitación de situaciones y los síntomas de malestar físico (Ver Anexo A). Engloba tanto situaciones de desempeño como de interacción social. Para cada elemento del cuestionario se solicita a cada sujeto que indique de qué manera las condiciones o síntomas descritos le molestan en el periodo de la última semana, debiendo marcar una de cinco opciones, que van desde "No, en absoluto" a "extremadamente". La puntuación para cada una de los grados varía de 0 a 4 y la puntuación total tiene un rango de 0 a 68.

Stroop emocional

Es una variante del test de *Stroop*. La tarea original en la que se basa el efecto *Stroop* emocional fue creada para analizar las interferencias entre nuestros sistemas semántico y perceptual. En la versión original de la tarea, a los participantes se les pide que nombren el color en el que el ítem está impreso, mientras intentan ignorar el ítem en sí. Los ítems en cuestión son estímulos sin significado como palabras sin sentido y estímulos con significado como los nombres de los colores (ROJO, AZUL,...).

Los sujetos sometidos a la prueba tardaban más en decir el color cuando la palabra era contraria a este (palabra rojo escrita con tinta verde), que cuando las palabras carecían de sentido. Es decir, la interferencia semántica aumentaba la latencia de respuesta.

En el *Stroop* Emocional se presenta a los participantes, palabras de influencia negativa o neutra, midiendo el tiempo que emplean para nombrar el color en el que está impresa la palabra, comparando la latencia de respuesta entre los grupos (en este caso entre el grupo de fóbicos sociales y el grupo de sujetos no fóbicos).

Se utilizó el formato de tarjetas empleado en el estudio de Quero y colaboradores (2000) (158). Se incluyeron tres categorías de palabras emocionales (ver Anexo B): 12 palabras de amenaza social, 12 palabras de amenaza física y 12 palabras positivas. Las palabras emocionales fueron extraídas de la literatura publicada (159-161) y fueron evaluadas en cuanto a su adecuación a cada categoría emocional por tres jueces independientes (psicólogos que tratan pacientes de fobia social). Solo se incluyeron en la tarea las palabras evaluadas por todos los jueces con una puntuación de 7 o más (en una escala de 0= no relacionada a 10= completamente relacionada).

Cada una de estas tres tarjetas emocionales se emparejó en longitud con un grupo de palabras neutras agrupadas en función de su pertenecía a una misma categoría semántica (“muebles” para la amenaza social, “papelería” para la amenaza física y “cocina” para las palabras positivas). Se utilizaron categorías semánticas para el material estimular neutro, siguiendo las recomendaciones realizadas por Williams, Mathews y MacLeod (1996), con el fin de controlar posibles efectos de *priming* entre categorías (162).

Todas las tarjetas se organizaron en ocho columnas de 12 palabras cada una, con 96 estímulos por tarjeta. Cada palabra se repitió ocho veces, con la única restricción de que ninguna palabra o color se podía repetir de modo consecutivo. Todas las palabras se presentaron en letras mayúsculas. Los colores utilizados fueron azul, rojo, verde y negro sobre un fondo blanco. La persona tenía que nombrar el color en el que estaba escrita la palabra lo más rápido posible, sin leer las palabras, e intentando no cometer errores.

Aparte de estas 6 tarjetas (3 emocionales y 3 neutras), a los participantes se les presentaba en primer lugar una tarjeta de práctica compuesta por filas de letras “O” (“OOOOOOO”) de distinta longitud, empleando los mismos cuatro colores. A cada participante se le presentaban las seis tarjetas anteriormente descritas en el orden asignado dentro del diseño balanceado.

Se anotó el tiempo de reacción de los participantes al nombrar el color en el que está impresa la palabra relacionada con el aspecto emocional y se sacó un promedio de todos los tiempos registrados por sujeto sometido a la prueba.

Inventario de Habilidades sociales (IHS-Del Prette)

Es un instrumento de auto-respuesta, propuesto por Del Prette, Del Prette y Barreto (1998), para la evaluación de las dimensiones situacional y comportamental de las habilidades sociales. Contiene 38 ítems, cada uno de los cuales describe una situación interpersonal y una posible reacción a ella.

Con el fin de tener en cuenta la variedad de interlocutores, contextos y demanda de relaciones interpersonales, para su construcción se revisaron artículos elaborados a partir del análisis de la literatura acerca de situaciones y demandas incluidas en el concepto de habilidades sociales, así como estudios previos con estudiantes universitarios (163).

En cada tema, los participantes clasifican la frecuencia con la que se comportan como se describe en el ítem usando una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde 0 (nunca o rara vez) a 4 (casi siempre o siempre) (163). Por ejemplo, el ítem uno ("me siento cómodo en un grupo de desconocidos, hablando de forma natural"), los encuestados indican la frecuencia con que ellos actúan de esa manera. Si los

participantes no han experimentado alguna de las situaciones, deben adivinar cómo actuarían en esa situación (163).

Algunos de los elementos del inventario están inversamente redactados, de modo que un alto puntaje indica la frecuencia del déficit de habilidades sociales (163). En estos elementos, los resultados del puntaje se invierten para calcular el total de la puntuación (163). Por ejemplo, en el ítem nueve ("puedo evitar hablar en público o hacer discursos en frente de extraños "), una alta frecuencia de este comportamiento indica un déficit en la habilidad social. Para la puntuación final la frecuencia más alta indica un repertorio más amplio de habilidades sociales (163).

Un análisis de las propiedades psicométricas, en el estudio original, realizado a 527 universitarios obtuvo los siguientes resultados: índices de discriminación positivos, variando de 3,0 a 16,7; índices de correlación positivos, con apenas dos no significativos y 10 debajo de 0,30; consistencia interna satisfactoria con un α de Cronbach de 0,75; y una estructura factorial con cinco factores principales, identificados en términos compartamentales –situacionales, con coeficientes alfa variando de 0,74 a 0,96, que explican el 92,75% de la variación total (164). En el Anexo C se presenta un listado de los factores principales del inventario con los indicadores de la consistencia interna (coeficiente alfa) (164). Como puede verse, el inventario presenta una adecuada consistencia interna en la escala completa en escala y en cada uno de los factores.

También se han realizado estudios para examinar la sensibilidad del inventario para distinguir los cambios en el repertorio de las habilidades sociales después de una intervención (entrenamiento en habilidades sociales) (165). Se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por el grupo pre-experimental y el posttest, Considerando que estas diferencias no se observaron en el control grupo (165).

Por último, se han aportado pruebas de la convergencia con la Escala de Asertividad Rathus ($r = 0,81$, $p = 0,001$) y se realizaron estudios de la estabilidad en el tiempo de la escala con el test-retest ($r = 0,90$, $p = 0,001$) (166). De acuerdo con los resultados, la versión original de la IHS-Del Prette es válida y confiable.

Entrevista clínica estructurada para DSM-IV (SCID-CV versión clínica) (167) traducida y adaptada para el portugués por Del-Ben y colaboradores (2001) (168). Se caracteriza por un instrumento utilizado para la elaboración de diagnósticos clínicos psiquiátricos basados en el *DSM-IV* (167). Está compuesta por módulos, un total de 10, que pueden ser aplicados de forma independiente o combinada, conforme a los objetivos del estudio (167). En el caso del presente estudio se utilizó el módulo de Ansiedad (Módulo F) para hacer el diagnóstico de fobia social o para descartarlo.

8.4. Variables

- Variables sociodemográficas: edad, género, lugar de residencia, años de escolaridad.
- Variables clínicas: puntaje de la escala *SPIN*; resultado de la entrevista clínica estructurada para *DSM-IV* (*SCID-CV* versión clínica) para clasificar los sujetos que cumplieran criterios para fobia social; resultado en segundos de la aplicación del *Stroop* emocional, resultado de la aplicación del Inventario de Habilidades Sociales (*IHS-Del-Prette*).

8.5. Procedimiento

El procedimiento que se siguió fue el siguiente: se hizo la presentación del proyecto a los directores y profesores de los establecimientos educativos públicos y privados de las provincias de Paraná y Sao Paulo que aglutinaban los sujetos de los rangos de edad que cubría la investigación. Se informó a los padres de familia sobre los objetivos del estudio para la aprobación de la participación de los menores de edad. Los padres firmaron un consentimiento informado (Anexo D).

Una vez cumplido el protocolo de autorización, a los 975 sujetos que finalmente conformaron la muestra, se les aplicó la escala *SPIN*. Posteriormente, se seleccionaron 206 individuos aleatoriamente, a quienes se les aplicó el Inventario de habilidades sociales (IHS-Del Prette), el Stroop emocional y la entrevista estructurada con base en el DSM-IV.

Para la aplicación del Stroop emocional y del IHS-Prette, participaron dos auxiliares de investigación que dieron instrucciones a los sujetos para que contestasen los test. Además, un psicólogo clínico y un psiquiatra entrenados en la entrevista estructurada con base en el DSM-IV, aplicaron el módulo F para discriminar los sujetos con fobia social generalizada y no generalizada.

A todos los sujetos se les explicó que la información recogida sería confidencial y que el asistente de investigación estaría dispuesto durante la aplicación de los diferentes test a brindar ayuda individual a los sujetos que expresaran alguna dificultad para su contestación.

8.6. Análisis de datos

En el análisis estadístico se utilizaron medidas de estadística descriptiva. Para las variables continuas, se utilizaron la media, mediana y la desviación estándar y para las variables categóricas se utilizó el porcentaje. Se exploró también la existencia de asociación entre variables, mediante la utilización del test de chi cuadrado de independencia o del test exacto de Fischer. Se compararon medias para muestras independientes y se calcularon coeficientes de correlación.

El tamaño de muestra para estudios descriptivos se calculó con el programa *Epi-Info versión 3.5.1*.

Se calculó la curva ROC para determinar el punto de corte del *SPIN*. Se establecieron diferentes puntos de corte del puntaje total de la escala y se compararon con los porcentajes de falsos negativos y de falsos positivos para cada uno de estos puntos de corte. Se seleccionó el punto de corte que permitió identificar el mayor número de sujetos que cumplían criterios para fobia social según la entrevista clínica con base en el *DSM-IV*.

Los resultados fueron generados utilizando el programa estadístico *SPSS 15.0*.

CAPITULO 9
RESULTADOS

Capítulo 9: Resultados

9.1. Perfil de los sujetos del estudio

De los 975 sujetos encuestados con el *SPIN*, el 50,2% (489/975) pertenecían al sexo femenino (Ver tabla 1), con una mediana de edad de 15 años, una amplitud intercuartil de 3, con una edad mínima de 12 años y máxima de 17.

El resultado de aplicar el test de *Kolmogorov-Smirnov* a los datos de la edad fue de 4,489, con un p-valor de $p=0,0001$, lo que obligaría a rechazar en este caso la hipótesis de una distribución *gaussiana* (ver figura 1).

Tabla 1. Distribución del género de los sujetos del estudio

Genero	n	%
Masculino	486	49,8
Femenino	489	50,2
Total	975	100

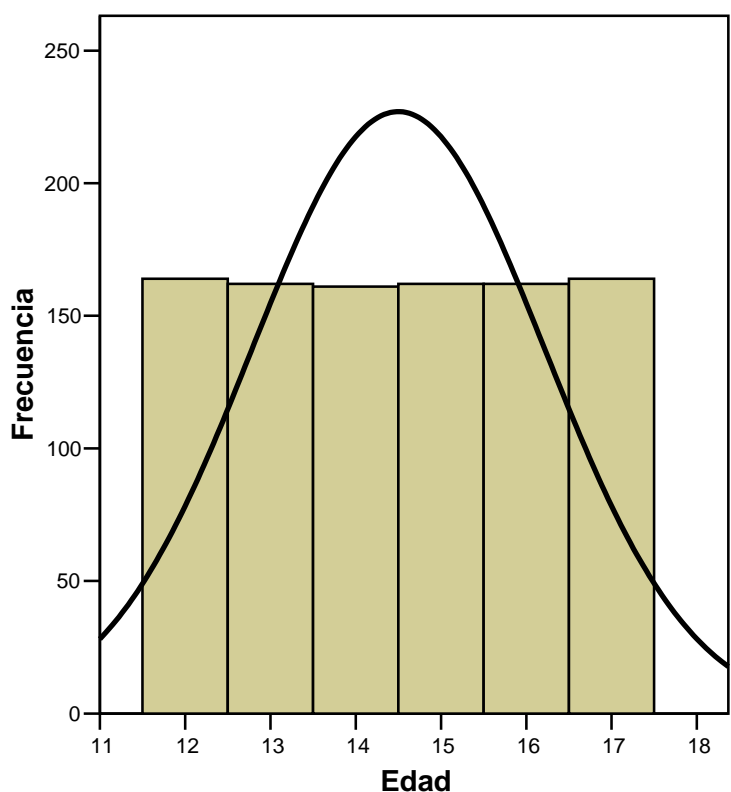


Figura 1 – Histograma de la edad

Al comparar la edad de hombres y mujeres, el contraste de *Levene* (F) sobre homogeneidad o igualdad de varianzas, tiene una probabilidad asociada mayor que 0,05. Con lo cual podemos suponer que las varianzas poblacionales son iguales. No hubo diferencias estadísticamente significativas de la edad entre hombres y mujeres, asumiendo que dichas varianzas son iguales (Ver tablas 2 y 3).

Tabla 2. Comparación de medias para muestras independientes de la edad según género

	Genero	N	Mean	Desviación estándar	Error estándar de la media
Edad	masculino	486	14,50	1,712	,078
	femenino	489	14,50	1,717	,078

Tabla 3. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes

	Levene's Test para igualdad de varianzas		t-test para igualdad de medias							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-colas)	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia	95% Intervalo de Confianza de la diferencia		
								Inferior	Superior	
Edad	Se asume la igualdad de varianzas	,014	,907	-,047	973	,963	-,005	,110	-,221	,210
	No se asume la igualdad de varianzas			-,047	972,989	,963	-,005	,110	-,221	,210

En cuanto a la escolaridad, el resultado de aplicar el test de *Kolmogorov-Smirnov* a los datos de los años de escolaridad fue de 6,896, con un p-valor de $p=,0001$ que, lo que obligaría a rechazar en este caso la hipótesis de una distribución gaussiana para dicha variable (ver figura 2).

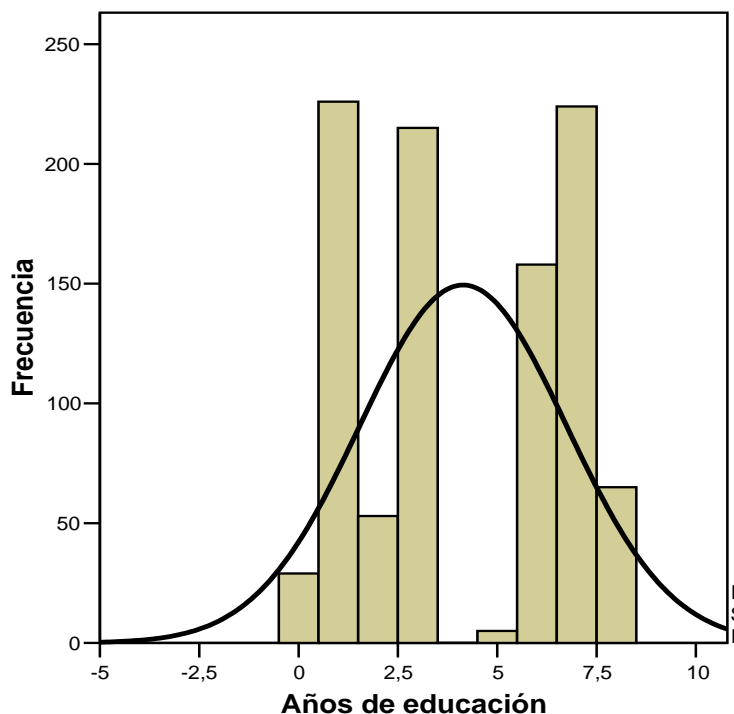


Figura 2. Histograma de los años de educación de los sujetos del estudio

Al comparar los años de escolaridad de hombres y mujeres, el contraste de *Levene* (F) sobre homogeneidad o igualdad de varianzas, tiene una probabilidad asociada mayor que 0,05. Con lo cual, podemos suponer que las varianzas poblacionales son iguales. Hubo diferencias estadísticamente significativas de los años de escolaridad entre hombres y mujeres, asumiendo que dichas varianzas son iguales con una mayor media de escolaridad entre estas últimas (Ver tablas 4 y 5).

Tabla 4. Comparación de medias para muestras independientes de los años de escolaridad según género

	Genero	N	Media	Desviación estándar	Error estándar de la media
Educación	masculino	486	3,89	2,585	,117
	femenino	489	4,39	2,600	,118

Tabla 5. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras *independientes*

		Levene's Test para igualdad de varianzas		t-test para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-colas)	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia	95% Intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Años de educación	Se asume igualdad de varianzas	1,572	,210	-2,984	973	,003	-,496	,166	-,821	-,170
	No se asume igualdad de varianzas			-2,985	973,000	,003	-,496	,166	-,821	-,170

La distribución de la muestra según la ciudad de localización de los establecimientos educativos fue de 335 sujetos de la ciudad de Sao Carlos y 640 sujetos de la ciudad de Londrina.

9.2. Resultados de la aplicación de las escalas *SPIN*, *Inventario de habilidades sociales (IHS-Del-Prette)* y *Stroop emocional*

En cuanto al puntaje total del instrumento *SPIN*, la mediana fue de 10 con una amplitud intercuartil de siete, una moda de siete y con un mínimo de cero y un máximo de 45.

El test de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* del puntaje total del *SPIN* y de cada uno de los 17 ítems que lo conforman fue estadísticamente significativo, lo cual, significa que dichas variables no siguen una distribución normal (Ver tabla 6). Al utilizar la prueba no paramétrica de *Mann-Whitney* para observar si hubo diferencias de género en el puntaje total del *SPIN* y de cada uno de sus 17 ítems (Ver tabla 7), se encontró que entre hombres y mujeres no existió una diferencia significativa en el puntaje total del instrumento ($p= 0,731$). Además, solo se registraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems: dos [me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas ($p= ,047$)] y 15 [el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos ($p= ,021$)], con un mayor puntaje medio entre las mujeres. Los puntajes medios de los diferentes ítems de la escala según género se observan en la tabla 8.

