



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Máster

Diferencias entre la Fobia social frente al especificador de actuación social del DSM-5

Alumno: Verónica García Trujillo

Tutor: Prof. D. Luis Joaquín García López

Junio, 2016

Índice

Resumen.....	Pág. 2
Introducción.....	Pág. 3
Estudio empírico	
Objetivos e hipótesis de estudio.....	Pág. 8
Participantes.....	Pág. 9
Diseño y procedimiento de investigación.....	Pág. 10
Instrumentos de evaluación.....	Pág. 11
Resultados.....	Pág. 13
Discusión.....	Pág. 35
Conclusiones.....	Pág. 38
Implicaciones clínicas.....	Pág. 39
Limitaciones y líneas futuras.....	Pág. 40
Referencias.....	Pág. 41

Resumen

El trastorno de ansiedad social, o fobia social, es uno de los trastornos más comunes en la adolescencia. Las personas experimentan un miedo excesivo e irracional ante diferentes situaciones sociales a las que han de exponerse, pensando en que pueden ser humilladas o avergonzadas. El DSM-5 diferencia a los sujetos con fobia social de los que tienen el especificador de “solo actuación”. El objetivo del presente estudio es examinar las diferencias existentes entre adolescentes con: a) fobia social pero únicamente el especificador de actuación social; b) fobia social, tanto de interacción como de actuación; c) fobia social, pero sin la presencia del especificador, y d) sujetos controles sanos (ausencia de cualquier trastorno), en variables tales como: el sexo, los niveles de sintomatología de ansiedad social y depresión, la calidad de vida entre las 4 condiciones; y entre las dos primeras para, adicionalmente, las variables: edad de inicio del trastorno de ansiedad social, la gravedad de éste, la comorbilidad con otros trastornos. Además, y con el fin de profundizar en los datos, un objetivo adicional es evaluar si la presencia de comorbilidad o bien si el adolescente exhibe un trastorno puro, juega un papel en la presencia del especificador frente al trastorno completo o sujetos controles sanos. Los resultados mostraron que existen diferencias entre los adolescentes con el especificador de actuación social frente a los adolescentes con fobia social sin la presencia del especificador, así como, con los sujetos controles sanos y con los sujetos con fobia social tanto de actuación como de interacción, en todas las variables citadas anteriormente excepto en la calidad de vida. Sin embargo, cuando se hicieron los estudios atendiendo a si el trastorno es puro o comórbido, existen diferencias en algunas variables, pero en su mayoría, se mostró ausencia de diferencias.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad social, especificador “solo actuación”, fobia social sin especificador, trastorno puro y trastorno comórbido.

ABSTRACT

Social anxiety disorder, or social phobia, is one of the most common disorders in adolescence. People experience excessive and irrational fear of social situations to which should be exposed, thinking they can be humiliated or embarrassed, so often these individuals avoid social situations or face them with a very high level discomfort or anxiety. The DSM-5 differentiates social phobic of those specifier "only performance". The aim of this study is to examine the differences between adolescents with: a) social phobia but only the specifier “only performance”; b) social phobia, both interaction and performance; c) social phobia, but

without the presence of the specifier, and d) healthy control subjects (absence of any disorder), variables such as: gender, levels of symptoms of social anxiety and depression, the quality of life among the 4 conditions, and between the first two to additionally variables: age of onset of social anxiety disorder, the severity of this, comorbidity with other disorders. Furthermore, in order to deepen the data, an additional objective is to assess whether the presence of comorbidity or if the teen exhibits a pure disorder, plays a role in the presence of the specifier against full disorder or healthy control subjects. The results showed that there are differences between adolescents with the specifier "only performance" against adolescents with social phobia without the presence of specifier, and with the healthy control subjects and subjects with social phobia both performance and interaction, in all variables above mentioned except quality of life. However, when studies by whether the disorder is pure or comorbid, there are differences in some variables, but mostly showed no differences were made.

Keywords: Social anxiety disorder, specifier "only-performance" social phobia without specifier, pure disorder and comorbid disorder.

Introducción

La fobia social, o también llamado trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo (el cual es totalmente desproporcionado a la amenaza) en respuesta a una o más situaciones sociales donde la persona considera que está expuesta al escrutinio o la evaluación negativa por parte de los demás. Este miedo puede ser de tres tipos: interacción social (como por ejemplo mantener una conversación), ser observado (por ejemplo, al comer o beber) y miedo a la actuación social (por ejemplo a dar una charla en público). Además, estas situaciones de miedo intenso llevan a que las personas con ansiedad social eviten las situaciones sociales temidas o las soporten con gran malestar o ansiedad; lo que interfiere marcadamente en la vida de las personas con este trastorno (Bados, 2015).

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son los siguientes (APA, 2014):

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p.ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p.ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p.ej., dar una charla).