Tabla 6. Tests de Normalidad del puntaje total del SPIN y de cada uno de sus ítems

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	df	Sig.
Puntaje total del instrumento	5,175	975	,0001
1: Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policia	9,175	975	,0001

2: me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas	10,201	975	,0001
3: me asustan las fiestas y eventos sociales	11,676	975	,0001
4: Evito hablar con personas que no conozco	8,307	975	,0001
5: ser criticado me asusta mucho	8,387	975	,0001
6: el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas	8,778	975	,0001
7: sudar delante de otro me causa malestar	9,784	975	,0001
8: evito irme a fiestas	12,524	974	,0001
9: evito actividades en las cuales soy el centro de atención	10,074	974	,0001
10: hablar con personas que no conozco me asusta	9,360	974	,0001
11: evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente	7,618	974	,0001
12: Yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado	9,687	975	,0001
13: los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros	10,515	975	,0001
14: Yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran	9,566	975	,0001
15: el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos	9,768	974	,0001
16: Evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de escuela, etc.	10,334	974	,0001
17: temblar delante de otros me causa malestar	10,407	974	,0001

Tabla 7. Prueba de Mann-Whitney para observar si hubo diferencias de género en los puntajes total y de cada ítem de la escala SPIN

Variable	Mann-Whitney U	
	Z	Asymp. Sig. (2-colas)

Puntaje Total	-,344	,731
1: Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policía	-,458	,647
2: me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas	-1,986	,047
3: me asustan las fiestas y eventos sociales	-,181	,856
4: Evito hablar con personas que no conozco	-,341	,733
5: ser criticado me asusta mucho	-,503	,615
6: el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas	-1,033	,302
7: sudar delante de otro me causa malestar	-,181	,856
8: evito irme a fiestas	-,680	,497
9: evito actividades en las cuales soy el centro de atención	-,002	,999
10: hablar con personas que no conozco me asusta	-,631	,528
11: evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente	-,206	,837
12: Yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado	-,550	,582
13: los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros	-,533	,594
14: Yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran	-,560	,576
15: el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos	-2,307	,021
16: Evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de escuela, etc.	-,189	,850

17: temblar delante de otros me causa malestar	-1,963	,050
--	--------	------

a Variable grupo: Genero

Tabla 8. Puntaje medio de los distintos ítems del SPIN según género en la muestra estudiada

	Genero	N	Media	Desviación estándar	Error estándar de la media
Item 1: Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policía	masculino	486	,74	,893	,040
	femenino	489	,72	,870	,039
Item 2: me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas	masculino	486	,60	,915	,042
	femenino	489	,69	,898	,041
Item 3: me asustan las fiestas y eventos sociales	masculino	486	,54	,850	,039
	femenino	489	,52	,784	,035
Item 4: Evito hablar con personas que no conozco	masculino	486	,83	,976	,044
	femenino	489	,81	,965	,044
Item 5: ser criticado me asusta mucho	masculino	486	,84	,978	,044
	femenino	489	,78	,897	,041
Item 6: el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas	masculino	486	,80	,926	,042
	femenino	489	,75	,929	,042
Item 7: sudar delante de otro me causa malestar	masculino	486	,68	1,027	,047
	femenino	489	,65	,862	,039
Item 8: evito irme a fiestas	masculino	486	,49	,898	,041
	femenino	489	,48	,784	,035
Item 9: evito actividades en las cuales soy el centro de atención	masculino	485	,68	,969	,044
	femenino	489	,66	,901	,041

Item 10: hablar con personas que no conozco me asusta	masculino	485	,75	,944	,043
	femenino	489	,67	,824	,037
Item 11: evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente	masculino	485	,96	1,091	,050
	femenino	489	1,00	1,154	,052
Item 12: Yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado	masculino	486	,75	1,026	,047
	femenino	489	,79	1,048	,047
Item 13: los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros	masculino	486	,59	,873	,040
	femenino	489	,63	,932	,042
Item 14: Yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran	masculino	486	,69	,903	,041
	femenino	489	,75	,975	,044
Item 15: el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos	masculino	485	,63	,919	,042
	femenino	489	,74	,953	,043
Item 16: Evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de escuela, etc.	masculino	485	,66	,910	,041
	femenino	489	,69	,973	,044
Item 17: temblar delante de otros me causa malestar	masculino	485	,59	,894	,041
	femenino	489	,69	,939	,042
PT	masculino	486	11,83	7,277	,330
	femenino	489	11,96	7,483	,338

Al correlacionar la edad con el puntaje de los ítems del *SPIN*, se encontró que el ítem tres (me asustan las fiestas y eventos sociales) se correlacionó negativamente de manera estadísticamente significativa con la edad, es decir, a medida que aumenta la

edad, disminuye el puntaje de este ítem. Mientras que los ítems cuatro (Evito hablar con personas que no conozco), seis (el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas), 10 (hablar con personas que no conozco me asusta) y 11 (evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente) se correlacionaron positiva y significativamente con la edad, es decir, a medida que aumenta la edad, también aumenta el puntaje de estos ítems (Ver tabla 9).

Tabla 9. Correlaciones entre la edad y el puntaje de los distintos ítems del SPIN en la muestra estudiada

			Edad en años cumplidos
Spearman's rho	Edad en años cumplidos	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (2-colas)	.
		N	975
	1: Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policía	Coefficiente de Correlación	-,048
		Sig. (2-colas)	,133
		N	975
	2: me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas	Coefficiente de correlación	,022
		Sig. (2-colas)	,489
		N	975
	3: me asustan las fiestas y eventos sociales	Coefficiente de correlación	-,086 (**)
		Sig. (2-colas)	,007
		N	975
	4: Evito hablar con personas que no conozco	Coefficiente de correlación	,118(**)
		Sig. (2-colas)	,0001
		N	975
	5: ser criticado me asusta mucho	Coefficiente de correlación	,061
		Sig. (2-colas)	,057
		N	975

	6: el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas	Coefficiente de correlación	,114(**)
		Sig. (2-colas)	,0001
		N	975
	7: sudar delante de otro me causa malestar	Coefficiente de correlación	,025
		Sig. (2-colas)	,432
		N	975
	8: evito irme a fiestas	Coefficiente de correlación	-,035 (**)
		Sig. (2-colas)	,276
		N	975
	9: evito actividades en las cuales soy el centro de atención	Coefficiente de correlación	-,018
		Sig. (2-colas)	,571
		N	975
	10: hablar con personas que no conozco me asusta	Coefficiente de correlación	,093
		Sig. (2-tailed)	,004
		N	975
	11: evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente	Coefficiente de correlación	,106(**)
		Sig. (2-colas)	,001
		N	975
	12: Yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado	Coefficiente de correlación	,054
		Sig. (2-colas)	,095
		N	975
	13: los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros	Coefficiente de correlación	-,031
		Sig. (2-colas)	,335
		N	975
	14: Yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran	Coefficiente de correlación	,045
		Sig. (2-colas)	,162
		N	975
	15: el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos	Coefficiente de correlación	-,010
		Sig. (2-colas)	,763
		N	975
	16: Evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de escuela, etc.	Coefficiente de correlación	,016
		Sig. (2-colas)	,629
		N	975

	17: temblar delante de otros me causa malestar	Coefficiente de correlación	-,003
		Sig. (2-colas)	,934
		N	975
	Puntaje total del instrumento	Coefficiente de correlación	,039
		Sig. (2-colas)	,218
		N	975

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (2 colas).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (2 colas).

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, se encontró que el α de Cronbach fue de ,776 para la población de 12 a 17 años en la que se aplicó, lo cual, se considera bueno (mayor de ,70) (Ver tabla 10, 11 y 12). También se observa que los ítems con una correlación menor de ,30 son el uno (Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policía), el cuatro (Evito hablar con personas que no conozco) y el siete (sudar delante de otro me causa malestar). De estos el único ítem cuya eliminación aumentaría el α de Cronbach es el uno, sin embargo, hace referencia a una de las emociones que expresan con frecuencia las personas con trastorno de ansiedad social, por lo cual, es conveniente que sea usado en el instrumento.

Tabla 10. Resumen de procesamiento de los casos

		N	%
Cases	Validos	970	99,5
	Excluidos (a)	5	,5
	Total	975	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 11. Estadísticos de confiabilidad

Cronbach's Alpha	No de ítems
,776	17

Tabla 12. Estadísticas ítem-total

	Escala media, si el ítem es eliminado	varianza si el ítem es eliminado	correlación ítem-total corregida	Cronbach's Alpha si el ítem es eliminado
Ítem 1: Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policía	11,21	52,124	,180	,778
Ítem 2: me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas	11,29	50,402	,307	,769
Ítem 3: me asustan las fiestas y eventos sociales	11,41	50,950	,306	,769
Ítem 4: Evito hablar con personas que no conozco	11,12	50,449	,275	,772
Ítem 5: ser criticado me asusta mucho	11,13	49,669	,350	,766
Ítem 6: el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas	11,17	48,979	,412	,761
Ítem 7: sudar delante de otro me causa malestar	11,27	50,594	,274	,772
Ítem 8: evito irme a fiestas	11,46	50,603	,323	,768
Ítem 9: evito actividades en las cuales soy el centro de atención	11,27	48,151	,474	,756
Ítem 10: hablar con personas que no conozco me asusta	11,23	50,082	,344	,766
Ítem 11: evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente	10,96	48,282	,362	,765
Ítem 12: Yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado	11,17	48,508	,388	,763
Ítem 13: los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros	11,33	48,940	,430	,760
Ítem 14: Yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran	11,22	48,803	,418	,761
Ítem 15: el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos	11,25	48,023	,484	,755
Ítem 16: Evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de escuela, etc.	11,26	48,790	,418	,761
Ítem 17: temblar delante de otros me causa malestar	11,29	49,431	,381	,763

En cuanto a la Curva de rendimiento diagnóstico (ROC), para su cálculo se tomó una muestra aleatoria de los 975 sujetos a los que se aplicó el *SPIN*, conformada por

206 estudiantes. Estos sujetos fueron entrevistados por un psiquiatra y un psicólogo clínico quienes utilizando los criterios del *DSM-IV* para fobia social clasificaron los sujetos en personas con fobia social o no. En el caso del surgimiento de dudas sobre la clasificación de alguno de los sujetos, ambos entrevistadores analizaron el caso y si era necesario lo entrevistaron de nuevo para llegar a un consenso. En total el 10,2% (21/206) se clasificaron clínicamente con fobia social (sin hacer la distinción entre fobia social generalizada o específica).

La curva ROC calculada con los 206 sujetos se observa en la figura 3. Dicha curva se aleja de la diagonal principal, por lo que se puede decir, que el instrumento *SPIN* tiene una calidad diagnóstica buena al compararlo con el diagnóstico clínico con base en el *DSM-IV*.

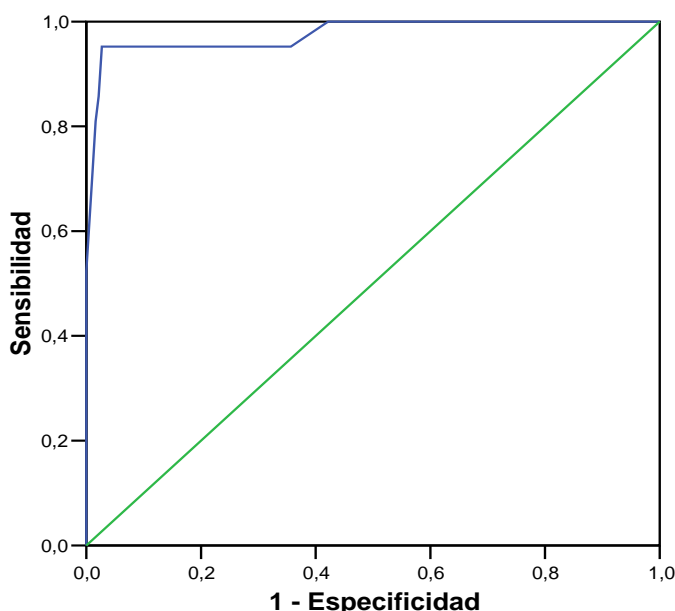


Figura 3. Curva de rendimiento diagnóstico (ROC) del *SPIN* en los sujetos del estudio

La estimación puntual del área bajo la curva es de 0.976 que como se ve, difiere de 0.5 que sería el mínimo exigible para un método de diagnóstico (Ver tablas 13 y 14). El error estándar de esta estimación es de 0.018, valor que multiplicado por 1,96 (para una confianza del 95%) y sumado y restado de 0,976 nos da el intervalo de confianza con un límite inferior de 0,940 y un límite superior de 1,0 (Ver tabla 14). Con lo cual, podemos afirmar que el área bajo la curva ROC es significativamente mayor que lo mínimo exigible de 0.5; eso se ve confirmado con la significación asintótica que aparece en la tabla 9 ($p= 0,0001$) y que nos permite rechazar la hipótesis nula, concluyendo que el área bajo la curva ROC del puntaje del *SPIN* para el diagnóstico de fobia social en adolescentes es significativamente distinta de 0.5 y teniendo en cuenta que es una medida global de la exactitud de una prueba, se considera que su valor en este caso indica una exactitud alta.

Según la lista de coordenadas de la curva ROC y teniendo en cuenta el punto de corte de 15, propuesto por Vilete, Figueira y Coutinho (2004) para diferenciar fobia social de no fobia con el *SPIN* en adultos (12), la sensibilidad (probabilidad de obtener un resultado positivo cuando el individuo tiene la enfermedad) estimada variaría entre 95,2 y 100% y la especificidad (probabilidad de obtener un resultado negativo cuando el individuo no tiene la enfermedad) entre 57,8 y 64,3%. Sin embargo, si se fija el punto de corte en 19, la sensibilidad se mantendría en 95,2% y la especificidad variaría entre 77,8 y 81,6% (Ver tabla 15), por lo cual, se consideró este como punto de corte para los sujetos del presente estudio.

Tabla 13. Resumen de casos según la entrevista clínica de acuerdo a criterios del DSM-IVTR

Fobia clínica según DSM-IVTR(b)	Valido N (según lista)
Positiva(a)	21
Negativa	185

Los valores más altos de la variable de resultado de la prueba (s) indican una evidencia de un estado real positivo.

(a) el estado actual positivo es si.

(b) La variable resultado de la prueba (s): PT tiene al menos un vínculo entre el grupo de estado actual positivo y el grupo de estado actual negativo.

Tabla 14. Área bajo la curva

Prueba de la variable de resultado (s): Puntaje total del Instrumento (PT)

Área	Error estándar (a)	Asintótica Sig.(b)	Asintótica con intervalo de confianza al 95%	
			Limite inferior	Limite superior
,976	,018	,000	,940	1,012

La variable de resultado (s): Puntaje total del Instrumento tiene al menos un empate entre el grupo de estados positivos reales y el grupo de estados negativos reales. Los estadísticos pueden estar sesgados.

(a) En el supuesto de no paramétricas

(b) Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Tabla 15. Coordenadas de la curva ROC de los puntajes del SPIN

Prueba de la variable de resultado (s): Puntaje total del Instrumento

Positivo si es mayor o igual que (a)	Sensibilidad	1 – especificidad
1,00	1,000	1,000
2,50	1,000	,989
3,50	1,000	,941
4,50	1,000	,897
5,50	1,000	,843
6,50	1,000	,784
7,50	1,000	,708
8,50	1,000	,659
9,50	1,000	,622
10,50	1,000	,578
11,50	1,000	,514
12,50	1,000	,476
13,50	1,000	,443
14,50	1,000	,422
15,50	,952	,357
16,50	,952	,324
17,50	,952	,281
18,50	,952	,222
19,50	,952	,184
20,50	,952	,141

21,50	,952	,119
22,50	,952	,097
23,50	,952	,081
24,50	,952	,070
25,50	,952	,054
26,50	,952	,049
27,50	,952	,027
28,50	,857	,022
29,50	,810	,016
30,50	,714	,011
33,00	,524	,000
35,50	,333	,000
37,00	,238	,000
39,50	,190	,000
41,50	,143	,000
42,50	,095	,000
44,00	,048	,000
46,00	,000	,000

La variable resultado de la prueba (s): PT (Puntaje total del Instrumento) tiene al menos un vínculo entre el grupo de estados positivos reales y el grupo de estados negativos reales.

(a) El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de la prueba observada menos 1, y el valor de corte más grande es el valor máximo de la prueba observada más 1. Todos los otros valores de corte son los promedios de dos valores consecutivos observados y ordenados.

En cuanto a otros índices de evaluación del *SPIN* como “prueba diagnóstica” además de la sensibilidad y especificidad, el valor predictivo positivo (proporción de resultados válidos entre los resultados positivos de la prueba) es de 0,327 (20/61), el valor predictivo negativo (proporción de resultados validos entre los negativos) es de 0,00689 (1/145); lo cual, quiere decir que si el resultado de la prueba es positivo, tenemos el 32,7% de probabilidad de que el paciente realmente sea positivo, mientras que si el resultado es negativo, estaremos seguros en un 99% de que realmente su diagnostico final es negativo y el valor global de la proporción de resultados validos entre la totalidad de pruebas efectuadas es 0,1019 (21/206) (Ver tabla 16).

Debemos recordar que los valores predictivos dependen de la prevalencia de la enfermedad a diferencia de la sensibilidad y la especificidad. En enfermedades de prevalencia baja el valor predictivo positivo será menor y el valor predictivo negativo

será mayor, lo contrario será cierto si la prevalencia es elevada. Las situaciones clínicas de extrema prevalencia, alta (mayor del 90%) o baja (menor del 10%), usualmente no se modifican por el resultado de ninguna prueba, aunque ésta sea del mejor rendimiento. Las pruebas son de mayor utilidad en el área de mayor incertidumbre diagnóstica, cuando la probabilidad previa de la enfermedad está alrededor del 50%, y son útiles precisamente para llevar esa probabilidad previa a la prueba a una probabilidad posterior que permita tomar decisiones clínicas con respecto a la presencia o ausencia de enfermedad.

Otra herramienta de evaluación del test es la razón de probabilidades o razón de verosimilitud que compara la probabilidad de encontrar el resultado de la prueba (positivo, negativo) en personas enfermas, con la probabilidad de encontrar ese mismo resultado en personas sin la enfermedad y es independiente de la prevalencia de la enfermedad o trastorno. La razón de probabilidades de la prueba positiva (RP+) es de 4,29 $[(20/20+1) / (41/41+144)]$ (Ver tabla 16), es decir, es cuatro veces más frecuente la prueba positiva (*SPIN* con puntaje de 19 o más) en individuos de 12 a 17 años con trastorno de ansiedad social comparados con individuos del mismo rango de edad sin trastorno de ansiedad social. La razón de probabilidades de la prueba negativa (RP-) es de 0,047 $[(1/20+1)/144/41+144]$, es decir, es 0,0611 veces menos frecuente (o 16 veces menos probable) la prueba negativa (un puntaje del *SPIN* menor de 19) en individuos de 12 a 17 años con trastorno de ansiedad social comparados con individuos del mismo rango de edad sin trastorno de ansiedad social (Ver tabla 16).

Otros indicadores de desempeño del test son el índice de validez o proporción correcta de aciertos (IV), que se ve afectado por la sensibilidad, la especificidad y también por la prevalencia del trastorno, en este caso es de ,796 $[(20+144)/206]$ (Ver

tabla 16). El índice de *Youden* o versión 2 de la probabilidad corregida de detectar enfermedad (IJ), que es la diferencia entre la tasa de verdaderos positivos y de falsos positivos, en este caso es de ,73 [(20/21+144/185)-1] (Ver tabla 16). La prueba diagnóstica perfecta tiene un valor de uno en este índice, de modo que cuanto más sea cercano a uno, mejor es la prueba diagnóstica o test que se evalúa.

Tabla 16. Comparación de resultados de la prueba a evaluar (SPIN) con el diagnóstico verdadero (Evaluación clínica con base en el DSM-IVTR)

	Diagnostico de fobia social positivo	Diagnostico de fobia social negativo	Total
Personas con puntaje de SPIN de 19 y más	20 (VP)	41 (FP)	61
Personas con puntaje de SPIN menor de 19	1 (VN)	144(FN)	145
Total	21	185	206

Nota: (VP): verdaderos positivos
 (VN): verdaderos negativos
 (FP): falsos positivos
 (FN): falsos negativos

El diagnóstico clínico de fobia social en los 206 sujetos seleccionados basado en los criterios del *DSM-IV* no se relaciono estadísticamente con el género ($x^2= ,105$; $N=206$; $df=1$; $p= ,746$), con la edad ($x^2= 5,404$; $N=206$; $df=5$; $p= ,369$) ni con los años de escolaridad ($x^2= 10,226$; $N=206$; $df=7$; $p= ,176$). La fobia social subtipo generalizado (GSP) se presentó en el 5,3% (11/206) y la fobia social subtipo no generalizado (NGSP) se presentó en el 4,9% (10/206).

Al correlacionar el puntaje total y el puntaje de cada ítem del *SPIN* con el rendimiento del *Stroop* emocional en segundos aplicado a los 206 individuos, se observa que todos ellos tienen una correlación positiva y estadísticamente significativa,

es decir, a medida que aumenta el puntaje del *SPIN*, también aumenta el tiempo de latencia en la ejecución del *Stroop* emocional. La correlación global fue de 0,621, con un coeficiente de determinación (r^2) de 0,385. Es decir, la varianza común explicada por ambos test es el 38,5%. Los ítems con índices de correlación mayores de 0,30 (y por tanto que comparten con el *Stroop* emocional una mayor explicación de factores comunes de la varianza), en orden descendente son: 9 (evito actividades en las cuales soy el centro de atención); 15 (el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos); 14 (yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran); 12 (yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado); 16 (evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de la escuela, etc.); 6 (el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas); 5 (ser criticado me asusta mucho); 17 (temblar delante de otros me causa malestar); 13 (los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros); 8 (evito irme a fiestas); y 7 (sudar delante de otro me causa malestar) (Ver tabla 17).