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación social no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Con respecto al DSM-IV-TR se observa que se ha eliminado el criterio de que las personas mayores de 18 años tienen que reconocer su ansiedad como excesiva o irracional, y ahora se considera que la ansiedad tiene que ser desproporcionada para la amenaza que implica la situación y para el contexto sociocultural. Otro cambio es que se extiende la duración de al menos 6 meses a todas las edades; se permite que el miedo, la ansiedad o la evitación estén relacionados con una condición médica, siempre que no sea demasiado

excesivo. Lo más característico para nuestro estudio es la desaparición del subtipo de fobia social generalizada y la aparición del especificador “sólo actuación”. Por último, a diferencia del DSM-IV-TR, esta quinta edición requiere que si aparecen ataques de pánico junto con el trastorno de ansiedad social se apunte como: “trastorno de ansiedad social con ataques de pánico” (Bados, 2015; Bögels et al., 2010; Eapen y Crnec, 2014; Heimberg et al., 2014). También ha habido un cambio conceptual, es decir, el DSM-IV-TR empleaba el término “fobia social” y ahora, el DSM-5 lo llama “trastorno de ansiedad social”, aunque se sigue aceptando el término fobia social (Bögels et al., 2010).

El diagnóstico del trastorno de ansiedad social, ha ido cambiando en los últimos 25 años, desde su aparición en el DSM-III, publicado en 1980. En el DSM-III las fobias y los trastornos de ansiedad eran considerados dos tipos diferentes de trastornos de ansiedad, estando la fobia social considerada dentro de las fobias (Bögels et al. 2010), ya que distinguía entre fobia social, fobia específica y agorafobia (Marks y Gelder, 1966). En el DSM-III-R, existía un especificador (en ese momento se denominaba “subtipo”) que indicaba la presencia o ausencia del “subtipo generalizado” (Bögels et al., 2010). Este subtipo estaba caracterizado porque la persona con fobia social temía la mayoría de situaciones sociales (Heimberg et al. 2014). Las personas que cumplían los criterios para la ansiedad social, pero no cumplían los criterios del “subtipo generalizado”, se les denominaba ansiedad social “no generalizada o específica” (Bögels et al., 2010).

Existe mucha controversia en el estudio de los subtipos de la fobia social, ya que algunos autores opinan que el subtipo generalizado estaba más enfocado a la cantidad de situaciones temidas sin llegar a un consenso claro en cuanto al número de situaciones sociales que describen “la mayoría de situaciones”. Además, algunos estudios sugieren que el especificador generalizado sirve más bien para indicar la gravedad en un continuo (Bögels et al, 2010; Hofmann, 2000; Knappe, Beesdo-Baum, Fehm, Stein y Wittchen, 2011; Rapee, 1995; Rapee y Spence, 2004; Ruscio, 2010; Stein, Torgrud y Walker, 2000a; Vriends et al., 2007; Vriends, Becker, Meyer, Michael y Margraf, 2007), mientras que otros autores apuestan por diferencias cualitativas entre los subtipos en cuanto a comorbilidad, etiología y tipo de situaciones temidas (Carter y Wu, 2010; Hook y Valentiner, 2002; Knappe et al. 2011). Existen además estudios que indican la existencia de adolescentes que cumplen los criterios de fobia social pero tienen sólo miedos de actuación (Knappe et al., 2011; Stein, Laine y Walker, 2000b; Stein, Walker y Folder, 1996). Algunos estudios sugieren que los

individuos que tienen temores de actuación son más propensos a mostrar una respuesta fisiológica más elevada (mayor frecuencia cardíaca) frente a otros individuos con trastorno de ansiedad social (Boone et al., 1999; Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Levin et al., 1993). Por otra parte, al comparar los individuos con miedo de actuación frente a otros individuos con ansiedad social generalizada, no se ha encontrado que la primera tenga una base genética, además de tener una edad de inicio más tardía (Blöte, Kint, Miers y Westenberg, 2009; Bögels et al., 2010). A partir de las críticas realizadas al subtipo generalizado del DSM-IV-TR, surge el subtipo “solo actuación” en el DSM-5, el cual parece ser un grupo diferente dentro de los individuos con fobia social.

Algunos estudios sitúan la edad de inicio de la fobia social entre los 10 y los 16.6 años (Magee et al., 1996; Wittchen y Fehm, 2001). Concretamente, el período de alto riesgo se sitúa desde los 9 años hasta la tercera década de vida (Beesdo et al., 2007), aunque es muy extraño encontrar casos de fobia social que tengan su aparición después de los 20 años (Wittchen y Fehm, 2001).

Con respecto a la etiología de la fobia social, la evidencia sugiere que los pacientes con miedos de actuación social tienen más experiencias sociales traumáticas en comparación con los sujetos con fobia social generalizada (Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995). Sin embargo, solo en el 15% de los casos, las experiencias traumáticas coincidían con el inicio de la fobia social (para una revisión, véase Bögels et al., 2010), lo que indica que las condiciones podrían no jugar un papel principal en su etiología. Con respecto a los sujetos generalizados, los que poseen únicamente temores de actuación, tienen menos conflictos maritales entre sus padres, menos abuso físico y sexual y menos probabilidad de repetir un curso a una edad temprana o de abandonar la escuela secundaria (Chartier, Walker y Stein, 2001). Por último, es necesario mencionar, que la timidez y el comportamiento inhibido parecen no estar relacionados con la fobia social específica o de actuación (Schawartz, Snidman y Kagan, 1999).

La fobia social es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la adolescencia, soliendo situarse la prevalencia en adolescentes y jóvenes adultos en el 12'1% en Estados Unidos (Kessler et al., 2005a) y 6'7% en países europeos (Fehm et al., 2005). Alrededor del 13% de la población, cumple los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social en algún momento de su vida (Beesdo et al., 2007; Kessler et al., 1994). Las estimaciones de

prevalencia varían entre los estudios debido a las estrategias de muestreo y de evaluación (Knappe, Sasagawa y Creswell, 2015), a los criterios diagnósticos utilizados (DSM vs. CIE), así como a la cultura de la ansiedad social (Kleinknecht et al., 1997; Nagata et al., 2013).

Respecto a las diferencias de sexo, en niños y adolescentes se observa una tendencia mayor de las mujeres a desarrollar el trastorno de ansiedad social (70%) con respecto a los varones (Sandín, 1997). Las investigaciones revelan que los niños y las niñas comparten los mismos miedos sociales (García-López, Ingles y García-Fernández, 2008a; Ingles et al., 2010b).

El trastorno de ansiedad social normalmente tiene una alta comorbilidad con otros trastornos de salud mental, en adolescentes es más la regla que la excepción (Ranta, La Greca, García-López y Marttunen, 2015). Los trastornos comórbidos más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes son otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de consumo de sustancias y trastornos somatomorfos (Beesdo-Baum et al., 2012; Coles et al., 2006; Fu et al., 2007; Rogers et al., 1996). Sin embargo, hay muy pocos estudios que han estudiado la comorbilidad de la fobia social en adolescentes (Essau, Condradt y Petermann, 1999). La tasa de comorbilidad encontrada en la fobia social es de 33% (Ranta, La Greca, García-López y Marttunen, 2015). Tres trastornos de ansiedad: la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica, tienden a ser agrupados juntos debido a su alto nivel de comorbilidad. La depresión mayor tiene que ser descartada al principio de detectar que los adolescentes cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad tales como trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico, comórbidos con la fobia social (García-López, Bonilla y Muela, 2015a). Entre los trastornos de ansiedad, la fobia social es más común que aparezca junto con fobias específicas, agorafobia, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada, (Alonso et al., 2004; Kessler et al., 2005b; Lampe et al., 2003; Merikangas et al., 2002), tanto en adolescentes como en adultos (Costello et al., 2003).

Estudio empírico

Objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo del presente artículo es observar si existen diferencias entre los sujetos que tienen fobia social (sin el especificador) frente a aquellos que tienen únicamente el especificador “solo actuación”, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5, así como al comparar éstos con sujetos controles sanos y con sujetos con fobia social tanto de interacción como de actuación (fobia social completa).

La primera hipótesis de la que partimos, es que existirán diferencias significativas entre los adolescentes con fobia social sin especificador y los que tienen únicamente el especificador de “actuación social” con respecto a diferentes aspectos: sexo, edad de inicio, puntuaciones CSR de la ADIS-5, comorbilidad con otros trastornos, puntuaciones del SPAI-B, puntuaciones del CDI, puntuaciones de la SASA y puntuaciones del KIDSCREEN. De la misma manera, se hipotetiza que existirán diferencias significativas entre los sujetos con fobia social tanto de interacción como de actuación y los sujetos controles sanos en las distintas dimensiones comentadas anteriormente.

Atendiendo a la literatura de la fobia social, cabe partir de la hipótesis de que los adolescentes con fobia social sin especificador, informarán de una edad de inicio más temprana que aquellos que son diagnosticados del especificador “solo actuación”. Así también, se hipotetiza que los primeros tendrán unas puntuaciones CSR más altas que los segundos. En cuanto a la comorbilidad, nuestra hipótesis apunta a que los sujetos con fobia social sin especificador, estarán más expuestos a sufrir otros trastornos junto con la fobia social, frente a los que son diagnosticados del especificador “solo actuación”. Por último, con respecto a las puntuaciones de diferentes escalas de medida, la hipótesis de partida apuntaría a que la fobia social sin especificador tendrá puntuaciones mayores en escalas como SPAI-B, CDI y SASA, y puntuaciones menores en la escala de calidad de vida KIDSCREEN, frente a los sujetos con el especificador de actuación social, los sujetos controles sanos y los sujetos con fobia social completa.

Por último, los sujetos con fobia social comórbida mostrarán más síntomas de ansiedad social y depresivos, y una peor calidad de vida que aquellos con fobia social pura, independientemente de que tengan el especificador o no.

Participantes

La muestra está formada por 116 sujetos (51.7% chicas) con edades comprendidas entre los 14 y 18 años, con una media de edad de 15.37 (DT= 1.14), de nacionalidad española, excepto un sujeto que es de otra nacionalidad, y todos ellos residentes en la ciudad de Jaén (Andalucía) y matriculados en centros públicos y privados de dicha ciudad.