Tabla 17. Correlaciones entre el puntaje total y de cada ítem del SPIN y el rendimiento en segundos del Stroop emocional

		Rendimiento del Stroop emocional en segundos	
Correlación de Pearson	Rendimiento del Stroop emocional en segundos	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (2-colas)	.
		N	206
	1: Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policía	Coefficiente de Correlación	,224(**)
		Sig. (2-colas)	,001
		N	206
	2: me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas	Coefficiente de correlación	,269(**)
		Sig. (2-colas)	,000

		N	206
	3: me asustan las fiestas y eventos sociales	Coefficiente de correlación	,267(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	4: Evito hablar con personas que no conozco	Coefficiente de correlación	,139(*)
		Sig. (2-colas)	,046
		N	206
	5: ser criticado me asusta mucho	Coefficiente de correlación	,356(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	6: el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas	Coefficiente de correlación	,358(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	7: sudar delante de otro me causa malestar	Coefficiente de correlación	,301(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	8: evito irme a fiestas	Coefficiente de correlación	,316(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	9: evito actividades en las cuales soy el centro de atención	Coefficiente de correlación	,479(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	10: hablar con personas que no conozco me asusta	Coefficiente de correlación	,243(**)
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	206
	11: evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente	Coefficiente de correlación	,250(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	12: Yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado	Coefficiente de correlación	,390(**)
		Sig. (2-tcolas)	,000
		N	206
	13: los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros	Coefficiente de correlación	,340(**)
		Sig. (2-colas)	,000

		N	206
	14: Yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran	Coefficiente de correlación	,390(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	15: el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos	Coefficiente de correlación	,397(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	205
	16: Evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de escuela, etc.	Coefficiente de correlación	,360(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	17: temblar delante de otros me causa malestar	Coefficiente de correlación	,355(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206
	Puntaje total del SPIN	Coefficiente de correlación	,621(**)
		Sig. (2-colas)	,000
		N	206

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (2 colas).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (2 colas).

La latencia de ejecución del *Stroop* emocional en los 206 sujetos tiene una mediana de 369 segundos, con una amplitud intercuartil de 180,35 segundos.

El test de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* del tiempo de latencia del *Stroop* emocional fue estadísticamente significativo, lo cual, significa que esta variable no sigue una distribución normal (N= 206; Kolmogorov-Smirnov Z=1,879; p (2-colas)= ,002).

Al utilizar la prueba no paramétrica de *Mann-Whitney* para observar si hubo diferencias estadísticamente significativas de género en el tiempo de latencia de ejecución del *Stroop* emocional, se encontró que no hubo diferencias, al igual que con los años de escolaridad y la edad (Ver tabla 18). Pero si las hubo al comparar los pacientes con puntaje del *SPIN* de 19 y más y los de menos de 19 y entre los clasificados como con fobia social de acuerdo al DSM-IV y los que no (Ver tabla 18).

Tabla 18. Prueba de Mann-Whitney para observar si hubo diferencias de género, años de escolaridad, puntaje del SPIN y fobia social de acuerdo al DSM-IV en el rendimiento del Stroop emocional

Rendimiento en segundos del Stroop emocional	Genero	N	Rango medio	Suma de rangos	Mann-Whitney U	Z	P(2 colas)
	masculino	105	99,71	10470,00	4905,000	-,929	,353
	femenino	101	107,44	10851,00			
	Total	206					
Años de escolaridad							
	De 0-3 años	121	101,06	12228,50	4847,500	-,700	,484
	De 4 a 8 años	85	106,97	9092,50			
	Total	206					
Edad							
	De 12 a 14 años	92	105,40	9696,50	5069,500	-,410	,682
	De 15 a 17 años	114	101,97	11624,50			
	Total	206					
Puntaje del SPIN							
	Menos de 19	145	82,16	11912,50	1327,500	-7,924	,0001
	19 o más	61	154,24	9408,50			
	Total	206					
Diagnostico de Fobia según el DSM-IV							
	Si	21	145,00	3045,00	1071,000	-3,367	,001
	No	185	98,79	18276,00			
	Total	206					

Con el fin de buscar un punto de corte del tiempo de latencia del *Stroop* emocional que permitiera discriminar entre sujetos con un rendimiento normal o anormal de la prueba teniendo en cuenta los individuos con diagnostico clínico de fobia social y sin ella, se calculó la curva ROC y se encontró que la estimación puntual del área bajo la curva fue de 0,724 que como se ve, difiere de 0.5 que sería el mínimo exigible para un método de diagnóstico (Ver tablas 19, 20 y figura 4). El error estándar de esta estimación fue de 0,043, valor que multiplicado por 1,96 (para una confianza del

95%) y sumado y restado de 0,724 nos da el intervalo de confianza con un límite inferior de 0,640 y un límite superior de 0,808 (Ver tabla 20). Con lo cual, podemos afirmar que el área bajo la curva ROC es significativamente mayor que lo mínimo exigible de 0.5; eso se ve confirmado con la significación asintótica que aparece en la tabla 18 ($p= 0,0001$) y que nos permite rechazar la hipótesis nula, concluyendo que el área bajo la curva ROC del tiempo de latencia en la ejecución del *Stroop* emocional para el diagnóstico clínico de fobia social en adolescentes es significativamente distinta de 0.5 y teniendo en cuenta que es una medida global de la exactitud de una prueba, se considera que su valor en este caso indica una exactitud baja, sin embargo, nuestro interés es determinar un punto de corte del *Stroop* emocional que nos permita discriminar entre un resultado normal y un resultado anormal en el grupo de estudio.

En la tabla 21 el punto de corte situado entre 395,8 segundos y 403,9 segundos (399,8) presenta una sensibilidad del 81% y una especificidad entre 56,8% y 57,3%, por lo cual, este se consideraría como discriminante para normalidad o anormalidad de la prueba en esta población.

Tabla 19. Resumen de casos según la entrevista clínica de acuerdo a criterios del DSM-IV

Fobia social clinica segun DSM-IVTR	Valido N (Según lista)
Positive(a)	21
Negative	185

Los valores más altos de la variable de resultado de la prueba (s) indican una evidencia de un estado real positivo.

(a) el estado actual positivo es si.

(b) La variable resultado de la prueba (s): PT tiene al menos un vínculo entre el grupo de estado actual positivo y el grupo de estado actual negativo.

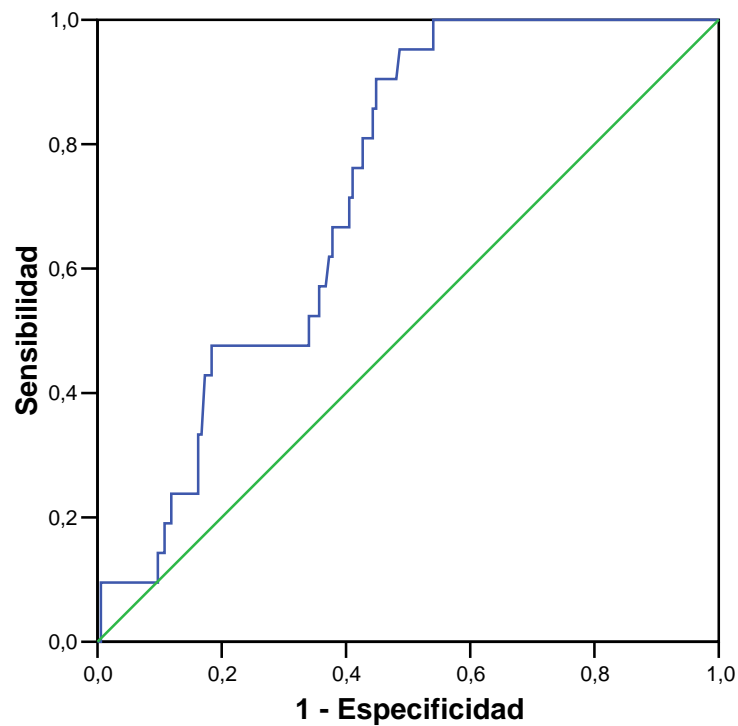


Figura 4. Curva de rendimiento diagnóstico (ROC) del Stroop emocional en los sujetos del estudio

Tabla 20 Área bajo la curva

Prueba de la variable de resultado (s): tiempo de latencia en segundos del Stroop emocional

Área	Error estándar (a)	Asintótica Sig.(b)	Asintótica con intervalo de confianza al 95%	
			Limite inferior	Limite superior
,724	,043	,001	,640	,808

La variable de resultado (s): tiempo de latencia en segundos del Stroop emocional tiene al menos un empate entre el grupo de estados positivos reales y el grupo de estados negativos reales. Los estadísticos pueden estar sesgados.

- (a) En el supuesto de no paramétricas
- (b) Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Tabla 21. Coordenadas de la curva ROC del tiempo de latencia de ejecución del Stroop emocional

Prueba de la variable de resultado (s): tiempo de latencia en segundos en la ejecución del Stroop emocional

Positivo si es mayor o igual que (a)	Sensibilidad	1 – especificidad
214,1000	1,000	1,000
224,7000	1,000	,995
234,6000	1,000	,989
239,4000	1,000	,984
244,8500	1,000	,978
246,3000	1,000	,973
250,3500	1,000	,968
255,4000	1,000	,962
257,0500	1,000	,951
257,4500	1,000	,946
258,4000	1,000	,941
262,2500	1,000	,935
266,6500	1,000	,930
268,3500	1,000	,924
269,1000	1,000	,919
269,4500	1,000	,914
269,6500	1,000	,908
271,2500	1,000	,903
274,0500	1,000	,897
275,5000	1,000	,892
275,9000	1,000	,886
276,2500	1,000	,881
276,4000	1,000	,865
277,3500	1,000	,859
279,7500	1,000	,854
284,0000	1,000	,849
286,9000	1,000	,843
288,0000	1,000	,838
289,3000	1,000	,832
290,5000	1,000	,827
291,5000	1,000	,822
291,7500	1,000	,816
291,9500	1,000	,811
293,7000	1,000	,805
297,7500	1,000	,800
300,5500	1,000	,795
300,9700	1,000	,789
301,1200	1,000	,784
301,2500	1,000	,778
301,4000	1,000	,773
301,6000	1,000	,768

302,1000	1,000	,762
302,6500	1,000	,757
303,4150	1,000	,751
304,2650	1,000	,746
304,5500	1,000	,741
305,0000	1,000	,724
305,5000	1,000	,719
306,1000	1,000	,714
307,0500	1,000	,708
307,5500	1,000	,703
307,7000	1,000	,697
308,0500	1,000	,692
308,4000	1,000	,686
308,7000	1,000	,681
309,0000	1,000	,676
309,2000	1,000	,670
310,1000	1,000	,665
311,6000	1,000	,659
312,9500	1,000	,654
314,6000	1,000	,649
316,1500	1,000	,643
316,9000	1,000	,638
317,3000	1,000	,632
317,7000	1,000	,627
318,6500	1,000	,616
320,3500	1,000	,611
321,4500	1,000	,605
323,0500	1,000	,600
324,6500	1,000	,595
325,2500	1,000	,589
325,7500	1,000	,584
326,2000	1,000	,578
329,0500	1,000	,573
336,3000	1,000	,568
341,3000	1,000	,562
341,8000	1,000	,557
342,3000	1,000	,546
342,5500	1,000	,541
343,2000	,952	,541
344,8000	,952	,535
346,2500	,952	,530
350,0000	,952	,524
354,5500	,952	,519
355,9500	,952	,514
356,8500	,952	,508
357,7500	,952	,503
358,0500	,952	,497
358,5500	,952	,492
359,0000	,952	,486

359,8500	,905	,481
361,0500	,905	,476
363,6000	,905	,470
366,7500	,905	,465
368,2500	,905	,459
369,0000	,905	,454
373,1000	,905	,449
377,5000	,857	,449
378,5000	,857	,443
382,2500	,810	,443
387,5000	,810	,438
395,8500	,810	,432
403,9500	,810	,427
408,7000	,762	,427
412,5000	,762	,422
413,5000	,762	,416
416,2000	,762	,411
419,0000	,714	,411
419,7500	,714	,405
421,4500	,667	,405
423,1000	,667	,400
423,5000	,667	,395
426,1000	,667	,389
429,4500	,667	,384
431,8000	,667	,378
435,4000	,619	,378
438,2000	,619	,373
441,0500	,571	,368
444,4000	,571	,362
447,1500	,571	,357
448,8000	,524	,357
449,3000	,524	,351
449,9000	,524	,346
450,9500	,524	,341
452,2500	,476	,341
452,9500	,476	,335
453,5000	,476	,330
454,2500	,476	,324
455,2500	,476	,319
455,8500	,476	,308
456,7500	,476	,303
457,8500	,476	,297
459,8000	,476	,292
461,8000	,476	,286
465,5000	,476	,276
469,2000	,476	,270
470,8000	,476	,265
472,5000	,476	,259
474,5000	,476	,254

476,2500	,476	,249
476,9000	,476	,243
479,7500	,476	,238
482,5000	,476	,232
484,0500	,476	,227
485,9000	,476	,222
486,9500	,476	,216
487,6000	,476	,211
488,0000	,476	,205
488,6000	,476	,200
489,2000	,476	,195
494,6550	,476	,189
500,6050	,476	,184
501,3000	,429	,184
502,0500	,429	,178
503,5000	,429	,173
504,9500	,333	,168
505,9000	,333	,162
506,5000	,286	,162
508,4500	,238	,162
510,6000	,238	,157
512,1500	,238	,151
514,1500	,238	,146
515,1500	,238	,141
518,2500	,238	,135
521,4500	,238	,130
521,7500	,238	,124
524,4000	,238	,119
529,6000	,190	,119
532,3500	,190	,114
536,7500	,190	,108
541,9000	,143	,108
542,7500	,143	,103
542,9500	,143	,097
543,3500	,095	,097
547,4000	,095	,092
553,4500	,095	,086
559,7500	,095	,081
565,8000	,095	,076
569,4500	,095	,070
579,6500	,095	,065
594,8000	,095	,059
604,6000	,095	,054
609,3000	,095	,049
611,5500	,095	,038
614,4500	,095	,032
618,3500	,095	,027
624,3000	,095	,022
632,7000	,095	,016

643,3500	,095	,011
650,5000	,095	,005
681,9500	,000	,005
713,7000	,000	,000

La variable resultado de la prueba (s): tiempo de latencia en segundos de la ejecución del Stroop emocional tiene al menos un vínculo entre el grupo de estados positivos reales y el grupo de estados negativos reales.

(a) El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de la prueba observada menos 1, y el valor de corte más grande es el valor máximo de la prueba observada más 1. Todos los otros valores de corte son los promedios de dos valores consecutivos observados y ordenados.

Al comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y controles sanos con respecto al puntaje del *SPIN*, se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de fobia social generalizada y no generalizada con los estudiantes sin fobia (controles sanos), pero no así entre los dos grupos de fóbicos (Ver tabla 22, 23 y 25).

Tabla 22. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia

PT (puntaje total SPIN)

Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
2,398	2	203	,094

Tabla 23. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia con respecto al puntaje total del SPIN

PT (puntaje total SPIN)

	Suma de cuadrados	df	Media al cuadrado	F	Sig.
Entre grupos	8279,039	2	4139,520	87,209	,000
Dentro de los grupos	9635,723	203	47,467		
Total	17914,762	205			

Tabla 24. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia con respecto al puntaje total del SPIN

Variable dependiente: PT (puntaje total SPIN)
Scheffe

(I) Fobia social GENERALIZADA según DSM-IV	(J) Fobia social GENERALIZADA según DSM-IV	Diferencia de la media (169)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-6,818	3,010	,079	-14,24	,60
	Estudiantes sin fobia social	17,070(*)	2,237	,000	11,55	22,59
Fobia generalizada	fobia social no generalizada	6,818	3,010	,079	-,60	14,24
	Estudiantes sin fobia social	23,888(*)	2,138	,000	18,62	29,16
Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	fobia social no generalizada	-17,070(*)	2,237	,000	-22,59	-11,55
	Fobia social generalizada	-23,888(*)	2,138	,000	-29,16	-18,62

* La diferencia de la media es significativa en el nivel de <0.05.

Al comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al puntaje de los ítems del *SPIN*, se encontró que el estadístico de Levene fue estadísticamente significativo para el puntaje de los ítems 3, 13,15 y 16, por lo cual, no se asume en ellos la premisa de varianzas similares, en los demás, si se asume esta premisa (Ver tablas 25, 26 y 27). La ANOVA de un factor fue significativa para todos los ítems excepto para el ítem número 17, lo que quiere decir, que hay diferencias en las medias de los puntajes entre los grupos de sujetos comparados (Ver tablas 25, 26 y 27). Al revisar el test de Scheffe (Ver tablas 25, 26 y 27), se encontró lo siguiente:

-Ítem 1: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos con fobia social no generalizada y los estudiantes sin fobia social (controles sanos).

-Ítem 2: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos con fobia social generalizada y los individuos con fobia social no generalizada y los estudiantes sin fobia social (controles sanos).

-Ítem 3: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 4: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 5: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 6: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 7: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 8: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 9: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los tres grupos.

-Ítem 10: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 11: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos con fobia social no generalizada y los sujetos con fobia social generalizada y los estudiantes sin fobia social (controles sanos).

-Ítem 12: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos con fobia social generalizada y los sujetos sin fobia social (controles sanos).

-Ítem 13: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 14: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 15: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos sin fobia social (controles sanos) y los sujetos con fobia social generalizada y fobia social no generalizada.

-Ítem 16: Diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de los sujetos con fobia social generalizada y los sujetos sin fobia social (controles sanos).

Tabla 25. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al puntaje de los ítems del SPIN

	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
Item 1	,103	2	203	,902
Item 2	,640	2	203	,528
Item 3	3,529	2	203	,031

Item 4	,963	2	203	,384
Item 5	,692	2	203	,502
Item 6	,194	2	203	,824
Item 7	2,743	2	203	,067
Item 8	,671	2	203	,512
Item 9	,170	2	203	,844
Item 10	,332	2	203	,718
Item 11	,413	2	203	,662
Item 12	,930	2	203	,396
Item 13	8,595	2	203	,000
Item 14	,634	2	203	,531
Item 15	12,791	2	202	,000
Item 16	5,517	2	203	,005
Item 17	,709	2	203	,494

Tabla 26. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al puntaje total de los ítems del SPIN

		Suma de cuadrados	df	Cuadrado de la media	F	Sig.
Item 1	Entre grupos	10,772	2	5,386	5,914	,003
	Dentro de los grupos	184,879	203	,911		
	Total	195,650	205			
Item 2	Entre grupos	32,193	2	16,097	17,551	,000
	Dentro de los grupos	186,181	203	,917		
	Total	218,374	205			
Item 3	Entre grupos	18,566	2	9,283	11,072	,000
	Dentro de los grupos	170,210	203	,838		
	Total	188,777	205			
Item 4	Entre grupos	39,733	2	19,867	20,155	,000
	Dentro de los grupos	200,092	203	,986		
	Total	239,825	205			
Item 5	Entre grupos	15,168	2	7,584	7,429	,001
	Dentro de los grupos	207,244	203	1,021		
	Total	222,413	205			
Item 6	Entre grupos	54,786	2	27,393	31,963	,000
	Dentro de los grupos	173,976	203	,857		
	Total	228,762	205			
Item 7	Entre grupos	25,872	2	12,936	14,719	,000
	Dentro de los grupos	178,405	203	,879		
	Total	204,277	205			
Item 8	Entre grupos	24,946	2	12,473	12,127	,000
	Dentro de los grupos	208,782	203	1,028		

	Total	233,728	205			
Item 9	Entre grupos	54,860	2	27,430	31,272	,000
	Dentro de los grupos	178,058	203	,877		
	Total	232,917	205			
Item 10	Entre grupos	29,659	2	14,829	16,267	,000
	Dentro de los grupos	185,059	203	,912		
	Total	214,718	205			
Item 11	Entre grupos	63,238	2	31,619	24,966	,000
	Dentro de los grupos	257,097	203	1,266		
	Total	320,335	205			
Item 12	Entre grupos	17,668	2	8,834	7,116	,001
	Dentro de los grupos	252,022	203	1,241		
	Total	269,689	205			
Item 13	Entre grupos	76,185	2	38,092	40,956	,000
	Dentro de los grupos	188,806	203	,930		
	Total	264,990	205			
Item 14	Entre grupos	24,389	2	12,195	11,110	,000
	Dentro de los grupos	222,814	203	1,098		
	Total	247,204	205			
Item 15	Entre grupos	38,844	2	19,422	18,695	,000
	Dentro de los grupos	209,858	202	1,039		
	Total	248,702	204			
Item 16	Entre grupos	27,055	2	13,528	12,797	,000
	Dentro de los grupos	214,595	203	1,057		
	Total	241,650	205			
Item 17	Entre grupos	3,444	2	1,722	1,752	,176
	Dentro de los grupos	199,547	203	,983		
	Total	202,990	205			

Tabla 27. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia con respecto al puntaje de los ítems del SPIN

Scheffe

Variable dependiente	(I) Fobia social GENERALIZADA según DSM-IV	(J) Fobia social GENERALIZADA según DSM-IV	Diferencia de medias (169)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confianza	
						Límite inferior	Límite superior
Item 1	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	,055	,417	,991	-,97	1,08
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,784(*)	,310	,043	,02	1,55