Con respecto a los trastornos principales, 66 sujetos (56.9%) son controles sanos y 50 (43.10%) tienen fobia social. De esos 50 con fobia social, 40 tienen fobia social sin especificador (80%) y 10 de ellos tienen el especificador “solo actuación” (20%). Esto se puede observar en la figura 1.

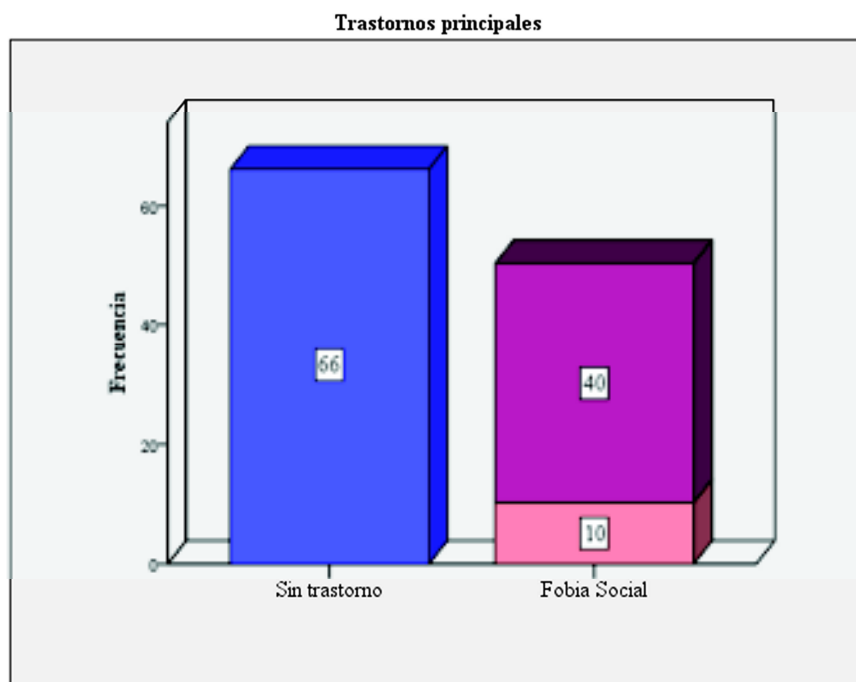


Fig. 1. Trastornos principales

Entre los sujetos con fobia social sin especificador, se encuentran 9 varones (22.5%) y 31 mujeres (77.5%). Entre los sujetos que tienen el especificador “solo actuación” encontramos 4 varones (40%) y 6 mujeres (60%). Por último, entre los sujetos sin trastorno encontramos 43 varones (65.2%) y 23 mujeres (34.8%).

Teniendo en cuenta la comorbilidad de la fobia social, hay que decir que 15 de los sujetos (37.5%) con fobia social sin especificador son puros, es decir, no presentan ningún

trastorno comórbido. Por otra parte, 7 de los sujetos (70%) con el especificador de “solo actuación”, también son puros.

Por último, es importante destacar que las edades de inicio de la fobia social sin especificador oscilaron entre los 5 y los 17 años, con una media de edad de 7.43 (DT=3.62) mientras que las edades de inicio del especificador “solo actuación” fluctuaron entre los 3 y los 15 años, con una media de edad de 11.40 (DT=3.24).

Diseño y procedimiento de investigación

En una primera fase, se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados y se seleccionaron aleatoriamente centros públicos y privados. Una vez determinados los centros del estudio, se seleccionaban aleatoriamente aulas por centro. Posteriormente a la obtención de los consentimientos del niño y de sus padres o representante legal, se inició la fase de detección de los adolescentes con fobia social. Durante los meses de noviembre a enero, se aplicaron colectivamente las pruebas de tamizado o “screening” una vez obtenidos los consentimientos. Se administraron a esta muestra diana medidas de autoinforme adaptadas y estandarizadas para ser aplicadas en grupo, seleccionadas de entre aquellas que con mayor probabilidad minimicen la inclusión de falsos positivos y maximicen la inclusión de los sujetos con fobia social. En concreto, el SPAI-B y SAS-A, las cuales han mostrado ser las mejores para la fase de screening (García-López, Saez-Castillo, Beidel y La Greca, 2015). También se administraron el CDI y el Kidscreen, para medir síntomas depresivos y calidad de vida. Atendiendo a sus puntos de corte, se seleccionaron aquellos sujetos con elevada probabilidad de presentar TAS. Tanto en esta fase como en la siguiente, a los alumnos se les entregó un consentimiento paterno en el que se describía sucintamente los objetivos del proyecto y se pidió permiso a los padres para la participación de su hijo/a. Este consentimiento, así como las cuestiones de confidencialidad han sido aprobados por la Comisión de Ética de la Universidad de Jaén.