	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	-,055	,417	,991	-1,08	,97
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,729	,296	,050	,00	1,46
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,784(*)	,310	,043	-1,55	-,02
		Fobia social generalizada	-,729	,296	,050	-1,46	,00
Item 2	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-1,264(*)	,418	,012	-2,30	-,23
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,462	,311	,333	-,30	1,23
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	1,264(*)	,418	,012	,23	2,30
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,726(*)	,297	,000	,99	2,46
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,462	,311	,333	-1,23	,30
		Fobia social generalizada	-1,726(*)	,297	,000	-2,46	-,99
Item 3	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,036	,400	,996	-1,02	,95
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,973(*)	,297	,005	,24	1,71
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,036	,400	,996	-,95	1,02
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,009(*)	,284	,002	,31	1,71
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,973(*)	,297	,005	-1,71	-,24
		Fobia social generalizada	-1,009(*)	,284	,002	-1,71	-,31
Item 4	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,645	,434	,333	-1,72	,42
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,073(*)	,322	,005	,28	1,87
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,645	,434	,333	-,42	1,72
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,718(*)	,308	,000	,96	2,48
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-1,073(*)	,322	,005	-1,87	-,28
		Fobia social generalizada	-1,718(*)	,308	,000	-2,48	-,96
Item 5	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,109	,441	,970	-1,20	,98

		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,838(*)	,328	,040	,03	1,65
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,109	,441	,970	-,98	1,20
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,947(*)	,314	,012	,17	1,72
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,838(*)	,328	,040	-1,65	-,03
		Fobia social generalizada	-,947(*)	,314	,012	-1,72	-,17
Item 6	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,527	,404	,429	-1,52	,47
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,405(*)	,301	,000	,66	2,15
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,527	,404	,429	-,47	1,52
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,933(*)	,287	,000	1,22	2,64
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-1,405(*)	,301	,000	-2,15	-,66
		Fobia social generalizada	-1,933(*)	,287	,000	-2,64	-1,22
Item 7	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	,364	,410	,675	-,65	1,37
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,346(*)	,304	,000	,60	2,10
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	-,364	,410	,675	-1,37	,65
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,982(*)	,291	,004	,26	1,70
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-1,346(*)	,304	,000	-2,10	-,60
		Fobia social generalizada	-,982(*)	,291	,004	-1,70	-,26
Item 8	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,018	,443	,999	-1,11	1,07
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,141(*)	,329	,003	,33	1,95
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,018	,443	,999	-1,07	1,11
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,159(*)	,315	,001	,38	1,93
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-1,141(*)	,329	,003	-1,95	-,33
		Fobia social generalizada	-1,159(*)	,315	,001	-1,93	-,38
Item 9	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-1,409(*)	,409	,003	-2,42	-,40

		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,797(*)	,304	,034	,05	1,55
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	1,409(*)	,409	,003	,40	2,42
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	2,206(*)	,291	,000	1,49	2,92
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,797(*)	,304	,034	-1,55	-,05
		Fobia social generalizada	-2,206(*)	,291	,000	-2,92	-1,49
Item 10	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	,000	,417	1,000	-1,03	1,03
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,254(*)	,310	,000	,49	2,02
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,000	,417	1,000	-1,03	1,03
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,254(*)	,296	,000	,52	1,98
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-1,254(*)	,310	,000	-2,02	-,49
		Fobia social generalizada	-1,254(*)	,296	,000	-1,98	-,52
Item 11	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-1,564(*)	,492	,007	-2,78	-,35
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,816	,365	,085	-,08	1,72
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	1,564(*)	,492	,007	,35	2,78
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	2,380(*)	,349	,000	1,52	3,24
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,816	,365	,085	-1,72	,08
		Fobia social generalizada	-2,380(*)	,349	,000	-3,24	-1,52
Item 12	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,400	,487	,714	-1,60	,80
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,735	,362	,129	-,16	1,63
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,400	,487	,714	-,80	1,60
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,135(*)	,346	,005	,28	1,99
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,735	,362	,129	-1,63	,16
		Fobia social generalizada	-1,135(*)	,346	,005	-1,99	-,28
Item 13	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	,155	,421	,935	-,88	1,19

		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	2,089(*)	,313	,000	1,32	2,86
	Fobia generalizada	Fobia social no generalizada	-,155	,421	,935	-1,19	,88
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,935(*)	,299	,000	1,20	2,67
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-2,089(*)	,313	,000	-2,86	-1,32
		Fobia generalizada	-1,935(*)	,299	,000	-2,67	-1,20
Item 14	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,009	,458	1,000	-1,14	1,12
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,132(*)	,340	,005	,29	1,97
	Fobia generalizada	Fobia social no generalizada	,009	,458	1,000	-1,12	1,14
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,142(*)	,325	,003	,34	1,94
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-1,132(*)	,340	,005	-1,97	-,29
		Fobia social generalizada	-1,142(*)	,325	,003	-1,94	-,34
Item 15	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,464	,445	,582	-1,56	,63
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,172(*)	,331	,002	,36	1,99
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,464	,445	,582	-,63	1,56
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,635(*)	,316	,000	,86	2,42
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-1,172(*)	,331	,002	-1,99	-,36
		Fobia social generalizada	-1,635(*)	,316	,000	-2,42	-,86
Item 16	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,773	,449	,230	-1,88	,34
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,722	,334	,099	-,10	1,54
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,773	,449	,230	-,34	1,88
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	1,494(*)	,319	,000	,71	2,28
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,722	,334	,099	-1,54	,10
		Fobia social generalizada	-1,494(*)	,319	,000	-2,28	-,71

Item 17	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,173	,433	,924	-1,24	,90
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,327	,322	,598	-,47	1,12
	Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	,173	,433	,924	-,90	1,24
		sin enfermedad	,500	,308	,270	-,26	1,26
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,327	,322	,598	-1,12	,47
		Fobia social generalizada	-,500	,308	,270	-1,26	,26

* La diferencia media es significativa en el nivel < 0.05.

En el caso de los ítems 3, 13, 15 y 16, cuyo puntaje se asumió como de varianzas desiguales, el test de Kruskal Wallis muestra que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados (fobia social generalizada, fobia social no generalizada, estudiantes sin fobia social-control sano-) (Ver tabla 28 y 29).

Tabla 28. Rangos de los ítems 3, 13,15 y 16 para el test de Kruskal Wallis

	Fobia social Generalizada según DSM-IV	N	Rango Medio
Item 3	fobia social no generalizada	10	148,60
	Fobia generalizada sin enfermedad	11	149,50
	Total	185	98,33
	Total	206	
Item 13	fobia social no generalizada	10	173,05
	Fobia generalizada sin enfermedad	11	163,86
	Total	185	96,15
	Total	206	
Item 15	fobia social no generalizada	10	151,60
	Fobia generalizada sin enfermedad	11	152,95
	Total	184	97,37
	Total	205	
Item 16	fobia social no generalizada	10	138,65
	Fobia generalizada sin enfermedad	11	157,91
	Total	185	98,36
	Total	206	

Tabla 29. Significancia del test Kruskal Wallis (a,b)

	Item 3	Item 13	Item 15	Item 16
Chi-cuadrado	16,686	33,733	18,878	16,190
df	2	2	2	2
P	,000	,000	,000	,000

a Test Kruskal Wallis

b Variable grupo: Fobia social Generalizada según DSM-IV

Al comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al tiempo de latencia del Stroop emocional, se encontró que el estadístico de Levene no fue significativo, por lo cual, se asume la premisa de varianzas similares (Ver tablas 30, 31 y 32). La ANOVA de un factor fue estadísticamente significativa entre los grupos comparados, lo que quiere decir, que hay diferencias en las medias de los tiempos de latencia entre los grupos de sujetos comparados (Ver tablas 30, 31 y 32). Al revisar el test de Scheffe (Ver tablas 30, 31 y 32), se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con fobia social no generalizada y los estudiantes sin fobia social, pero no así entre los dos grupos con fobia social. También se nota que entre los sujetos con fobia social generalizada y los estudiantes sin fobia social (controles sanos) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa estuvo próxima al valor de corte.

Tabla 30. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al tiempo de latencia del Stroop emocional

Tiempo de latencia en segundos del Stroop emocional

Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
2,684	2	203	,071

Tabla 31. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al tiempo de latencia del Stroop emocional

Tiempo de latencia en segundos del Stroop emocional

	Suma de cuadrados	df	Cuadrado de la media	F	Sig.
Entre grupos	123485,961	2	61742,981	5,367	,005
Dentro de grupos	2335294,918	203	11503,916		
Total	2458780,879	205			

Tabla 32. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al tiempo de latencia del Stroop emocional

Variable dependiente: tiempo de latencia en segundos del Stroop emocional
Scheffe

(I) Fobia social Generalizada según DSM-IV	(J) Fobia social Generalizada según DSM-IV	Diferencia de la media (I9)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	14,19818	46,86365	,955	-101,3638	129,7602
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	88,00876(*)	34,82205	,043	2,1404	173,8771
Fobia social generalizada	Fobia social no generalizada	-14,19818	46,86365	,955	-129,7602	101,3638
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	73,81057	33,28654	,088	-8,2714	155,8925
Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-88,00876(*)	34,82205	,043	-173,8771	-2,1404
	Fobia social generalizada	-73,81057	33,28654	,088	-155,8925	8,2714

* La diferencia media es significativa en el nivel < 0.05.

En cuanto a los resultados del Inventario de habilidades sociales (IHS-Del-Prette) aplicado también en los 206 sujetos de la muestra, se encontró que la media del puntaje total fue de 73,23 (D.S.= 19,09), con un puntaje mínimo de 22 y máximo de

121. Según el test de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov*, el puntaje total del *IHS-Del-Prette* y los factores que lo conforman uno, tres y cuatro no fueron estadísticamente significativos, lo cual, significa que dichas variables siguen una distribución normal (Ver tabla 33). Mientras que los factores dos y cinco no tienen distribución normal.

Tabla 33. Test de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* del puntaje total y de los factores del Inventario de habilidades sociales *IHS-Del-Prette*

	Kolmogorov-Smirnov Z	P (2-colas)	Media	DS	N
Puntaje total del IHS-Del-Prette	,822	,509	73,23	19,097	206
F1	1,018	,252	8,0245	3,103	206
F2	1,708	,006	6,5815	2,67422	206
F3	1,224	,100	5,3193	2,68807	206
F4	,899	,394	2,6824	1,40696	206
F5	1,438	,032	,7734	,85199	206

La consistencia interna de los cinco factores del test fue baja (α cronbach= 0,419) y los factores uno, tres y cinco presentaron índices de correlación menores de 0.30, con un aumento en el α cronbach si eliminásemos los factores tres y cinco (Ver tabla 34). Este comportamiento del índice puede deberse a la dimensionalidad del conjunto de ítems de la prueba, al nivel de covariación de los ítems entre sí, a la cantidad de ítems o por el tamaño de muestra, ya que la variabilidad del α cronbach es mayor cuando se tiene un menor tamaño de muestra.

Tabla 34. Resumen de procesamiento de casos para el α cronbach de factores del test *IHS-Del-Prette*

		N	%
Casos	Validos	206	100,0
	Excluidos (a)	0	,0
	Total	206	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Estadísticos Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F1	15,3567	24,699	,190	,411
F2	16,7997	23,948	,347	,244
F3	18,0619	29,150	,131	,442
F4	20,6988	31,150	,450	,275
F5	22,6078	38,336	,107	,429

Al comparar la media del puntaje total del *IHS-Del-Prette* según el género o según el diagnóstico clínico de fobia social de acuerdo al *DSM-IV*, se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas, pero no así al comparar la media con la edad o con los años de escolaridad. En el primer caso la media fue mayor en el grupo de 12 a 14 años comparado con el grupo de 15 a 17 años y en el segundo la media fue mayor en el grupo con cuatro a ocho años de escolaridad que en el grupo de cero a tres años de escolaridad (Ver tablas 35, 36, 37 y 38).

Tabla 35. Comparación de medias del puntaje del *IHS-Del-Prette* según género

	Genero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Puntaje total IHS	masculino	105	72,74	18,253	1,781
	femenino	101	73,73	20,016	1,992

Test de Levene para muestras independientes

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Puntaje total IHS	Equal variances assumed	1,295	,256	-,371	204	,711	-,990	2,667	-6,249	4,269

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferencia de medias	Std. Error Diferencia	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Puntaje total IHS	Equal variances assumed	,118	,731	-2,427	204	,016	-6,482	2,671	-11,748	-1,215
	Equal variances not assumed			-2,418	178,714	,017	-6,482	2,680	-11,771	-1,192

Tabla 38. Comparación de medias del puntaje del *IHS-Del-Prette* según diagnóstico de fobia social de acuerdo al *DSM-IV*

	Fobia social clínica según DSM-IVTR	N	Media	D.S.	Error estándar de la media
Puntaje total IHS	no	185	73,11	18,851	1,386
	si	21	74,29	21,622	4,718

Test de Levene para muestras independientes

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Puntaje total IHS	Equal variances assumed	,468	,495	-,267	204	,790	-1,178	4,408	-9,868	7,513
	Equal variances not assumed			-,239	23,581	,813	-1,178	4,918	-11,337	8,982

El puntaje total del Inventario *IHS-Del-Prette* se correlacionó con el tiempo de latencia de ejecución del *Stroop* emocional pero no así con el puntaje total del *SPIN* (Ver Tabla 39). Sin embargo, el factor uno del *IHS-Del-Prette* se correlacionó positivamente con los ítems 12 y 16 del *SPIN*; el factor cuatro se correlacionó positivamente con el ítem seis del *SPIN*; y el factor cinco se correlacionó positivamente con el ítem 10 del *SPIN* (Ver tabla 40).

Tabla 39. Correlaciones del *IHS-Del-Prette* con el puntaje total del *SPIN* y con el tiempo de latencia de ejecución del *Stroop* emocional

		Puntaje total IHS	PT (puntaje total SPIN)	Rendimiento en segundos del Stroop emocional
Puntaje total IHS	Pearson Correlation	1	,090	,149(*)
	Sig. (2-tailed)	.	,200	,033
	N	206	206	206
PT (puntaje total SPIN)	Pearson Correlation	,090	1	,621(**)
	Sig. (2-tailed)	,200	.	,000
	N	206	206	206
rendimiento en segundos del Stroop emocional	Pearson Correlation	,149(*)	,621(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,033	,000	.
	N	206	206	206

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 40. Correlaciones de los factores del *IHS-Del-Prette* con el puntaje total de los ítems del *SPIN*

		F1	F2	F3	F4	F5
F1	Pearson Correlation	1	,435(**)	-,090	,109	-,157(*)
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,200	,118	,024
	N	206	206	206	206	206
F2	Pearson Correlation	,435(**)	1	,006	,276(**)	-,067
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,929	,000	,341
	N	206	206	206	206	206

F3	Pearson Correlation	-,090	,006	1	,462(**)	,377(**)
	Sig. (2-tailed)	,200	,929	.	,000	,000
F4	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,109	,276(**)	,462(**)	1	,223(**)
F5	Sig. (2-tailed)	,118	,000	,000	.	,001
	N	206	206	206	206	206
Item 1	Pearson Correlation	-,157(*)	-,067	,377(**)	,223(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,024	,341	,000	,001	.
Item 2	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,073	-,091	,059	-,038	,116
Item 3	Sig. (2-tailed)	,297	,195	,400	,586	,095
	N	206	206	206	206	206
Item 4	Pearson Correlation	,046	-,076	-,008	,075	,099
	Sig. (2-tailed)	,512	,278	,910	,281	,158
Item 5	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	-,071	-,135	,074	,115	,081
Item 6	Sig. (2-tailed)	,309	,053	,289	,100	,250
	N	206	206	206	206	206
Item 7	Pearson Correlation	-,008	,036	,036	,045	,097
	Sig. (2-tailed)	,909	,606	,603	,522	,164
Item 8	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,068	,042	,075	,075	-,032
Item 9	Sig. (2-tailed)	,332	,549	,285	,282	,649
	N	206	206	206	206	206
Item 10	Pearson Correlation	,043	-,041	,041	,140(*)	,077
	Sig. (2-tailed)	,539	,559	,559	,045	,274
Item 11	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	-,006	-,135	-,026	,045	,082
Item 12	Sig. (2-tailed)	,928	,053	,707	,518	,244
	N	206	206	206	206	206
Item 13	Pearson Correlation	-,014	-,009	,057	,105	,097

	Sig. (2-tailed)	,843	,894	,412	,134	,163
Item 9	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	-,019	-,072	,113	,061	,124
	Sig. (2-tailed)	,792	,301	,105	,386	,076
Item 10	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,009	,012	,058	,101	,167(*)
	Sig. (2-tailed)	,897	,869	,404	,149	,016
Item 11	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,094	,010	,005	,035	-,088
	Sig. (2-tailed)	,179	,885	,938	,613	,207
Item 12	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,148(*)	,045	-,077	-,021	-,092
	Sig. (2-tailed)	,033	,516	,274	,762	,188
Item 13	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,089	,033	,061	,048	,005
	Sig. (2-tailed)	,203	,642	,387	,494	,943
Item 14	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	-,002	-,073	-,012	,037	,074
	Sig. (2-tailed)	,983	,300	,866	,595	,292
Item 15	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,101	,103	,029	,085	,012
	Sig. (2-tailed)	,150	,140	,684	,228	,861
Item 16	N	205	205	205	205	205
	Pearson Correlation	,162(*)	,062	,082	,042	-,005
	Sig. (2-tailed)	,020	,375	,242	,546	,944
Item 17	N	206	206	206	206	206
	Pearson Correlation	,113	,011	,078	,108	-,013
	Sig. (2-tailed)	,105	,872	,266	,121	,849
	N	206	206	206	206	206

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Entre los individuos que fueron diagnosticados con fobia social de acuerdo con el DSM-IV (21/206) no hubo diferencias estadísticamente significativas de género, edad o años de educación en el puntaje total del *SPIN*, del *IHS-Del-Prette* o del tiempo de latencia de ejecución del *Stroop* emocional. Sin embargo, si hubo diferencias estadísticamente significativas en el ítem 10 del *SPIN* con respecto a la edad y a los años de escolarización (Ver tabla 41, 42 y 43). Del factor F5 del *IHS-Del-Prette* con respecto al género, de los factores F2 y F3 con respecto a la edad y a los años de escolarización (Ver tabla 44 y 45).