En una segunda fase, se administró individualmente la entrevista diagnóstica ADIS-5-C/P a aquellos que habían superado el punto de corte, así como a una población control con similar tamaño muestral. El uso de la población control es evitar la estigmatización de asistir a una clase y entrevistar únicamente a los alumnos con alta probabilidad de presentar ansiedad social al haber superado los puntos de corte del SPAI-B y SAS-A. Para ello, nuestro equipo citó tanto a los sujetos detectados como a un número igual de alumnos con baja probabilidad de ansiedad a fin de evitar una posible estigmatización. En cada centro escolar se realizaron

las tareas de evaluación. Ello consistió en acudir a las aulas en donde se encontraban los alumnos detectados. Individualmente, se realizó para cada alumno una entrevista personal (ADIS-5). Para ello, el centro escolar proporcionó aulas o despachos a fin de realizar esta fase (p.ej. despacho de orientación). Una vez detectados los alumnos con fobia social se tuvo una reunión con sus padres, en presencia de uno o más miembros del equipo directivo y del departamento de orientación del centro, a fin de informarles pormenorizadamente y solicitarles su participación en el estudio. A partir de ese momento, se establecieron las fechas de evaluación con los padres mediante teléfono.

Instrumentos de evaluación

Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, versiones niño y padres (The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5 : Child and Parent Versions; ADIS-5-C/P; Albano and Silverman, 2016): Es la entrevista más utilizada para evaluar los trastornos de ansiedad en los jóvenes de 6 a 17 años. Se deriva de la ADIS de adultos (Brown y Barlow 2013), y está organizada de acuerdo con los trastornos de ansiedad del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (5ª edición, DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Aunque está concebida para diagnosticar trastornos de ansiedad, también evalúa los trastornos afectivos y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Además, incluye preguntas de selección para una amplia gama de otros trastornos (abuso de sustancias, trastornos esquizofrénicos, trastornos alimentarios, trastornos somatomorfos). Son incluidas también preguntas sobre la escuela y las formas en las que los jóvenes se relacionan con sus iguales (incluyendo mensajes de texto y redes sociales). La versión de los padres incluye categorías adicionales tales como trastornos de conducta y trastorno negativista desafiante, así como preguntas de cribado para otros trastornos, incluyendo enuresis, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos del aprendizaje. Para cada diagnóstico hay varias preguntas para evaluar el trastorno, la duración de éste y la interferencia en la vida diaria, utilizando una escala tipo Likert de 9 puntos. Para confirmar el diagnóstico, el menor y/o el padre debe puntuar al menos 4 (bastante) en el trastorno. La versión anterior, es decir, la ADIS-IV C/P (Silverman y Albano, 1996) ha demostrado una excelente fiabilidad test-retest, y una excelente fiabilidad a la hora de distinguir entre los diagnósticos de ansiedad social, fobia específica y ansiedad generalizada; y es altamente confiable para distinguirlos tanto en niños, como en la información de los padres (Silverman et al. 2001). Su validez ha sido también estudiada para el trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social (Wood et al. 2002), demostrando una buena validez.

Inventario de ansiedad y fobia social, forma breve (*Social Phobia and Anxiety Inventory, Brief form*, SPAI-B; García-López, Hidalgo et. al, 2008b): Uno de los cuestionarios más empleados internacionalmente y que posee buenas propiedades psicométricas es el SPAI (Inventario de ansiedad y fobia social; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Se trata de una escala de 45 ítems que se distribuyen en dos subescalas: Ansiedad social (32 ítems) los cuales miden las tres dimensiones de la ansiedad social: motora, psicofisiológica y cognitiva; y Agorafobia (13 ítems). Sigue una escala tipo Likert de siete puntos. El problema de esta escala era la longitud, la cual podía tener efectos nocivos a la hora de administrar la prueba. Por ello diferentes autores (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001; García-López, Olivares y Vera-Villaroel, 2003; Herbert, Bellack y Hope, 1991; Ries et al., 1998) desarrollaron una versión abreviada del SPAI, la cual estaba validada para adolescentes. Esta escala consta de 16 ítems en formato Likert de cinco puntos, equivalente a la forma original y buenas propiedades psicométricas, y juega con la ventaja de una menor longitud. Posee una consistencia interna excelente ($\alpha=.92$) (García-López, Beidel, Muela & Espinosa, 2015b), así como una adecuada estabilidad temporal a los seis meses ($r=0,60$) y fuertes correlaciones con el SPAI original ($r=0,88$) como con la “Escala de ansiedad social para adolescentes” (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, SAS-A; La Greca y García-López, 1998), tanto en su puntuación total ($r=0,76$) como en sus tres subescalas. El punto de corte se sitúa en 23.62 para los sujetos con fobia social sin especificador, y 23 para los sujetos con el especificador en población adolescente (García-López et al., 2015b).

Inventario de depresión para niños (*Children's Depression Inventory*, CDI; Del Barrio y Carrasco, 2004; Kovacs et al., 1983): Es un autoinforme que mide los síntomas depresivos en niños y adolescentes de entre 7 y 17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado. Consta de 27 ítems puntuados en una escala tipo Likert. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia y otros trastornos psiquiátricos. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva. El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de screening se sitúa en 19 puntos, mientras que en un caso clínico el punto de corte se posiciona en 12 puntos (Del Barrio et al., 1999).