Tabla 41. Comparación de medias del puntaje del ítem 10 del SPIN según la edad en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al DSM-IVTR

	Recodificación edad	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Item 10	12-14	6	1,00	,894	,365
	15-17	15	2,40	1,056	,273

Test de Levene para muestras independientes

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Item 10	Equal variances assumed	,312	,583	-2,854	19	,010	-1,400	,491	-2,427	-,373
	Equal variances not assumed			-3,073	10,914	,011	-1,400	,456	-2,404	-,396

Tabla 42. Comparación de medias del puntaje del ítem 10 del SPIN según los años de escolaridad en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al DSM-IV

	Recodificación de educación	N	Mean	D.S.	Error estándar de la media
Item 10	0-3	15	2,40	1,056	,273
	4-8	6	1,00	,894	,365

Test de Levene para muestras independientes

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	p (2-colas)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Item 10	Equal variances assumed	,312	,583	2,854	19	,010	1,400	,491	,373	2,427
	Equal variances not assumed			3,073	10,914	,011	1,400	,456	,396	2,404

Tabla 43. Comparación de medias del factor 5 del IHS-Del-Prette según género en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al DSM-IVTR

	Genero	N	Mean	D.S.	Error estándar de la media
F5	masculino	10	1,1040	,54714	,17302
	femenino	11	,5536	,52194	,15737

Test de Levene para muestras independientes

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	p (2-colas)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
		F5	Equal variances assumed	,018	,895	2,359	19	,029	,55036	,23333
	Equal variances not assumed			2,353	18,596	,030	,55036	,23388	,06012	1,04061

Tabla 44. Comparación de medias de los factores F2 y F3 del IHS-Del-Prette según grupos de edad en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al DSM-IV

	Recodificación edad	N	Mean	D.S.	Std. Error Mean
F2	12-14	6	7,3033	1,19881	,48941
	15-17	15	4,8600	3,60903	,93185
F3	12-14	6	7,5433	1,75987	,71846
	15-17	15	5,0593	2,61375	,67487

Test de Levene para muestras independientes

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	p(2-colas)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
		F2	Equal variances assumed	21,679	,000	1,601	19	,126	2,44333	1,52566
	Equal variances not assumed			2,321	18,786	,032	2,44333	1,05255	,23862	4,64804

F3	Equal variances assumed	2,486	,131	2,126	19	,047	2,48400	1,16822	,03888	4,92912
	Equal variances not assumed			2,520	13,862	,025	2,48400	,98572	,36787	4,60013

Tabla 45. Comparación de medias de los factores F2 y F3 del IHS-Del-Prete según los años de escolarización en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al DSM-IV

	Recodificación de educación	N	Mean	D.S.	Std. Error Mean
F2	0-3	15	4,8600	3,60903	,93185
	4-8	6	7,3033	1,19881	,48941
F3	0-3	15	5,0593	2,61375	,67487
	4-8	6	7,5433	1,75987	,71846

Test de Levene para muestras independientes

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	p (2-colas)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
F2	Equal variances assumed	21,679	,000	-1,601	19	,126	-2,44333	1,52566	-5,63658	,74992
	Equal variances not assumed			-2,321	18,786	,032	-2,44333	1,05255	-4,64804	-,23862
F3	Equal variances assumed	2,486	,131	-2,126	19	,047	-2,48400	1,16822	-4,92912	-,03888
	Equal variances not assumed			-2,520	13,862	,025	-2,48400	,98572	-4,60013	-,36787

Al comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al puntaje total del *IHS-Del-Prette*, se encontró que el estadístico de Levene no fue estadísticamente significativo, por lo cual, se asume la premisa de varianzas similares (Ver tablas 46, 47 y 48). La ANOVA de un factor no fue estadísticamente significativa, lo que quiere decir, que no hubo diferencias en las medias de los puntajes de este test entre los grupos de sujetos comparados (Ver tablas 46, 47 y 48). Al revisar el test de Scheffe (Ver tablas 46, 47 y 48), se encontró igualmente que no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 46. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al puntaje total del Inventario de Habilidades Sociales *IHS-Del Prette*

Puntaje total HIS-Del Prette

Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
,234	2	203	,792

Tabla 47. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al puntaje total del Inventario de Habilidades Sociales *IHS-Del Prette*

Puntaje total *IHS-Del Prette*

	Suma de cuadrados	df	Cuadrado de la media	F	Sig.
Entre grupos	445,312	2	222,656	,608	,545
Dentro de los grupos	74318,965	203	366,103		
Total	74764,277	205			

Tabla 48. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al puntaje total del Inventario de Habilidades Sociales *IHS-Del Prette*

Variable dependiente: Puntaje total *IHS- Del Prette*
Scheffe

(I) Fobia social Generalizada según DSM-IV	(J) Fobia social Generalizada según DSM-IV	Diferencia de medias (169)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-8,945	8,360	,565	-29,56	11,67
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	-3,508	6,212	,853	-18,83	11,81
Fobia generalizada	fobia social no generalizada	8,945	8,360	,565	-11,67	29,56
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	5,437	5,938	,658	-9,21	20,08
Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	3,508	6,212	,853	-11,81	18,83
	Fobia social generalizada	-5,437	5,938	,658	-20,08	9,21

Al comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto a los cinco factores del *IHS-Del-Prette*, se encontró que el estadístico de Levene no fue estadísticamente significativo para los factores uno, dos, tres y cuatro, por lo cual, se asume la premisa de varianzas similares en el puntaje de estos factores, mientras que si fue significativo para el factor cinco (Ver tablas 49, 50 y 51). La ANOVA de un factor no fue estadísticamente significativa para los cinco factores del test, lo que quiere decir, que no hubo diferencias en las medias de los puntajes de dichos factores entre los grupos de sujetos comparados (Ver tablas 49, 50 y 51). Al revisar el test de Scheffe

(Ver tablas 49, 50 y 51), se encontró igualmente que no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 49. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al puntaje a los cinco factores del Inventario de Habilidades Sociales *IHS-Del Prette*

	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
F1	,714	2	203	,491
F2	2,994	2	203	,052
F3	2,747	2	203	,067
F4	,183	2	203	,833
F5	3,936	2	203	,021

Tabla 50. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto a los cinco factores del Inventario de Habilidades Sociales *IHS-Del Prette*

		Suma de cuadrados	df	Cuadrado de la media	F	Sig.
F1	Entre grupos	7,549	2	3,775	,389	,678
	Dentro de grupos	1967,328	203	9,691		
	Total	1974,877	205			
F2	Entre grupos	37,269	2	18,634	2,648	,073
	Dentro de grupos	1428,780	203	7,038		
	Total	1466,049	205			
F3	Entre grupos	4,815	2	2,408	,331	,719
	Dentro de grupos	1476,461	203	7,273		
	Total	1481,276	205			
F4	Entre grupos	7,037	2	3,518	1,791	,169
	Dentro de grupos	398,768	203	1,964		
	Total	405,805	205			
F5	Entre grupos	,062	2	,031	,042	,959
	Dentro de grupos	148,744	203	,733		
	Total	148,805	205			

Tabla 51. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto a los cinco factores del Inventario de Habilidades Sociales IHS-Del Prette

Scheffe

Variables dependientes	(I) Fobia social Generalizada según DSM-IV	(J) Fobia social Generalizada según DSM-IV	Diferencia de medias (169)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confianza	
						Límite inferior	Límite superior
F1	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,37182	1,36020	,963	-3,7260	2,9823
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,40681	1,01070	,922	-2,0855	2,8991
	Fobia social generalizada	fobia social no generalizada	,37182	1,36020	,963	-2,9823	3,7260
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,77863	,96613	,723	-1,6038	3,1610
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,40681	1,01070	,922	-2,8991	2,0855
		Fobia social generalizada	-,77863	,96613	,723	-3,1610	1,6038
F2	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-1,56182	1,15917	,405	-4,4202	1,2966
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	-1,95768	,86132	,078	-4,0816	,1663
	Fobia social generalizada	fobia social no generalizada	1,56182	1,15917	,405	-1,2966	4,4202
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	-,39586	,82334	,891	-2,4262	1,6344
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	1,95768	,86132	,078	-,1663	4,0816
		Fobia social generalizada	,39586	,82334	,891	-1,6344	2,4262

F3	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,12800	1,17836	,994	-3,0337	2,7777
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,43373	,87558	,885	-1,7254	2,5928
	Fobia social generalizada	fobia social no generalizada	,12800	1,17836	,994	-2,7777	3,0337
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,56173	,83697	,799	-1,5022	2,6256
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,43373	,87558	,885	-2,5928	1,7254
		Fobia social generalizada	-,56173	,83697	,799	-2,6256	1,5022
F4	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	-,73236	,61239	,490	-2,2425	,7777
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,08984	,45503	,981	-1,0322	1,2119
	Fobia social generalizada	fobia social no generalizada	,73236	,61239	,490	-,7777	2,2425
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,82220	,43497	,170	-,2504	1,8948
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,08984	,45503	,981	-1,2119	1,0322
		Fobia social generalizada	-,82220	,43497	,170	-1,8948	,2504
F5	Fobia social no generalizada	Fobia social generalizada	,06164	,37401	,987	-,8606	,9839
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,07935	,27791	,960	-,6060	,7647
	Fobia social generalizada	fobia social no generalizada	-,06164	,37401	,987	-,9839	,8606
		Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	,01771	,26565	,998	-,6374	,6728
	Estudiantes sin fobia social (controles sanos)	Fobia social no generalizada	-,07935	,27791	,960	-,7647	,6060
		Fobia social generalizada	-,01771	,26565	,998	-,6728	,6374

En el caso del factor cinco (F5) del *IHS-Del-Prette*, cuyo puntaje se asumió como de varianza desigual, el test de Kruskal Wallis mostró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados (fobia social generalizada, fobia social no generalizada, estudiantes sin fobia social-control sano-) ($\chi^2=,151$; $df=2$; $p=,927$).

CAPITULO 10
DISCUSIÓN

Capítulo 10: Discusión

El perfil de los sujetos del estudio se ajustó al muestreo multietapico que se realizó, el 50% de los jóvenes seleccionados fueron mujeres, no hubo diferencias de edad con respecto al género, pero si se observó que las mujeres tenían un mayor nivel de escolaridad comparadas con los hombres, que podría explicarse por la dinámica poblacional de esta franja de población en la zona urbana de las ciudades de Londrina y São Carlos de las provincias de Paraná y São Paulo, de las regiones Sur y Sudeste de Brasil, o, por una mayor deserción escolar de los hombres, o, por un ingreso a la escuela más retardado en ellos que en las mujeres.

La distribución de los sujetos de acuerdo a sus ciudades de residencia cumplió con la planificación del muestro multietapico que se hizo para el estudio.

Con respecto al puntaje total del *SPIN*, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas según género, sin embargo, si en los ítems dos (me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas) y 15 (el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos) del *SPIN* a favor de las mujeres. Esto es similar a los encontrado en otros estudios en los cuales, en servicios ambulatorios de diferentes clínicas, el trastorno de ansiedad social es más común en jóvenes de sexo masculino (102). Pero, en estudios epidemiológicos, las mujeres son afectadas con mayor frecuencia que los hombres (103). Por otra parte, los ítems en los cuales se presentó la diferencia de género se corresponden con la preocupación constante que experimentan estas personas por la posibilidad de que resulten embarazosas y temen que los demás las vean como personas ansiosas, débiles, “locas” o estúpidas (19-21).

La edad se correlacionó negativamente con el ítem tres (me asustan las fiestas y eventos sociales) y positivamente con los ítems cuatro (evito hablar con personas que no

conozco), seis (el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas), 10 (hablar con personas que no conozco me asusta) y 11 (evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente). La correlación de la edad con el puntaje de estos ítems es de esperarse porque el pico de incidencia del TAS se produce a los 15 años (edad mediana de los sujetos del estudio) (95), en una franja etaria de 13 a 15, que es crítica para el desarrollo personal ya que en ella se desarrollan una serie de habilidades sociales, como el comportamiento de auto-afirmación, entre otros (97), de ahí que la correlación con los descritos del *SPIN* sea mayoritariamente positiva, es decir, al aumentar la edad aumenta el puntaje (mayor gravedad) de los síntomas cognitivos, fisiológicos o conductuales del TAS.

La consistencia interna del *SPIN*, en este grupo etario (12 a 17 años) se considera adecuada ya que el α de Cronbach fue de 0,776, teniendo en cuenta que la validación psicométrica realizada por los autores del instrumento, sobre 353 sujetos con edad promedio de 36 años, demostró una buena consistencia interna (α de Cronbach que vario de 0,82 hasta 0,94) y una buena confiabilidad test-retest, a través del método desarrollado por Bland y Altman en 1986 y el coeficiente de correlación Spearman (que vario de 0,78 a 0,89) (12). Además, en la adaptación al portugués del instrumento para la población de estudiantes adolescentes brasileños, los autores de dicho estudio afirmaron que los conceptos representados en el instrumento se consideraron pertinentes para la cultura brasileña (equivalencia conceptual) y los ítems fueron considerados por ellos, adecuados en cuanto a su capacidad para representar los conceptos que describen en la población brasileña (equivalencia de los ítems) (12). Llama la atención que los ítems con una correlación menor de 0,30 fueron el uno (Tengo miedo de las autoridades: profesores, directores de escuela, policía), el cuatro (Evito hablar con

personas que no conozco) y el siete (sudar delante de otro me causa malestar). De los cuales el único ítem cuya eliminación incrementa el α de Cronbach es el uno, sin embargo, como hace referencia a una de las emociones que expresan con frecuencia las personas con TAS, se considera conveniente dejarlo en el instrumento.

En cuanto a la curva de rendimiento diagnóstico (ROC) del *SPIN*, calculada en una submuestra aleatoria de 206 estudiantes, se encontró que el área bajo la curva fue significativamente distinta de 0.5 y teniendo en cuenta que es una medida global de la exactitud de una prueba, se consideró que su valor en este caso indicaba una exactitud alta. En cuanto al punto de corte del puntaje para la población de adolescentes en la que se aplicó el cuestionario, cuando se fijó dicho punto en 15, según lo propuesto por los autores del estudio (12) para diferenciar fobia social de no fobia social, en adultos (12), la sensibilidad (probabilidad de obtener un resultado positivo cuando el individuo tiene la enfermedad) estimada variaba entre 95,2 y 100% y la especificidad (probabilidad de obtener un resultado negativo cuando el individuo no tiene la enfermedad) entre 57,8 y 64,3%. Pero al fijarlo en 19, la sensibilidad se mantuvo en 95,2% y la especificidad varió entre 77,8 y 81,6%, por lo cual, se consideró este como punto de corte para la población de características similares a la del presente estudio. Sin embargo, los valores de la sensibilidad y de la especificidad con el punto de corte de 19 encontrados en el presente estudio, fueron similares a los encontrados en el estudio (12), que usando como validez de criterio la entrevista clínica, encontraron una sensibilidad que varió de 0,73 a 0,85, y una especificidad de 0,69 a 0,84 con el punto de corte de 15 (12). Es decir, los resultados de ambos estudios demuestran que el *SPIN* tiene una buena capacidad para discriminar entre fóbicos sociales y no fóbicos sociales y es efectivo también para hacer la discriminación del resultado de diferentes formas de tratamiento de TAS (12).

Otros índices calculados de evaluación del *SPIN* como prueba diagnóstica corroboraron la afirmación anterior sobre la capacidad de discriminación del test, así por ejemplo, la razón de probabilidades o razón de verosimilitud que compara la probabilidad de encontrar el resultado de la prueba (positivo, negativo) en personas enfermas, con la probabilidad de encontrar ese mismo resultado en personas sin la enfermedad y es independiente de la prevalencia de la enfermedad o trastorno, dio como resultado una razón de probabilidades de la prueba positiva (RP+) de 4,29, es decir, es cuatro veces más frecuente la prueba positiva (*SPIN* con puntaje de 19 o más) en individuos de 12 a 17 años con trastorno de ansiedad social comparados con individuos del mismo rango de edad sin trastorno de ansiedad social. Mientras que la razón de probabilidades de la prueba negativa (RP-) fue de 0,047, es decir, es 0,0611 veces menos frecuente (o 16 veces menos probable) la prueba negativa (un puntaje del *SPIN* menor de 19) en individuos de 12 a 17 años con trastorno de ansiedad social comparados con individuos del mismo rango de edad sin trastorno de ansiedad social.

En cuanto al diagnóstico clínico de fobia social con la entrevista estructurada con base en el *DSM-IV*, se encontró que el 10,2% de los 206 sujetos entrevistados cumplían con los criterios diagnósticos de fobia social. Lo cual, está acorde con lo encontrado en otros estudios sobre la prevalencia de la fobia social, en los cuales, la prevalencia de vida se estima entre el 2,4 al 16% para población norteamericana y europea (95), o con los resultados de estudios que han determinado la frecuencia de fobia social entre pacientes con trastornos de ansiedad tratados ambulatoriamente (el 10 a 20% presentan fobia social), pero las cifras varían ampliamente de un estudio a otro (92, 96).

Por otra parte, la fobia social subtipo generalizado (SGP) se presentó en el 5,3% de los sujetos, mientras que la de subtipo no generalizado (SNGP) en el 4,9%. Es

importante determinar esta distinción ya que estos dos subtipos difieren en muchos aspectos de la psicopatología. Los pacientes con el SGP tienen ansiedad social más grave, ansiedad generalizada, depresión, inhibición social, miedo a la evaluación negativa, evitación y timidez (143-145). Además, son más propensos a tener deterioro educativo y ocupacional, tienen mayor comorbilidad en el Eje I y diagnósticos más frecuentes en el Eje II, una edad más temprana de inicio e historia más frecuente de timidez infantil (145-147).

Con respecto a la correlación entre el puntaje total del *SPIN* y el tiempo de latencia de ejecución del *Stroop* emocional, se observó una correlación positiva de 0,621 con un coeficiente de determinación (r^2) de 0,385, lo cual quiere decir, que al aumentar el puntaje del *SPIN*, aumenta el tiempo de latencia del *Stroop* emocional y la varianza común explicada por ambos test es del 38,5%. Estos hallazgos están de acuerdo con la mayoría de las teorías cognitivas actuales sobre los trastornos emocionales, que postulan que los individuos ansiosos difieren de los no ansiosos en su funcionamiento atencional (126-128). En el caso concreto de la ansiedad, existen numerosos estudios que señalan que estos individuos suelen mostrar un sesgo selectivo que favorece la atención de la información relacionada con aquello que para ellos es amenazante (126-129). La tarea experimental que más se ha utilizado para apoyar esta hipótesis es la versión modificada del paradigma *Stroop* de nombrar el color (*Stroop* emocional) (130-131).

En el *Stroop* emocional, se presentan palabras con diferente significado emocional para el sujeto, escritas en diversos colores, y se pide a los individuos que nombren lo más rápidamente posible el color en el que están escritas, ignorado su significado (132-133). Los resultados encontrados con esta tarea señalan que los

individuos ansiosos, comparados con los normales, son más lentos en nombrar el color de las palabras amenazantes que el de las neutrales (132-133). Estos mayores tiempos de respuesta parecen deberse a que el significado de la palabra amenazante atrae automáticamente la atención del sujeto ansioso, a pesar de sus esfuerzos por seguir las instrucciones de no tener en cuenta el significado (132-133). Este procesamiento selectivo de la información amenazante se produce en la fobia a las arañas (134-136), en la fobia social (137), en el trastorno de angustia (138), en el trastorno por estrés post traumático (139) y en el trastorno de ansiedad generalizada (140).

Hubo, en un estudio (141), dos hipótesis alternativas planteadas que podrían dar cuenta de la adquisición de este sesgo atencional. La primera hipótesis, que denominaron “hipótesis del sesgo integral”, postula que los sesgos cognitivos son características integrales de los estados emocionales (141). Es decir, que estos sesgos no se adquieren mediante aprendizaje, sino de un modo relativamente complejo, lo cual, reflejaría que existen relaciones integrales entre estados emocionales particulares y mecanismos cognitivos particulares, y que esas relaciones constituyen características fundamentales de nuestra arquitectura mental (141). La segunda hipótesis, denominada “hipótesis del sesgo inferido”, sugiere que la adquisición se realiza mediante un proceso gradual de generalización empírica (141). Es decir, que los sesgos representan el resultado de un proceso de aprendizaje paulatino en el que se forman asociaciones bidireccionales entre estados emocionales particulares y patrones de conducta cognitiva (141).

En un estudio que llevaron a cabo estos autores, encontraron que tanto los niños fóbicos como los no fóbicos no mostraban diferencias en las latencias de respuesta cuando se trataba de nombrar el color de palabras neutrales y de estímulos que no

constituían palabras (141). Sin embargo, cuando se presentaban palabras cuyo contenido estaba relacionado con la amenaza (por ejemplo, palabras relacionadas con situaciones sociales), los niños fóbicos mostraban latencias mayores que los no fóbicos (141). Además, este procesamiento cognitivo sesgado se observaba incluso en niños fóbicos pequeños y la magnitud de este efecto no difería significativamente con niños fóbicos de mayor edad (141). Los autores (141) concluyeron que sus resultados eran consistentes con la “hipótesis del sesgo integral”, ya que tales sesgos aparecían en edades relativamente tempranas (6-7 años) y de un modo similar al que aparecían en edades más avanzadas, lo cual, indicaría que no existe una fase temprana del desarrollo de la fobia en la que la alteración emocional no se acompañe de la distorsión cognitiva (141).

Una evidencia indirecta de esta hipótesis del sesgo integral, puede ser el hallazgo en la presente investigación de no diferencias en el tiempo de latencia de la ejecución del Stroop emocional de acuerdo al género, la edad o los años de escolaridad, pero si de acuerdo al diagnóstico clínico de fobia social con el DSM-IV y a la clasificación de los sujetos de acuerdo al punto de corte de 19 del puntaje del *SPIN* descrito antes.

El hallazgo de los ítems del *SPIN* con índices de correlación con el *Stroop* emocional mayores de 0,30 (y por tanto que comparten con el *Stroop* una mayor explicación de factores comunes de la varianza) y que en orden descendente fueron el nueve (evito actividades en las cuales soy el centro de atención); el 15 (el quedar mal o parecer tonto están entre mis peores miedos); el 14 (yo tengo miedo de hacer cosas cuando las personas me miran); el 12 (yo haría cualquier cosa para evitar ser criticado); el 16 (evito hablar con cualquier autoridad: profesores, director de la escuela, etc.); el seis (el miedo de sentirme mal me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas);

el cinco (ser criticado me asusta mucho); el 17 (temblar delante de otros me causa malestar); el 13 (los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros); el ocho (evito irme a fiestas); y el siete (sudar delante de otro me causa malestar). Es congruente con el hecho de que la sintomatología del trastorno de ansiedad social puede presentarse en los niveles: cognitivo/afectivo, fisiológico y comportamental (73) y que dichas reacciones pueden ser desencadenadas por situaciones de diferente tipo, pero las más frecuentes son el miedo a hablar, comer, beber o escribir en público, miedo a hablar con autoridades, de conocer nuevas personas, de ser observado, de firmar delante de otros, de ser el centro de atención y de interacciones con el sexo opuesto cara a cara (73). En población general, la mayoría de los sujetos con trastorno de ansiedad social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de los casos confiesa tener miedo de hablar con extraños o conocer a gente nueva (32, 74).