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescents*, SAS-A; La Greca y López, 1998): Esta escala evalúa las experiencias de ansiedad social y el

miedo a la evaluación negativa de los adolescentes en el contexto de las relaciones con los iguales. Está formada por 22 ítems (de los cuales cuatro son neutros, no contabilizados para el total), evaluados a través de una escala tipo Likert de cinco puntos (1= de ninguna manera a 5= todas las veces). Está compuesta por tres subescalas: 1) el “Miedo a la evaluación negativa” (*Fear of Negative Evaluation*, FNE); 2) el “Malestar y la evitación social específicos en situaciones novedosas” (*Social Avoidance and Distress Specific to New Situations*, SAD-N) y 3) el “Malestar y la evitación social generalizados” (*Generalized Social Avoidance and Distress*, SAD-G). Existe una versión para adolescentes y otra para padres. Posee buenas propiedades psicométricas: consistencia interna ($\alpha=0'70$). La consistencia interna de la SAD-N suele ser más baja ($\alpha=0'71$ a $0'76$) que la de la SAS-A total ($\alpha=0'89$ a $0'91$), teniendo la SAD-G y la FNE valores intermedios ($\alpha=0'81$ a $0'85$) (Ingles, La Greca, Marzo, García-López y García-Fernández, 2010a). El punto de corte se posiciona en 48 puntos (García-López, Sáez-Castillo, Beidel y La Greca, 2015c).

Por último, hay que mencionar los Cuestionarios de Calidad de vida para niños y adolescentes (Quality of life questionnaires for children and adolescents, KIDSCREEN; The KIDSCREEN group, 2006): Los instrumentos KIDSCREEN fueron diseñados para abordar la calidad de vida de la salud de niños y/o adolescentes. Se utiliza con niños y adolescentes entre 8 y 18 años. Existen diferentes versiones: KIDSCREEN-52, KIDSCREEN-27 y KIDSCREEN-10. El instrumento que se empleó en este estudio fue el KIDSCREEN-27, el cual mide 5 dimensiones de calidad de vida: el bienestar físico; el bienestar psicológico; las relaciones con los padres y la autonomía; el apoyo social y los iguales; y el entorno escolar. Los participantes tienen que contestar pensando en la última semana, y tiene una duración de unos 10-15 minutos aproximadamente. Los valores de consistencia interna de este instrumento, varían de manera satisfactoria entre $0'78$ (relaciones con los padres y autonomía) y $0'84$ (apoyo social e iguales) (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Resultados

Los análisis estadísticos usados para la obtención de los resultados fueron la X^2 , la *t* de student y la *u* de Mann-Whitney, usando cada una de acuerdo a las dimensiones estudiadas en cada momento. También se usó la *d* de cohen (para pruebas paramétricas). Todos estos estudios fueron realizados con el programa estadístico SPSS Statistics 22.

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

En cuanto a los estudios sobre sexo, no existieron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador y los sujetos con el especificador de actuación social habiendo obtenido los siguientes resultados $X^2(1,50)=1.2$, $p=.259$. Sin embargo, se observó una tendencia de las mujeres frente a los hombres a sufrir ansiedad social, como puede verse en la Tabla 1.

En relación a las edades de inicio, los resultados demostraron diferencias significativas, con un alto tamaño del efecto, entre los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=7.43$, $DT=3.62$) en comparación con adolescentes que presentan fobia social pero únicamente el especificador ($M=11.40$, $DT=3.24$), $t(48)=3.16$, $p=.003$, $d=1.16$.

Respecto a las puntuaciones CSR, que miden la gravedad del trastorno, se hallaron diferencias significativas con un alto tamaño del efecto, entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=5.85$, $DT=1.94$) y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador, ($M=4.6$, $DT=0.84$), $t(48)=1.98$, $p=.054$, $d=0.83$.

En el estudio de las diferencias entre los subtipos con respecto a la comorbilidad, los datos revelaron la presencia de diferencias significativas, con un elevado tamaño del efecto, entre los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=2.05$, $DT=1.08$) y los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador ($M=1.3$, $DT=0.48$) con respecto al número total de trastornos, $t(48)=2.12$, $p=.039$, $d=0.89$. Sin embargo, a la hora de estudiar las diferencias entre los subtipos con cada trastorno de la ADIS-5 C/P, no se observaron diferencias significativas.

Al realizar el estudio de las diferencias con respecto a las puntuaciones del SPAI-B observamos que existieron diferencias significativas entre los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=32.17$, $DT=10.96$) y los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador ($M=23.49$, $DT=7.21$), $t(48)=2.37$, $p=.022$, $d=0.93$; así como también entre la fobia social sin especificador ($M=32.17$, $DT=10.96$) y los sujetos controles sanos ($M=12.24$, $DT=7.59$), $t(103)=10.99$, $p<.001$, $d=2.11$; entre los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador ($M=23.49$, $DT=7.21$) y los sujetos controles sanos ($M=12.24$, $DT=7.59$), $t(73)=4.39$, $p<.001$, $d=1.52$; y por último también se encontraron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social de interacción y de actuación, ($M=30.43$, $DT=10.84$), y los sujetos controles sanos ($M=12.24$, $DT=7.59$), $t(83.80)=10.11$, $p<.001$,

$d=1.94$. Los datos sugieren un patrón distintivo de modo que se puede observar cómo se reduce el tamaño del efecto en la condición de adolescentes con fobia social completa.

En relación al CDI, se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=15.17$, $DT=7.36$) y los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador ($M=10.50$, $DT=2.76$), $t(40,18)=3.21$, $p=.003$, $d=0.84$. Además se hallaron diferencias entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=15.17$, $DT=7.36$) y los sujetos controles sanos ($M=8.09$, $DT=4.97$), $t(61.02)=5.38$, $p<.001$, $d=1.13$; entre los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador ($M=10.50$, $DT=2.76$) y los sujetos controles sanos ($M=8.09$, $DT=4.97$), $t(19.55)=2.25$, $p=.036$, $d=0.60$; y entre los sujetos de la condición fobia social completa ($M=14.24$, $DT=6.93$) y los sujetos controles sanos ($M=8.09$, $DT=4.97$), $t(85.19)=5.31$, $p=.001$, $d=1.02$. En todos los casos el tamaño del efecto fue alto, excepto al comparar los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador con los sujetos controles sanos, donde se encontró un tamaño del efecto medio.

Respecto al estudio de las diferencias de los subgrupos en cuanto a las puntuaciones de la SAS-A, se observaron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=57.67$, $DT=12.23$) frente a aquellos sujetos diagnosticados de fobia social pero únicamente el especificador ($M=42.70$, $DT=7.73$), $t(48)=3.67$, $p=.001$, con un tamaño del efecto alto, $d=1.46$. Así como también se encontraron diferencias entre los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=57.67$, $DT=12.23$) y los sujetos controles sanos ($M=33.45$; $DT=9.89$), siendo los resultados $t(103)=11.13$, $p<.001$, $d=2.17$; entre los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador ($M=42.70$, $DT=7.73$) y los sujetos controles sanos ($M=33.45$, $DT=9.89$), $t(73)=2.82$, $p=.006$, $d=1.04$; y entre los adolescentes con fobia social completa ($M=54.68$, $DT=12.91$) frente a los sujetos controles sanos ($M=33.45$, $DT=9.89$), obteniendo como resultados $t(89.31)=9.65$, $p<.001$ y $d=0.86$, siendo el tamaño del efecto menor que al comparar a los sujetos con fobia social por separado (con o sin especificador), a pesar de que en todos los casos el tamaño del efecto fue alto.

A la hora de realizar el estudio de diferencias con respecto a la subescala de miedo a la evaluación negativa (FNE), se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=25.52$, $DT=7.43$) y los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador ($M=20.40$, $DT=4.47$), obteniendo los siguientes resultados $t(48)=2.08$, $p=.043$, y un tamaño del efecto alto $d=0.83$. Así como también se encontraron

diferencias entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=25.52$, $DT=7.43$) y los sujetos controles sanos ($M=14.45$, $DT=4.91$), $t(60.09)=8.37$, $p<.001$, $d=1.76$, observando un alto tamaño del efecto. Por último, se hallaron también diferencias entre los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador ($M=20.40$, $DT=4.47$) y los sujetos controles sanos ($M=14.45$, $DT=4.91$), $t(73)=3.61$, $p=.001$, $d=1.27$; y entre la fobia social completa ($M=24.50$, $DT=7.21$) frente a los sujetos controles sanos ($M=14.45$, $DT=4.91$), siendo los resultados $t(82.18)=8.47$, $p<.001$, $d=1.63$. En todos los casos el tamaño del efecto observado fue alto.

En cuanto a la subescala SAD-N, no se encontraron diferencias entre las puntuaciones de los sujetos con fobia social (únicamente el especificador) frente a los sujetos controles sanos. Sin embargo, si se hallaron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=21.02$, $DT=4.10$) y los sujetos con únicamente el especificador ($M=14.60$, $DT=2.17$), siendo los resultados $t(48)=4.76$, $p<.001$, $d=1.96$. También se encontraron diferencias a la hora de comparar los sujetos con fobia social sin especificador ($M=21.02$, $DT=4.10$) con los sujetos controles sanos ($M=12.97$, $DT=4.37$), $t(103)=9.38$, $p<.001$, $d=1.89$; y entre los adolescentes con fobia social completa ($M=19.74$, $DT=4.58$) y los sujetos controles sanos ($M=12.97$; $DT=4.37$), $t(113)=8.06$, $p<.001$, $d=1.51$. En todos los casos el tamaño del efecto fue alto.