Con el fin de definir un punto de corte del *Stroop* emocional para discriminar entre ejecución normal y anormal en sujetos con características similares a los del presente estudio, se calculó la curva ROC para el *Stroop* emocional teniendo en cuenta como prueba de oro la entrevista clínica estructurada del *DSM-IV*, dicho corte se situó en 399,8 segundos (rango entre 395,8 y 403,9), con una sensibilidad del 81% y una especificidad entre 56,8% y 57,3%. Sin embargo, se requeriría de un estudio específico para describir los baremos de esta prueba ya que este no fue uno de los objetivos del presente trabajo.

La comparación de los subtipos de fobia social (generalizada y no generalizada) entre sí y con los sujetos sin este diagnóstico (que se asimilaron a sujetos control) con respecto al puntaje del *SPIN*, encontró diferencias estadísticamente significativas entre

ambos subtipos y el grupo control, pero no entre los mismos subtipos. Esto está de acuerdo con los resultados de algunas investigaciones sobre estos subtipos y habilidades sociales en las cuales, se han encontrado pocas diferencias en dichas conductas entre los subtipos SGP y NGSP que pueden atribuirse a tamaños muestrales pequeños y como resultado, la potencia estadística para detectar diferencias ha sido baja (17, 152).

Al hacer la comparación de estos subgrupos (SGP, NGSP y estudiantes sin fobia social) con respecto al puntaje de los ítems del *SPIN*, se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellos para todos los ítems excepto para el ítem 17. Para todos los ítems hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos sin fobia social (asumidos como controles sanos) y los sujetos con SGP o NSGP. Esto es de esperarse cuando se hace la comparación con un grupo control que se asume como sano. Mientras que para los ítems dos (me quedo incomodo de quedarme rubicundo delante de las personas), nueve (evito actividades en las cuales soy el centro de atención),¹¹ (evito tener que hacer discursos, oposiciones, hablar delante de mucha gente) y 13 (: los latidos fuertes o rápidos del corazón me incomodan cuando estoy cerca de los otros), se encontraron además, diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos diagnosticados de SGP y de NSGP con un mayor puntaje para los primeros, lo cual está de acuerdo con los hallazgos sobre que los pacientes con SGP tienen una presentación de síntomas más complicados y un curso clínico más grave y generalizado (142, 149-150). Los pacientes con el SGP tienen ansiedad social más grave, ansiedad generalizada, depresión, inhibición social, miedo a la evaluación negativa, evitación y timidez (143-145).

Al comparar los subtipos SGP, NGSP y estudiantes sin fobia social con respecto al tiempo de latencia de ejecución del *Stroop* emocional, se encontró que hubo diferencias

estadísticamente significativas entre el subtipo NSGP y el grupo de estudiantes sin fobia social, mientras que entre el subtipo SGP y los estudiantes sin fobia social no hubo diferencias significativas aunque estuvo próxima al nivel de p utilizado como corte. Así mismo, no hubo diferencias entre los subtipos SGP y NSGP. Esto está acorde como se mencionó antes, con la mayoría de las teorías cognitivas actuales que postulan que los individuos ansiosos difieren de los no ansiosos en su funcionamiento atencional (126-128). Existen numerosos estudios que señalan que estos individuos suelen mostrar un sesgo selectivo que favorece la atención de la información relacionada con aquello que para ellos es amenazante (126-129) y la tarea experimental que más se ha utilizado para apoyar esta hipótesis es la versión modificada del paradigma *Stroop* de nombrar el color (el *Stroop* emocional) (130-131).

En cuanto a los resultados del Inventario de Habilidades sociales (*IHS-Del Prette*), la consistencia interna fue baja (α de Cronbach= 0,419) comparada con la encontrada en el estudio original de su validación realizado en población universitaria brasileña, que fue de 0,75 (164), lo cual, puede explicarse porque dicho instrumento a pesar de estar validado en la población brasileña, no está adaptado para la franja de edad de 12 a 17 años. Por otra parte, al analizar los cinco factores del test, se encontró que los factores uno (autoafirmación y hacer frente a los riesgos) , tres (conversación y facilidad social) y cinco (autocontrol de la agresividad) presentaron índices de correlación ítem-total menores 0,30, lo cual, puede deberse a la dimensionalidad del conjunto de ítems del instrumento, al nivel de covariación de los ítems entre sí, a la cantidad de ítems (el test tiene 38 ítems) o al tamaño de la muestra, o a varias de estas razones. Mientras que los factores dos (autoafirmación de la expresión de sentimientos positivos) y cuatro (auto-exposición a los extraños y situaciones nuevas) tuvieron un índice de correlación

ítem-total mayor de 0,30, lo cual, puede ser útil tenerlo en cuenta para una futura adaptación del test a la población adolescente brasileña de 12 a 17 años.

Al comparar la media del puntaje total del *IHS-Del-Prette* según el género o según el diagnóstico clínico de fobia social de acuerdo al *DSM-IV* (fóbicos sociales no fóbicos), se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas, pero si las hubo al comparar la media de dicho test con la edad (12 a 14 años y 15 a 17 años) o con los años de escolaridad (0 a 3 años y 4 a 8 años). En el primer caso la media fue mayor en el grupo de 12 a 14 años y en el segundo la media fue mayor en el grupo con cuatro a ocho años de escolaridad. Teniendo en cuenta que el mayor puntaje en este test se presenta cuando mayor sea el déficit en las habilidades sociales, el hecho de no encontrar diferencias significativas con respecto al género, está acorde con otros estudios en los cuales, no se han encontrado diferencias en el puntaje total de las escalas utilizadas para evaluar las dificultades en las relaciones interpersonales, pero si en los factores que tienen que ver con la interacción con familiares, en los cuales, los hombres tienen más dificultad (170). Con respecto a la no diferencia significativa de acuerdo al diagnóstico clínico de fobia social o no fobia, los datos de diferentes estudios tienen limitaciones como el tamaño de muestra pequeño que hace que la potencia estadística para detectar diferencias significativas sea baja, lo que explica el por qué no se detecten diferencias según el estado clínico en muchos de ellos (17, 152).

El mayor puntaje medio de este test en el grupo de 12 a 14 años y en los estudiantes con un mayor número de años de escolaridad (4 a 8 años), se explica porque la adolescencia es una edad crítica para el desarrollo personal ya que en ella se desarrollan una serie de habilidades sociales, como el comportamiento de autoafirmación, entre otros (97) y las demandas sociales (ocasiones u oportunidades durante

las cuales se espera determinado desempeño social en relación a una o más personas) pueden cambiar con la edad y los años de escolaridad (148).

La no correlación del puntaje total del *IHS-Del Prette* con el puntaje total del SPIN, puede explicarse cómo se mencionó antes, porque a pesar de estar validados ambos instrumentos para la población brasileña, el primero de ellos, no estaba adaptado para la franja de edad de 12 a 17 años. Sin embargo, si se presentó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el factor uno (autoafirmación y hacer frente a los riesgos) del *IHS-Del Prette* con los ítems 12 (haría cualquier cosa para evitar se criticado) y 16 (evito hablar con cualquier autoridad-por ejemplo, profesores, instructores, directores, etc.-) del SPIN, del factor cuatro (auto-exposición a los extraños y situaciones nuevas) con el ítem seis (el miedo de hacer el ridículo me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas) del SPIN y del factor cinco (autocontrol de la agresividad) con el ítem 10 (hablar con extraños me asusta) del SPIN.

Estas correlaciones se explican porque que la heterogeneidad de los miedos dentro de la fobia social tiende a ser vista como un continuo de la gravedad de la fobia social, con un gran número de situaciones que causan miedo asociadas a una mayor dishabilidad funcional, social y psicológica (27-28). Aunque las situaciones pueden ser de diferente tipo, las más frecuentes son el miedo a hablar, comer, beber o escribir en público, miedo a hablar con autoridades, de conocer nuevas personas, de ser observado, de firmar delante de otros y de ser el centro de atención (23-25). La ansiedad social que experimentan estas personas se manifiesta también con síntomas de ansiedad general como palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento y confusión y en casos extremos, se pueden producir crisis de pánico (23-25). Estos individuos dirigen su atención hacia el interior y usan esa

información, de tal manera que sus pensamientos se transforman en causas de la conducta y es precisamente estas conductas las que relacionan los dominios teóricos que examinan ambos test, ya que las habilidades sociales se definen como diferentes clases de comportamientos sociales existentes en el repertorio de un individuo para afrontar de manera adecuada las demandas de situaciones interpersonales (148).

La correlación positiva entre el puntaje total del *IHS-Del-Prette* y el tiempo de latencia del *Stroop* emocional, se explica desde el punto de vista cognitivo, porque la atención focalizada hacia sí mismo y el procesamiento anticipatorio y post-suceso son variables propuestas para explicar la ansiedad social (41-43), por lo cual, selectivamente atienden información negativa acerca de las situaciones sociales; lo que conduce a que generen respuestas frente “a los peligros a los piensan que están expuestos” y generan un conjunto de reacciones cognitivas, conductuales y fisiológicas (63). Entre las reacciones conductuales están las que tienen que ver con las habilidades sociales que integran el repertorio del individuo para afrontar de manera adecuada las demandas de situaciones interpersonales (148).

Con respecto a los pacientes que fueron diagnosticados de fobia social con base en el DSM-IV, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas según el género, los grupos de edad (12 a 14 y 15 a 17 años) y los años de escolaridad (0 a 3 y 4 a 8 años) en el puntaje total del SPIN, del *IHS-Del Prette* o del tiempo de latencia del *Stroop* emocional, lo cual, sugiere que este grupo de pacientes, “como grupo”, es muy homogéneo en cuanto a la sintomatología del trastorno de ansiedad social. Sin embargo, si se presentaron diferencias estadísticamente significativas en algunos ítems del SPIN y en algunos factores del *IHS-Del Prette* según el género, los grupos de edad (12 a 14 y 15 a 17 años) y los años de escolarización (0 a 3 y 4 a 8 años): el ítem 10 del SPIN que hace referencia a “hablar con personas que no conozco me asusta”, presentó una mayor puntuación en el grupo de edad de 15 a 17 años y en el grupo de 0 a 3 años de

escolarización. Este es uno de los miedos más frecuentes que presentan los pacientes con fobia social (23-25) y da la impresión, por estos resultados que puede disminuir con el aumento de los años de escolarización.

La diferencia del factor 5 (F5: autocontrol de la agresividad) del *IHS-Del Prette* según el género y que registró un mayor puntaje en hombres, es de esperarse, ya que en diferentes estudios sobre la impulsividad y la agresividad en población general y en pacientes psiquiátricos ambulatorios, se ha encontrado que es mayor en el género masculino (171-172).

La diferencia del factor 2 (F2: autoafirmación de la expresión de sentimientos positivos) con respecto a los grupos de edad (12 a 14 y 15 a 17 años) y los años de escolarización (0 a 3 y 4 a 8 años), con un mayor puntaje en el grupo de 12 a 14 años y en el grupo de 4 a 8 años de escolarización, probablemente tiene que ver con la edad en la que se da el inicio de la fobia social, ya que la adolescencia es una edad crítica para el desarrollo personal porque en ella se desarrollan una serie de habilidades sociales, como el comportamiento de auto-afirmación, entre otros (97) y el F2 agrupa la expresión de afectos positivos, es decir, retrata demandas interpersonales de expresión de afecto positivo y de afirmación de la autoestima y según los hallazgos, no es afectado por los años de instrucción.

La diferencia del factor 3 (F3: conversación y facilidad social) con respecto a los grupos de edad (12 a 14 y 15 a 17 años) y los años de escolarización (0 a 3 y 4 a 8 años), con un mayor puntaje en el grupo de 12 a 14 años y en el grupo de 4 a 8 años de escolarización, probablemente tiene que ver con que este factor agrupa situaciones sociales que hacen referencia a las habilidades en la conversación, lo que supone un conocimiento de las normas de relacionamiento en lo cotidiano y en esta edad las

demandas sociales (ocasiones u oportunidades durante las cuales se espera determinado desempeño social en relación a una o más personas) cambian con respecto a la infancia (148), con lo cual, en personas con fobia social se puede notar la dificultad para satisfacer esas demandas a medida que avanzan la edad o los años de instrucción.

En general, se puede afirmar que las relaciones entre el SPIN y el *IHS-Del-Prette*, a pesar de que se han dado con algunos de sus ítems y factores, refuerzan la validez de constructo de ambos test, ya que la no relación de los puntajes totales se debió probablemente a que el *IHS-Del-Prette* utilizado en el presente estudio no tuvo una adaptación previa al grupo de adolescentes de 12 a 17 años.

Por último, al comparar los puntajes total y de cada factor del *IHS-Del-Prette* con respecto a los subtipos de fobia social (SGP y NSGP) y los estudiantes sin fobia social diagnosticados clínicamente con base en el DSM-IV, se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellos, lo cual, se puede explicar porque el tamaño de la muestra (206 sujetos), fue pequeño para tener poder de detectar las diferencias o porque el test a pesar de ser validado en población adulta brasileña, no fue previamente adaptado para ser utilizado en el grupo de edad de 12 a 17 años.

CAPITULO 11
CONCLUSIONES

Capítulo 11: Conclusiones

1. La prevalencia de punto del TAS en población adolescente escolarizada brasileña según diagnóstico clínico con base en el DSM-IV es de 10,2%.
2. El punto de corte del test SPIN para el grupo de edad de 12 a 17 años es de 19, con una sensibilidad estimada de 95,2% y una especificidad entre 77,8 y 81,6%.
Lo que demuestra que el SPIN tiene una buena capacidad para discriminar entre fóbicos sociales y no fóbicos sociales en este grupo de edad.
3. Se comprobó el sesgo atencional de los sujetos afectados de TAS a través del tiempo de latencia del *Stroop* emocional, con una correlación positiva entre el SPIN y el *Stroop* emocional de 0,621 y una varianza común explicada de 38,5%.
4. No se presentó una relación entre el puntaje total del SPIN y del *IHS-Del-Prette*, pero sí entre algunos de los ítems del SPIN y algunos factores del *IHS-Del-Prette*, que refuerzan la validez de constructo de ambos test, ya que la no relación de los puntajes totales se debió probablemente a que el *IHS-Del-Prette* utilizado en el presente estudio no tuvo una adaptación previa al grupo de adolescentes de 12 a 17 años.
5. La correlación positiva entre el tiempo de latencia del *Stroop* emocional y el puntaje total del *IHS-Del-Prette*, es de esperarse por la relación que tienen los dominios del sesgo atencional y de las habilidades sociales, ya que la atención focalizada hacia sí mismo y el procesamiento anticipatorio y post-suceso son variables propuestas para explicar la ansiedad social.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

1. Bogels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):168-89.
2. Fernandez KC, Rodebaugh TL. Social anxiety and discomfort with friendly giving. *J Anxiety Disord*. 2011 Apr;25(3):326-34.
3. Gazelle H, Rubin KH. Social anxiety in childhood: bridging developmental and clinical perspectives. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2010 Spring;2010(127):1-16.
4. Stein MB. An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 12:3-8.
5. van Balkom AJ, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Jan;101(1):37-45.
6. Terra MB, Barros HM, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH, et al. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry*. 2006 Nov-Dec;47(6):463-7.
7. Gauer GJ, Picon P, Vasconcellos SJ, Turner SM, Beidel DC. Validation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. *Braz J Med Biol Res*. 2005 May;38(5):795-800.
8. Beidel DC, Ferrell C, Alfano CA, Yeganeh R. The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001 Dec;24(4):831-46.
9. Baptista CA, Loureiro SR, de Lima Osorio F, Zuardi AW, Magalhaes PV, Kapczinski F, et al. Social phobia in Brazilian university students: prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *J Affect Disord*. 2012 Feb;136(3):857-61.
10. de Lima Osorio F, Crippa JA, Loureiro SR. A study of the discriminative validity of a screening tool (MINI-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. *Eur Psychiatry*. 2007 May;22(4):239-43.
11. Osorio Fde L, Crippa JA, Loureiro SR. Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Mar;31(1):25-9.
12. Vilete LM, Coutinho Eda S, Figueira IL. [Reliability of the Portuguese-language version of the Social Phobia Inventory (SPIN) among adolescent students in the city of Rio de Janeiro]. *Cad Saude Publica*. 2004 Jan-Feb;20(1):89-99.
13. Marcin MS, Nemeroff CB. The neurobiology of social anxiety disorder: the relevance of fear and anxiety. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003(417):51-64.

14. Walsh J. Shyness and social phobia: a social work perspective on a problem in living. *Health Soc Work*. 2002 May;27(2):137-44.
15. Chavira DA, Stein MB. The shyness spectrum. *CNS Spectr*. 1999 Nov;4(11):20-9.
16. Higa-McMillan CK, Smith RL, Chorpita BF, Hayashi K. Common and unique factors associated with DSM-IV-TR internalizing disorders in children. *J Abnorm Child Psychol*. 2008 Nov;36(8):1279-88.
17. Frances A. DSM-5 badly flunks the writing test. www.psychiatrytimes.com/dsm-5-badly-flunks-writing-test. 10 de febrero de 2014.
18. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 1992 May;101(2):326-31.
19. Stein MB, Leslie WD. A brain single photon-emission computed tomography (SPECT) study of generalized social phobia. *Biol Psychiatry*. 1996 May 1;39(9):825-8.
20. Greist JH. The diagnosis of social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1995;56 Suppl 5:5-12.
21. Heimberg RG. Assessment and diagnosis of social phobia in the clinic and the community. *Psychol Med*. 2003 May;33(4):583-8.
22. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Nov;57(11):1046-52.
23. Pineles SL, Mineka S. Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *J Abnorm Psychol*. 2005 May;114(2):314-8.
24. Moscovitch DA, Hofmann SG, Suvak MK, In-Albon T. Mediation of changes in anxiety and depression during treatment of social phobia. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Oct;73(5):945-52.
25. Rao PA, Beidel DC, Turner SM, Ammerman RT, Crosby LE, Sallee FR. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behav Res Ther*. 2007 Jun;45(6):1181-91.
26. Tillfors M, Ekselius L. Social phobia and avoidant personality disorder: are they separate diagnostic entities or do they reflect a spectrum of social anxiety? *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009;46(1):25-33.
27. Vriends N, Becker ES, Meyer A, Michael T, Margraf J. Subtypes of social phobia: are they of any use? *J Anxiety Disord*. 2007;21(1):59-75.

28. Vriends N, Becker ES, Meyer A, Williams SL, Lutz R, Margraf J. Recovery from social phobia in the community and its predictors: data from a longitudinal epidemiological study. *J Anxiety Disord*. 2007;21(3):320-37.
29. Lewis-Fernandez R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hofmann SG, Craske MG, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):212-29.
30. Chang SC. Social anxiety (phobia) and east Asian culture. *Depress Anxiety*. 1997;5(3):115-20.
31. Beidel DC, Rao PA, Scharfstein L, Wong N, Alfano CA. Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes. *Behav Res Ther*. 2010 Oct;48(10):992-1001.
32. Manfro GG, Isolan L, Blaya C, Maltz S, Heldt E, Pollack MH. Relationship between adult social phobia and childhood anxiety. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25(2):96-9.
33. Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Jan;42(1):79-86.
34. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: relationship to shyness. *Behav Res Ther*. 1990;28(6):497-505.
35. Ferdinand RF, Dieleman G, Ormel J, Verhulst FC. Homotypic versus heterotypic continuity of anxiety symptoms in young adolescents: evidence for distinctions between DSM-IV subtypes. *J Abnorm Child Psychol*. 2007 Jun;35(3):325-33.
36. Demir T, Karacetin G, Eralp Demir D, Uysal O. Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *Eur Psychiatry*. 2012 Apr 24.
37. Burstein M, He JP, Kattan G, Albano AM, Avenevoli S, Merikangas KR. Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Sep;50(9):870-80.
38. Swinson RP. Social anxiety disorder. *Can J Psychiatry*. 2005 May;50(6):305-7.
39. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1362-70.
40. Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther*. 1998 Apr;36(4):455-70.

41. Thorpe SJ, Salkovskis PM. Phobic beliefs: do cognitive factors play a role in specific phobias? *Behav Res Ther.* 1995 Sep;33(7):805-16.
42. Dilorio C, Dudley WN, Soet J, Watkins J, Maibach E. A social cognitive-based model for condom use among college students. *Nurs Res.* 2000 Jul-Aug;49(4):208-14.
43. Gilles DM, Turk CL, Fresco DM. Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addict Behav.* 2006 Mar;31(3):388-98.
44. Stopa L, Clark DM. Social phobia and interpretation of social events. *Behav Res Ther.* 2000 Mar;38(3):273-83.
45. Mellings TM, Alden LE. Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behav Res Ther.* 2000 Mar;38(3):243-57.
46. Silvia PJ, Allan WD, Beauchamp DL, Maschauer EL, Workman JO. Biased recognition of happy facial expressions in social anxiety. *J Soc Clin Psychol.* 2006;25:585-602.
47. Andrews G, Stewart G, Allen R, Henderson AS. The genetics of six neurotic disorders: a twin study. *J Affect Disord.* 1990 May;19(1):23-9.
48. Beidel DC. Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 17:27-32.
49. Low NC, Cui L, Merikangas KR. Specificity of familial transmission of anxiety and comorbid disorders. *J Psychiatr Res.* 2008 Jun;42(7):596-604.
50. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Lipsitz J, Martin LY, Klein DF. Panic disorder and social phobia: effects of comorbidity on familial transmission. *Anxiety.* 1996;2(4):173-8.
51. Kagan J, Snidman N, McManis M, Woodward S. Temperamental contributions to the affect family of anxiety. *Psychiatr Clin North Am.* 2001 Dec;24(4):677-88.
52. Miers AC, Blöte AW, de Rooij M, Bokhorst CL, Westenberg PM. Trajectories of Social Anxiety during Adolescence and Relations with Cognition, Social Competence, and Temperament. *J Abnorm Child Psychol.* 2012 Jun 22.
53. Hirshfeld-Becker DR. Familial and temperamental risk factors for social anxiety disorder. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2010 Spring;2010(127):51-65.
54. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:235-62.

55. Yoon KL, Fitzgerald DA, Angstadt M, McCarron RA, Phan KL. Amygdala reactivity to emotional faces at high and low intensity in generalized social phobia: a 4-Tesla functional MRI study. *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15;154(1):93-8.
56. Stein MB, Simmons AN, Feinstein JS, Paulus MP. Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *Am J Psychiatry.* 2007 Feb;164(2):318-27.
57. Beaton EA, Schmidt LA, Schulkin J, Antony MM, Swinson RP, Hall GB. Different neural responses to stranger and personally familiar faces in shy and bold adults. *Behavioral Neuroscience.* 2008;122:704-9.
58. Smoller JW, Tsuang MT. Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *Am J Psychiatry.* 1998 Sep;155(9):1152-62.
59. Turner SM, Beidel DC, Wolff PL. Is behavioral inhibition related to anxiety disorders? *Clinical Psychology Reviews.* 1996;16:157-72.
60. Ebstein RP. The molecular genetic architecture of human personality: beyond self-report questionnaires. *Mol Psychiatry.* 2006 May;11(5):427-45.
61. Ebstein RP, Novick O, Umansky R, Priel B, Osher Y, Blaine D, et al. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking. *Nature Genetics.* 1996;12:78-80.
62. Ekman P. Mood, Emotions, and Traits. Ekman P, Davidson RJ, editors. New York: Oxford University Press.; 1994.
63. Graeff FG, Brandão ML. *Neurobiologia das doenças mentais.* São Paulo: Lemos Editorial; 1993.
64. Hettema JM, Neale MC, Myers JM, Prescott CA, Kendler KS. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *Am J Psychiatry.* 2006 May;163(5):857-64.
65. Tancer ME. Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry.* 1993 Dec;54 Suppl:26-30.
66. Bell CJ, Malizia AL, Nutt DJ. The neurobiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;249 Suppl 1:S11-8.
67. Tancer ME, Mailman RB, Stein MB, Mason GA, Carson SW, Golden RN. Neuroendocrine responsivity to monoaminergic system probes in generalized social phobia. *Anxiety.* 1994;1(5):216-23.
68. Warwick JM, Carey P, Van der Linden G, Prinsloo C, Niehaus D, Seedat S, et al. A comparison of the effects of citalopram and moclobemide on resting brain perfusion in social anxiety disorder. *Metab Brain Dis.* 2006 Sep;21(2-3):241-52.

69. Mineka S, Zinbarg R. Conditioning and ethological models of anxiety disorders: stress-in-dynamic-context anxiety models. In: Hope DA, editor. *Perspectives of anxiety, panic, and fear Current theory and research in motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.; 1995. p. 135–210.
70. Mowrer O. *Learning theory and the symbolic processes*. New York: Wiley; 1960.
71. Seligman MEP. Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*. 1971;2:307-20.
72. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Sep;49(9):716-22.
73. Henderson LM, Zimbardo P. Shyness and control: Behavior? Impression on others? "Second Effort"? *Anxiety Disorders Association of America 16th National Conference*; Orlando, Florida.1996.
74. Tillfors M, Furmark T, Ekselius L, Fredrikson M. Social phobia and avoidant personality disorder: one spectrum disorder? *Nord J Psychiatry*. 2004;58(2):147-52.
75. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. A new instrument to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*. 1995;1:73-9.
76. Mathew SJ, Ho S. Etiology and neurobiology of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 12:9-13.
77. Davidson RJ, Marshall JR, Tomarken AJ, Henriques JB. While a phobic waits: regional brain electrical and autonomic activity in social phobics during anticipation of public speaking. *Biol Psychiatry*. 2000 Jan 15;47(2):85-95.
78. LeDoux J. Emotional networks and motor control: a fearful view. *Prog Brain Res*. 1996;107:437-46.
79. Coplan RJ, Arbeau KA, Armer M. Don't fret, be supportive! maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *J Abnorm Child Psychol*. 2008 Apr;36(3):359-71.
80. Asendorpf J. Beyond social withdrawal: Shyness, unsociability and peer avoidance. *Human Development*. 1990;33:250-9.
81. Asendorpf J. Abnormal shyness in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1993;34:1069-81.
82. Rubin KH, Mills RS. The many faces of social isolation in childhood. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec;56(6):916-24.
83. Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC. Social withdrawal in childhood. *Annu Rev Psychol*. 2009;60:141-71.

84. Coplan RJ, Rubin KH, Fox NA, Calkins SD, Stewart SL. Being alone, playing alone, and acting alone: distinguishing among reticence and passive and active solitude in young children. *Child Dev.* 1994 Feb;65(1):129-37.
85. Ladd GW, Mars KT. Reliability and validity of preschoolers' perceptions of peer behavior. *Merrill-Palmer Quarterly.* 1986;15:16-25.
86. Chambless DL, Fydrich T, Rodebaugh TL. Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication? *Depress Anxiety.* 2008;25(1):8-19.
87. Burke RS, Stephens RS. Social anxiety and drinking in college students: a social cognitive theory analysis. *Clin Psychol Rev.* 1999 Aug;19(5):513-30.
88. Dozois DJ, Frewen PA. Specificity of cognitive structure in depression and social phobia: a comparison of interpersonal and achievement content. *J Affect Disord.* 2006 Feb;90(2-3):101-9.
89. Birchwood M, Trower P, Brunet K, Gilbert P, Iqbal Z, Jackson C. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther.* 2007 May;45(5):1025-37.
90. Ahs F, Furmark T, Michelgard A, Langstrom B, Appel L, Wolf OT, et al. Hypothalamic blood flow correlates positively with stress-induced cortisol levels in subjects with social anxiety disorder. *Psychosom Med.* 2006 Nov-Dec;68(6):859-62.
91. Graver CJ, White PM. Neuropsychological effects of stress on social phobia with and without comorbid depression. *Behav Res Ther.* 2007 Jun;45(6):1193-206.
92. Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Russell J, St Clare T, Touyz S. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012 Feb;46(2):118-31.
93. Olivares Rodriguez J, Piqueras Rodriguez JA, Rosa Alcazar AI. [Sociodemographic and psychological features of social phobia in adolescents]. *Psicothema.* 2006 May;18(2):207-12.
94. Picon P. Terapia cognitivo comportamental do trastorno de ansiedade social. In: Caminha RM, Wainer R, Oliveira M, editors. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 129-44.
95. Gauer GJC, Zogbi H, Beidel D, Rodríguez J. Fobia social na infância e adolescência: aspectos clínicos e de avaliação psicométrica. *Revista Psico.* 2006;37(3):263-9.
96. Gultekin BK, Dereboy IF. The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011 Fall;22(3):150-8.

97. D'el Rey GJF, Pacini AC, Chavira DJF. Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*. 2006;11(1):111-4.
98. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 1999 May;29(3):555-67.
99. Terra MB, Figueira I, Athayde L. Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003;25(3):436-43.
100. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Apr;49(4):282-8.
101. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J Anxiety Disord*. 2003;17(5):561-71.
102. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000 Apr;176:379-86.
103. Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22(2(supl)):20-3.
104. Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2005;32(2):73-83.
105. Silverman WK, Rabian B. Rating scales for anxiety and mood disorders. In: Shaffer D, Lucas CP, Richters JE, editors. *Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology*. New York: Guilford; 1999. p. 127–66.
106. Johnson HS, Inderbitzen-Nolan HM, Anderson ER. The Social Phobia Inventory: validity and reliability in an adolescent community sample. *Psychol Assess*. 2006 Sep;18(3):269-77.
107. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. *Social Effectiveness Therapy for Children: A treatment manual*. [Unpublished manuscript]. In press 1998.
108. Kuusikko S, Pollock-Wurman R, Ebeling H, Hurtig T, Joskitt L, Mattila ML, et al. Psychometric evaluation of social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C) and social anxiety scale for children-revised (SASC-R). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Feb;18(2):116-24.
109. Picon P, Gauer GJC, Fachel JMG, Beidel DC, Seganfredo AC, Manfro GG. The portuguese language version of Social Phobia and Anxiety Inventory: analysis of items and internal consistency in a brazilian sample of 1014 undergraduate students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006;55(2):114-9.

110. Picon P, Gauer GJ, Hirakata VN, Haggstrom LM, Beidel DC, Turner SM, et al. Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 Jun;27(2):124-30.
111. Reynolds CR, Richmond BO. What I think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Psychology.* 1978;6:271-80.
112. Spielberger CD. *Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1973.
113. King NJ, Ollier K, Iacuone R, Scuster S, Bays K, Gullone E, et al. Fears of children and adolescents: A cross-sectional Australian study using the Revised-Fear Survey Schedule for children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1989;30(775-784).
114. La Greca AM, Stone W. Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology.* 1993;22:17-27.
115. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol.* 1969 Aug;33(4):448-57.
116. Turner SM, McCanna M, Beidel DC. Validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation scales. *Behav Res Ther.* 1987;25(2):113-5.
117. La Greca AM, Lopez N. Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *J Abnorm Child Psychol.* 1998 Apr;26(2):83-94.
118. Inderbitzen-Nolan HM, Walters KS. Social Anxiety Scale for Adolescents: normative data and further evidence of construct validity. *J Clin Child Psychol.* 2000 Sep;29(3):360-71.
119. García-López LJ, Olivares J, Vera-Villarreal PE. Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población de habla española. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2003;35:151-60.
120. Masia-Warner C, Storch EA, Pincus DB, Klein RG, Heimberg RG, Liebowitz MR. The Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents: an initial psychometric investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Sep;42(9):1076-84.
121. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med.* 2001 Aug;31(6):1025-35.
122. Dos Santos LF, Loureiro SR, de Souza Crippa JA, de Lima Osorio F. Adaptation and initial psychometric study of the self-report version of Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR). *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012 Jul 19.

123. Oakman J, Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Clin Psychol.* 2003 Jan;59(1):149-61.
124. Heimberg RG, Mueller GP, Holt CS, Hope DA, Liebowitz MR. Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy.* 1992;23:53-73.
125. Leary MR, Kowalski RM. The Interaction Anxiousness Scale: construct and criterion-related validity. *J Pers Assess.* 1993 Aug;61(1):136-46.
126. Sportel BE, Nauta MH, de Hullu E, de Jong PJ, Hartman CA. Behavioral Inhibition and Attentional Control in Adolescents: Robust Relationships with Anxiety and Depression. *J Child Fam Stud.* 2011 Apr;20(2):149-56.
127. Massar SA, Mol NM, Kenemans JL, Baas JM. Attentional bias in high- and low-anxious individuals: evidence for threat-induced effects on engagement and disengagement. *Cogn Emot.* 2011 Aug;25(5):805-17.
128. Ehrenreich JT, Gross AM. Biased attentional behavior in childhood anxiety. A review of theory and current empirical investigation. *Clin Psychol Rev.* 2002 Sep;22(7):991-1008.
129. Amir N, Elias J, Klumpp H, Przeworski A. Attentional bias to threat in social phobia: facilitated processing of threat or difficulty disengaging attention from threat? *Behav Res Ther.* 2003 Nov;41(11):1325-35.
130. Andersson G, Westoo J, Johansson L, Carlbring P. Cognitive bias via the Internet: a comparison of Web-based and standard emotional Stroop tasks in social phobia. *Cogn Behav Ther.* 2006;35(1):55-62.
131. Amir N, Freshman M, Foa E. Enhanced Stroop interference for threat in social phobia. *J Anxiety Disord.* 2002;16(1):1-9.
132. Becker ES, Rinck M, Margraf J, Roth WT. The emotional Stroop effect in anxiety disorders: general emotional or disorder specificity? *J Anxiety Disord.* 2001 May-Jun;15(3):147-59.
133. Amir N, McNally RJ, Riemann BC, Burns J, Lorenz M, Mullen JT. Suppression of the emotional Stroop effect by increased anxiety in patients with social phobia. *Behav Res Ther.* 1996 Nov-Dec;34(11-12):945-8.
134. Watts FN, McKenna FP, Sharrock R, Trezise L. Colour naming of phobia-related words. *Br J Psychol.* 1986 Feb;77 (Pt 1):97-108.
135. Watts FN, Trezise L, Sharrock R. Processing of phobic stimuli. *Br J Clin Psychol.* 1986 Nov;25 (Pt 4):253-9.
136. Lavy E, van den Hout M, Arntz A. Attentional bias and spider phobia: conceptual and clinical issues. *Behav Res Ther.* 1993 Jan;31(1):17-24.

137. Hope DA, Rapee RM, Heimberg RG, Dombeck MJ. Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14:177-89.
138. Ehlers A, Margraf J, Davies S, Roth WT. Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition and emotion*. 1988;2:201-19.
139. McNally RJ, Kaspi SP, Riemann BC, Zeitlin SB. Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1990;99:398-402.
140. MacLeod C, Mathews A, Tata C. Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 1986;95:15-20.
141. Martin M, Williams RM, Clark DM. Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? *Behaviour Research and Therapy*. 1991;29(2):147-60.
142. Beidel DC, Turner SM. *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder*. Washington, DC: American Psychological Association Books; 2007.
143. Bruch MA. Familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings. *Clinical Psychology Review*. 1989;9:37-47.
144. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. DSM-III-R subtypes of social phobia. Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis*. 1990 Mar;178(3):172-9.
145. Herbert JD, Hope DA, Bellack AS. Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 1992 May;101(2):332-9.
146. Stemmerger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *J Abnorm Psychol*. 1995 Aug;104(3):526-31.
147. Turner SM, Beidel DC, Borden JW, Stanley MA, Jacob RG. Social phobia: Axis I and II correlates. *J Abnorm Psychol*. 1991 Feb;100(1):102-6.
148. Del Prette A, Del Prette ZAP. *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Rio de Janeiro: Vozes; 2001.
149. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jun;38(6):643-50.
150. Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Keys DJ. Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 1986 Nov;95(4):389-94.

151. Boone ML, McNeil DW, Masia CL, Turk CL, Carter LE, Ries BJ, et al. Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *J Anxiety Disord.* 1999 May-Jun;13(3):271-92.
152. Carter SA, Wu KD. Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic, and depression. *Behav Ther.* 2010 Mar;41(1):2-13.
153. Carter SA, Wu KD. Symptoms of specific and generalized social phobia: an examination of discriminant validity and structural relations with mood and anxiety symptoms. *Behav Ther.* 2010 Jun;41(2):254-65.
154. Clark JV, Arkowitz H. Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychol Rep.* 1975 Feb;36(1):211-21.
155. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment.* New York, NY: Guilford Press; 1995.
156. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med.* 2008 Jan;38(1):3-14.
157. Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Myers VH, Dalrymple K, Nolan EM. Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy.* 2005;36:125-38.
158. Quero S, Baños R, Botella C. Sesgos cognitivos en el trastorno de pánico: Comparación entre el Stroop computerizado y el Stroop con tarjetas. *Psicothema.* 2000;12:165-70.
159. Mattia JJ, Heimberg RG, Hope DA. The revised Stroop color-naming task in social phobics. *Behav Res Ther.* 1993 Mar;31(3):305-13.
160. McNally RJ, Riemann BC, Kim E. Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 1990(28):407-12.
161. Baños RM, Quero S, Botella C. Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2005;5(1):23-42.
162. Williams JMG, Matthews A, MacLeod C. The emotional Stroop task and Psychopathology. *Psychological Bulletin.* 1996;120:3-24.
163. Del Prette ZAP, Del Prette A. *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

164. Del Prette ZAP, Del Prette A, Barreto MCM. Análisis de un Inventario de Habilidades Sociales (IHS-Del- Prette) en una muestra de universitarios. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 1998;14:219-28.
165. Del Prette ZAP, Del Prette A, Barreto MCM. Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: Análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*. 1999;7:27-47.
166. Bandeira M, Neves Costa M, Del Prette ZA, Del Prette A, Gerk Carneiro E. Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia Conductual*. 2000;5:401-19.
167. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders-clinician version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press; 1997.
168. Del-Ben CM, Vilela JA, Crippa JA, Hallak J, Labate CM, Zuardi AW. confiabilidade da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-Versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001;23(3):156-9.
169. Caravati-Jouvencaux A, Launoy G, Klein D, Henry-Amar M, Abeilard E, Danzon A, et al. Health-related quality of life among long-term survivors of colorectal cancer: a population-based study. *Oncologist*. 2011;16(11):1626-36.
170. Eceiza M, Arrieta M, Goñi A. Habilidades Sociales y Contextos de la Conducta Social. *Revista de Psicodidáctica*. 2008;13(1):11-26.
171. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000(407):63-7.
172. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry*. 2004 Mar;161(3):459-65.

ANEXOS

Anexo A

Palabras utilizadas en la tarea Stroop emocional

Amenaza social	Neutras social (muebles)	Amenaza física	Neutras física (papelería)	Positivas	Neutras positivas (cocina)
Timidez	Ventana	Asfixia	Libreta	Sincero	Vaso
Fracaso	Cortina	Angustioso	Cartera	Honesto	Armario
Rechazo	Cuadro	Infarto	Compás	Alegría	Nevera
Torpe	Mueble	Ahogo	Carpeta	Amable	Frutero
Ridículo	Alfombra	Mareo	Goma	Animado	Grifo
Ofensa	Silla	Desmayo	Agenda	Placer	Bayeta
Inferior	Estantería	Vértigo	Papel	Calma	Estropajo
Desprecio	Lámpara	Muerte	Papelería	Relajado	Lavadora
Embarazoso	Persiana	Corazón	Borrador	Contento	Azulejo
Inútil	Recibidor	Enfermedad	Sacapuntas	Agradable	Delantal
Tonto	Televisión	Ambulancia	Bolígrafo	Seguro	Cocina
Humillante	Pared	Ataque	Tintero	Afortunado	Taburete

Anexo B

Inventário de fobia social (SPIN)

Iniciais _____ Idade _____ Sexo _____ Data ___/___/___

Por favor, verifique quanto (com que intensidade) os problemas seguintes incomodaram você durante a última semana. Marque apenas um retângulo para cada problema e esteja certo de que respondeu todos os itens.

	Nada	Um pouquinho	Alguma coisa	Muito	Extremamente
1. Eu tenho medo de autoridades (por exemplo, professores, instrutores, diretor, etc.). (Tengo miedo de autoridades (por ejemplo, profesores, instructor, director, etc.))					
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros. (Me molesta si sonrojo delante de otras personas)					
3. Festas e eventos sociais me assustam. (Fiestas y eventos sociales me asustan)					
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço. (Evito hablar con personas que no conozco)					
5. Ser criticado me assusta muito. (Ser criticado me asusta mucho)					
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas. (El miedo de hacer el ridículo me hace evitar hacer cosas o hablar con otras personas)					
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.					

(Sudar delante de las personas me causa malestar)					
8. Eu evito ir a festas. (Evito irme a fiestas)					
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções. (Evito actividades de ser el centro de las atenciones)					
10. Falar com estranhos me assusta. (Hablar con extraños me asusta)					
11. Eu evito ter que fazer discursos ou palestras (como falar na frente da turma ou para uma platéia). (Evito hacer discursos o conferencias (como hablar delante de una clase o de una audiencia).					
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser criticado. (Haría cualquier cosa para evitar se criticado)					
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros. (Palpitaciones (latidos fuertes o rápidos) del corazón me molestan cuando estoy cerca de las otras personas)					
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando. (Tengo miedo de hacer cosas cuando hay personas que puedan estar mirándome)					
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos. (Sentir vergüenza o parecer estúpido están entre mis peores miedos)					
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (por exemplo, professores, instrutores, director, etc.). (Evito hablar con cualquier					

autoridad (por ejemplo, profesores, instructores, directores, etc.)					
17. Tremar na frente dos outros me causa mal-estar. (Temblar delante de las otras personas me causa malestar)					

Nota: (): **traducción al castellano**

Anexo C

Factores originales de la IHS-Del Prette con sus correspondientes coeficientes alfa

Factores	A Cronbach
<p>F1: Autoafirmación y hacer frente a los riesgos: Reúne ítems que muestran situaciones interpersonales en que la demanda de la reacción del interlocutor se caracteriza principalmente por la afirmación y defensa de sus derechos y de su autoestima, con riesgo potencial de reacción indeseable (posibilidad de rechazo, de replica o de exposición) por parte del interlocutor. Puede considerarse que el F1 evalúa principalmente el concepto de asertividad.</p>	0,96
<p>F2: Autoafirmación de la expresión de sentimientos positivos: Las situaciones agrupadas en este factor, se refieren a la autoafirmación en la expresión de afectos positivos, es decir, retratan demandas interpersonales de expresión de afecto positivo y de afirmación de la autoestima, con un riesgo mínimo de reacción indeseable.</p>	0,86
<p>F3: Conversación y facilidad social: Retratan situaciones sociales neutras (en términos de afecto positivo o negativo) de aproximación con riesgo mínimo de reacción indeseable, demandando, principalmente, habilidades sociales en la conversación, lo que supone conocimiento de las normas de relacionamiento en el cotidiano.</p>	0,81
<p>F4: Auto-exposición a los extraños y situaciones nuevas: Incluye básicamente los ítems de situaciones que involucran el abordaje de personas desconocidas.</p>	0,75
<p>F5: Autocontrol de la agresividad: Reúne ítems que suponen reacción a la estimulación no reforzadora del interlocutor, demandando control de la ira y de la agresividad y un ítem negativamente correlacionado con este factor (el ítem 31-saludar desconocidos), que posiblemente refleja una característica de impulsividad, incompatible con las características de tranquilidad y autocontrol evaluadas</p>	0,74

em esse fator.	
Escala total	0,75

Ítems del IHS-Del-Prette y los factores (F) a los que pertenecen

Ítems	Factor
1. Em um grupo de pessoas desconhecidas, <u>fico à vontade, conversando naturalmente.</u> (En un grupo de personas desconocidas, me quedo a gusto hablando naturalmente)	1
2. Quando um de meus familiares (pais, irmãos mais velhos ou cônjuge) insiste em dizer o que eu devo fazer, contrariando o que penso, <u>acabo aceitando para evitar problemas.</u> (Cuando uno de mis familiares (padre, hermano mayor o pareja) insiste en decirme lo que debo hacer, al revés de lo que pienso, acepto para evitar problemas)	
3. Ao ser elogiado (a) sinceramente por alguém, <u>respondo-lhe agradecendo.</u> (Al recibir un elogio sincero por una persona, le contesto agradeciéndole)	2
4. . Em uma conversação, se uma pessoa me interrompe, <u>solicito que aguarde até eu encerrar o que estava dizendo.</u> (En una conversación, si una persona me interrumpe, le digo que aguarde hasta que yo termine lo que estaba diciendo)	
5. Quando um (a) amigo (a) a quem emprestei dinheiro, esquece-se de me devolver, <u>encontro um jeito de lembrá-lo(a).</u> (Cuando un (a) amigo (a) a quien preste dinero, se olvida de devolvérmelo, encuentro una forma de acordárselo)	1
6. Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, <u>faço menção a isso, elogiando-o(a) na primeira oportunidade.</u> (Cuando una persona me hace alguna cosa que pienso que es buena, aunque que no sea directamente hacia a mi, hago mención a eso, hago elogio a él (ella) en la primera oportunidad)	2
7. Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui apresentado (a), <u>eu mesmo (a) me apresento a essa pessoa.</u> (Cuando siento ganas de conocer a alguien, a quien no fuí presentado (a), yo mismo (a) me presento a esa persona)	1
8. Mesmo junto a conhecidos da escolar ou trabalho, <u>encontro dificuldade em participar da conversação ("enturmar").</u> (Cuando estoy junto a personas desconocidas de la escuela o trabajo, tengo dificultad en participar de la conversación. ("integrarme"))	2
9. <u>Evito fazer exposições ou palestras a pessoas desconhecidas.</u> (Evito hacer exposiciones o ponencias a personas desconocidas)	4
10. Em minha casa, <u>expresso sentimentos de carinho através de palavras e</u>	

<p><u>gestos a meus familiares.</u> (En mi casa, explicito sentimientos de cariño a través de palabras y gestos a mis familiares)</p>	2
<p>11. Em uma sala de aula ou reunião, se o professor ou dirigente faz uma afirmação incorreta, eu <u>exponho meu ponto de vista.</u> (En una clase de asignatura o reunión, si el profesor o el coordinador hace una afirmación incorrecta, yo expreso mi punto de vista)</p>	1
<p>12. Se estiver interessado (a) em uma pessoa para relacionamento sexual, <u>consigo abordá-la para iniciar conversação.</u> (Si tengo interés en una persona para relacionarme sexualmente, logro acercarme para empezar una conversación)</p>	1
<p>13. Em meu trabalho ou em minha escola, se alguém me faz um elogio, <u>fico encabulado (a) sem saber o que dizer.</u> (En mi trabajo o en mi escuela, si una persona me hace un elogio, me quedo avergonzado (a) sin saber lo que decir)</p>	3
<p>14. <u>Faço exposição (por exemplo, palestras) em sala de aula ou no trabalho, quando sou indicado (a).</u> (Hago exposiciones (por ejemplo, ponencias) en clase o en el trabajo, cuando soy asignado)</p>	1 y 4
<p>15. Quando um familiar me critica injustamente, <u>expresso meu aborrecimento diretamente a ele.</u> (Cuando un familiar mío me critica injustamente, le digo directamente a él mi enfado)</p>	1
<p>16. Em um grupo de pessoas conhecidas, se não concordo com a maioria, <u>expresso verbalmente minha discordância.</u> (En un grupo de personas conocidas, si no estoy de acuerdo con la mayoría, expreso verbalmente mi discordancia)</p>	1
<p>17. Em uma conversação com amigos, <u>tenho dificuldade em encerrar a minha participação, preferindo aguardar que outros o façam.</u> (En una conversación con amigos, tengo dificultad para cerrar mi participación, prefiero aguardar que los otros lo hagan)</p>	3
<p>18. Quando um de meus familiares, por algum motivo, me critica, <u>reajo de forma agressiva.</u> (Cuando uno de mis familiares, por algún motivo, me reprocha reacciono de manera agresiva)</p>	5
<p>19. Mesmo encontrando-me próximo (a) de uma pessoa importante, a quem gostaria de conhecer, <u>tenho dificuldade em abordá-la para iniciar conversação.</u> (cuando estoy próximo(a) a una persona importante, a quien me gustaría conocer, tengo dificultad en abordarla para empezar una conversación)</p>	3
<p>20. Quando estou gostando de alguém com quem venho saindo, <u>tomo a iniciativa de expressar-lhe meus sentimentos.</u> (Cuando quiero a la persona, con la que salgo, tomo la iniciativa de expresar a ella mis sentimientos)</p>	1
<p>21. Ao receber uma mercadoria com defeito, <u>dirijo-me até a loja onde a comprei, exigindo a sua substituição.</u> (Al recibir un artículo con defectos, voy hasta la tienda, en la que lo compré y requiero su sustitución)</p>	1

<p>22. Ao ser solicitado (a) por um (a) colega para colocar seu nome em um trabalho feito sem a sua participação, <u>acabo aceitando mesmo achando que não devia.</u> (Al ser requerido(a) por un (a) compañero para poner su nombre en un trabajo hecho sin su participación, lo acepto aunque crea que no debería hacerlo)</p>	3
<p>23. <u>Evito fazer perguntas a pessoas desconhecidas.</u> (Evito hacer preguntas a personas que no conozco)</p>	4
<p>24. <u>Tenho dificuldade em interromper</u> uma conversa ao telefone mesmo com pessoas conhecidas. (Tengo dificultad en interrumpir una conversación por teléfono aun con personas conocidas)</p>	3
<p>25. Quando sou criticado de maneira direta e justa, <u>consigo me controlar admitindo meus erros ou explicando minha posição.</u> (Cuando soy criticado de forma justa y directa, logro controlarme y aceptar mis errores o explicar mi posición)</p>	
<p>26. Em campanhas de solidariedade, <u>evito tarefas que envolvam pedir donativos ou favores a pessoas desconhecidas.</u> (En una campaña de solidaridad, evito tareas en las que esté involucrado solicitar donación o favores a personas desconocidas)</p>	4
<p>27. Se um (a) amigo (a) abusa de minha boa vontade, <u>lhe expreso diretamente meu desagrado.</u> (Si un(a) amigo(a) abusa de mi buena voluntad, expreso a él (ella) mi desagrado)</p>	
<p>28. Quando um de meus familiares (filhos, pais, irmãos, cônjuge) consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, <u>eu o elogio pelo seu sucesso.</u> (Cuando uno de mis familiares (hijo, padre, hermano, pareja) logra alguna cosa importante por la que se empeñó mucho, lo elogio por su éxito)</p>	2
<p>29. Na escola ou no trabalho, quando não compreendo uma explicação sobre algo que estou interessado (a), <u>faço as perguntas que julgo necessárias ao meu esclarecimento.</u> (En La escuela o en el trabajo, cuando no comprendo una explicación sobre un tema que estoy interesado (a), hago las preguntas que pienso serán necesarias para mi esclarecimiento)</p>	1
<p>30. Em uma situação de grupo, quando alguém é injustiçado, <u>reajo em sua defesa.</u> (En una situación de grupo, cuando una persona es agraviada, reacciono en su defensa)</p>	2
<p>31. Ao entrar em um ambiente onde estão várias pessoas desconhecidas, <u>cumprimento-as.</u> (Al llegar a un ambiente donde están varias personas desconocidas, las saludo)</p>	5
<p>32. Ao sentir que preciso de ajuda, <u>tenho facilidade em pedi-la a alguém de meu círculo de amizades.</u> (Al sentir que necesito ayuda, tengo facilidad en pedirla a alguien de mi círculo de amistades)</p>	
<p>33. Quando meu parceiro (a) insiste em fazer sexo sem o uso da camisinha,</p>	

<p><u>concordo para evitar que ele (a) fique irritado(a) ou magoado(a).</u> (Quando mi pareja insiste en hacer sexo sin usar condones, me quedo de acuerdo para evitar que el(a) se quede enojado(a) o lastimado(a))</p>	
<p>34. No trabalho ou na escola, <u>concordo em fazer as tarefas que me pedem e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos.</u> (En mi trabajo o en la escuela, me quedo de acuerdo en hacer las tareas que me solicitan y que no son de mi obligación, aun cuando siento que hay abuso en esos pedidos)</p>	
<p>35. Se estou sentindo-me bem (feliz), <u>expresso isso para as pessoas de meu círculo de amizades.</u> (Si me siento muy bien (feliz), lo expreso a las personas de mi círculo de amigos)</p>	2
<p>36. Quando estou com uma pessoa que acabei de conhecer, <u>sinto dificuldade em manter um papo interessante.</u> (Cuando estoy con una persona que conocí hace poco, siento dificultad en mantener una charla interesante)</p>	3
<p>37. Se preciso pedir um favor a um (a) colega, <u>acabo desistindo de fazê-lo.</u> (Si necesito solicitar un favor a un (a) compañero, termino por desistir de hacerlo)</p>	3
<p>38. <u>Consigo "levar na esportiva" as gozações de colegas de escola ou de trabalho a meu respeito.</u> (consigo no quedarme enfadado con las bromas que mis colegas de la escuela o del trabajo hacen hacia a mí)</p>	5

Anexo D

Consentimiento informado para participación de adolescentes (formulario para los padres de familia)

Yo, _____
como padre/madre de mi hijo, quien ha sido invitado a entrar en un estudio sobre ansiedad social he sido informado que la Universidad de Salamanca en España junto con la Universidad Estadual de Londrina, Londrina provincia de Paraná, Brasil están realizando una investigación de prevalencia de ansiedad social entre adolescentes. Se me informó que dentro de la investigación, a las personas que participan se les realizarán evaluaciones a través de un test, al igual que evaluaciones clínicas.

Yo he decidido libremente como tutor de mi hijo que participe en el estudio.

Se me ha explicado que la participación es enteramente voluntaria y que mi hijo puede retirarse voluntariamente en cualquier momento del estudio, sin que esto le ocasione algún tipo de sanción.

Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno y que se espera que el beneficio del estudio sea recibido por la comunidad mediante el conocimiento ganado.

Entiendo que la información obtenida será tratada de manera confidencial y que mi hijo no será personalmente identificado en los resultados del estudio.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda acerca del estudio en este momento. Sé que si en futuro tuviera alguna duda del mismo puedo contactar a Josiane Cecilia Luzia en el Departamento de Psicología General y Análisis del Comportamiento de la Universidad Estatal de Londrina, Londrina-Paraná, Brasil en el teléfono (043) 33714227.

Firma del padre

Firma del testigo

RG.No

RGNo

Anexo E
Tablas

Tabla 1. Distribución del género de los sujetos del estudio.....	66
Tabla 2. Comparación de medias para muestras independientes de la edad según género.....	67
Tabla 3. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes	68
Tabla 4. Comparación de medias para muestras independientes de los años de escolaridad según género.....	70
Tabla 5. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes.....	70
Tabla 6. Tests de Normalidad del puntaje total del SPIN y de cada uno de sus ítems.....	71
Tabla 7. Prueba de Mann-Whitney para observar si hubo diferencias de género en los puntajes total y de cada ítem de la escala SPIN.....	72
Tabla 8. Puntaje medio de los distintos ítems del SPIN según género en la muestra estudiada.....	74
Tabla 9. Correlaciones entre la edad y el puntaje de los distintos ítems del SPIN en la muestra estudiada.....	76
Tabla 10. Resumen de procesamiento de los casos.....	78
Tabla 11. Estadísticos de confiabilidad.....	78
Tabla 12. Estadísticas ítem-total.....	79
Tabla 13. Resumen de casos según la entrevista clínica de acuerdo a criterios del DSM-IVTR.....	82
Tabla 14. Área bajo la curva.....	82
Tabla 15. Coordenadas de la curva ROC de los puntajes del SPIN.....	82
Tabla 16. Comparación de resultados de la prueba a evaluar (SPIN) con el diagnostico verdadero (Evaluación clínica con base en el DSM-IVTR).....	85
Tabla 17. Correlaciones entre el puntaje total y de cada ítem del SPIN y el rendimiento en segundos del Stroop emocional.....	86
Tabla 18. Prueba de Mann-Whitney para observar si hubo diferencias de género, años de escolaridad, puntaje del SPIN y fobia social de acuerdo al DSM-IV en el rendimiento del Stroop emocional.....	89
Tabla 19. Resumen de casos según la entrevista clínica de acuerdo a criterios del DSM-IV.....	90
Tabla 20 Área bajo la curva.....	91
Tabla 21. Coordenadas de la curva ROC del tiempo de latencia de ejecución del Stroop emocional.....	92
Tabla 22. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia..	96
Tabla 23. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia con respecto al puntaje total del SPIN.....	96
Tabla 24. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia con respecto al puntaje total del SPIN.....	97
Tabla 25. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia	99

(controles sanos) con respecto al puntaje de los ítems del SPIN.....	
Tabla 26. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al puntaje total de los ítems del SPIN.....	100
Tabla 27. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia con respecto al puntaje de los ítems del SPIN.....	101
Tabla 28. Rangos de los ítems 3, 13,15 y 16 para el test de Kruskal Wallis.....	106
Tabla 29. Significancia del test Kruskal Wallis (a,b).....	107
Tabla 30. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al tiempo de latencia del Stroop emocional.....	107
Tabla 31. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al tiempo de latencia del Stroop emocional.....	108
Tabla 32. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al tiempo de latencia del Stroop emocional.....	108
Tabla 33. Test de normalidad de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> del puntaje total y de los factores del Inventario de habilidades sociales <i>IHS-Del-Prette</i>	109
Tabla 34. Resumen de procesamiento de casos para el α cronbach de factores del test <i>IHS-Del-Prette</i>	109
Tabla 35. Comparación de medias del puntaje del <i>IHS-Del-Prette</i> según género.....	110
Tabla 36. Comparación de medias del puntaje del <i>IHS-Del-Prette</i> según edad.	111
Tabla 37. Comparación de medias del puntaje del <i>IHS-Del-Prette</i> según años de escolarización.....	111
Tabla 38. Comparación de medias del puntaje del <i>IHS-Del-Prette</i> según diagnostico de fobia social de acuerdo al <i>DSM-IV</i>	112
Tabla 39. Correlaciones del <i>IHS-Del-Prette</i> con el puntaje total del <i>SPIN</i> y con el tiempo de latencia de ejecución del <i>Stroop</i> emocional.....	113
Tabla 40. Correlaciones de los factores del <i>IHS-Del-Prette</i> con el puntaje total de los ítems del <i>SPIN</i>	113
Tabla 41. Comparación de medias del puntaje del ítem 10 del <i>SPIN</i> según la edad en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al <i>DSM-IVTR</i>	116
Tabla 42. Comparación de medias del puntaje del ítem 10 del <i>SPIN</i> según los años de escolaridad en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al <i>DSM-IV</i>	117
Tabla 43. Comparación de medias del factor 5 del <i>IHS-Del-Prette</i> según género en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al <i>DSM-IVTR</i>	117
Tabla 44. Comparación de medias de los factores F2 y F3 del <i>IHS-Del-Prette</i> según grupos de edad en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al <i>DSM-IV</i>	118
Tabla 45. Comparación de medias de los factores F2 y F3 del <i>IHS-Del-Prette</i>	119

según los años de escolarización en los individuos diagnosticados con fobia social de acuerdo al <i>DSM-IV</i>	
Tabla 46. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al puntaje total del Inventario de Habilidades Sociales <i>IHS-Del Prette</i>	120
Tabla 47. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto al puntaje total del Inventario de Habilidades Sociales <i>IHS-Del Prette</i>	120
Tabla 48. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al puntaje total del Inventario de Habilidades Sociales <i>IHS-Del Prette</i>.....	121
Tabla 49. Test de Homogenidad de varianzas para comparar los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto al puntaje a los cinco factores del Inventario de Habilidades Sociales <i>IHS-Del Prette</i>.....	122
Tabla 50. ANOVA de un factor comparando los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia social (controles sanos) con respecto a los cinco factores del Inventario de Habilidades Sociales <i>IHS-Del Prette</i>.....	122
Tabla 51. Test de Scheffe para comparaciones múltiples, ANOVA de un factor para los grupos de fobia social generalizada, fobia social no generalizada y estudiantes sin fobia (controles sanos) con respecto a los cinco factores del Inventario de Habilidades Sociales <i>IHS-Del Prette</i>.....	123

Anexo F
Figuras

Figura 1. Histograma de la edad-	67
Figura 2. Histograma de los años de educación de los sujetos del estudio	69
Figura 3. Curva de rendimiento diagnóstico (ROC) del <i>SPIN</i> en los sujetos del estudio.....	80
Figura 4. Curva de rendimiento diagnóstico (ROC) del <i>Stropp</i> emocional en los sujetos del estudio.....	91