Los resultados de la última subescala de la SAS-A, la SAD-G, revelaron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=11.12$, $DT=3.39$) y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador ($M=7.70$, $DT=2.91$), $t(48)=2.93$, $p=.005$, $d=1.08$. También se encontraron diferencias entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=11.12$, $DT=3.39$) y los sujetos controles sanos ($M=6.03$, $DT=2.22$), $t(59.79)=8.45$, $p<.001$, $d=1.78$; entre los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador ($M=7.70$, $DT=2.91$) y los sujetos controles sanos ($M=6.03$, $DT=2.22$), $t(73)=2.12$, $p=.037$, $d=0.64$; y también se hallaron diferencias entre los sujetos con fobia social completa ($M=10.44$, $DT=3.55$) y los sujetos controles sanos ($M=6.03$, $DT=2.22$), $t(113)=8.15$, $p<.001$, $d=1.49$. El tamaño del efecto observado en todos los casos fue alto, excepto al comparar a los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador y los sujetos controles sanos, donde el tamaño del efecto fue medio.

Respecto al cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN, los resultados no hallaron diferencias significativas a la hora de comparar los sujetos con fobia social sin especificador frente a aquellos sujetos con fobia social pero únicamente el especificador. Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=100$, $DT=15.52$) y los sujetos controles sanos ($M=112.72$, $DT=13.07$), $t(103)=4.51$, $p<.001$, $d=0.89$. También se hallaron diferencias marginalmente significativas entre los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador ($M=104.5$, $DT=9.7$) y los sujetos controles sanos ($M=112.72$, $DT=13.07$), $t(73)=1.91$, $p=.061$, $d=0.71$; y diferencias significativas entre los sujetos con fobia social completa ($M=100.9$, $DT=14.57$), y los sujetos controles sanos ($M=112.72$, $DT=13.07$), $t(113)=4.58$, $p<.001$, $d=0.85$. Excepto al comparar a los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador con los sujetos controles sanos, donde el tamaño del efecto fue medio-alto, en todos los demás casos el tamaño del efecto fue alto.

Los resultados de la subescala Bienestar Físico del KIDSCREEN hallaron diferencias significativas entre aquellos sujetos con fobia social sin especificador ($M=15.62$, $DT=4.41$) frente a los sujetos controles sanos ($M=18.66$, $DT=4.03$), $t(103)=3.61$, $p<.001$, $d=0.72$. Y también se observaron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social completa ($M=15.94$, $DT=4.17$) y los sujetos controles sanos ($M=18.66$, $DT=4.03$), obteniendo puntuaciones de $t(113)=3.53$, $p=.001$, $d=0.67$. Se pudo observar en ambos casos un tamaño del efecto medio alto y reducido en la condición de adolescentes con fobia social completa.

Al igual que en la subescala de Bienestar Físico, en la subescala de Bienestar Psicológico del KIDSCREEN, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=25.47$, $DT=5.53$) y las puntuaciones de los sujetos controles sanos ($M=29.94$, $DT=3.81$), siendo los resultados obtenidos $t(61.89)=4.48$, $p<.001$, $d=0.93$; y también entre los adolescentes con fobia social completa ($M=25.98$, $DT=5.27$) y los sujetos controles sanos ($M=29.94$, $DT=3.81$), $t(85.80)=4.48$, $p<.001$, $d=0.86$, observando en ambos casos un tamaño del efecto alto, aunque reducido en la condición de adolescentes con fobia social completa.

Igualmente se hallaron diferencias significativas en la subescala de Autonomía y relación con los padres del KIDSCREEN, entre las puntuaciones de los adolescentes con fobia social sin especificador ($M=26.90$, $DT=5$) y las puntuaciones de los sujetos controles

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

sanos ($M=30.11$, $DT=4.19$), $t(103)=3.53$, $p=.001$, $d=0.69$; y entre los adolescentes con fobia social completa ($M=27.16$, $DT=4.76$), frente a los sujetos controles sanos ($M=30.11$, $DT=4.19$), $t(113)=3.52$, $p=.001$ y un tamaño del efecto medio de $d=0.65$, ligeramente menor que al tener en cuenta sólo los sujetos sin especificador.

Los resultados de la cuarta subescala del KIDSCREEN, Amigos y apoyo social, revelaron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador ($M=16.65$, $DT=3.19$) y los sujetos controles sanos ($M=18.07$, $DT=1.91$), $t(56.61)=2.56$, $p=.013$, $d=0.54$. Así como también se observaron diferencias entre los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador ($M=16.10$, $DT=3.11$) y los sujetos controles sanos ($M=18.07$, $DT=1.91$), $t(73)=2.77$, $p=.007$, $d=0.76$; y entre los sujetos con fobia social completa ($M=16.54$, $DT=3.15$) y los sujetos controles sanos ($M=18.07$, $DT=1.91$), $t(76.09)=3.04$, $p=.003$, $d=0.58$. En todos los casos los tamaños del efecto fueron medios pero mayores al comparar los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador con los sujetos controles sanos, frente a la comparación entre la fobia social sin especificador y los sujetos controles sanos.

Por último, no se encontraron diferencias significativas en los estudios de la subescala Entorno escolar del KIDSCREEN. Este dato sugiere una falta de impacto de la presencia del trastorno y el especificador en el entorno escolar.

En resumen y como puede verse en la Tabla 1, el especificador (únicamente actuación) está afectando con respecto a la fobia social sin especificador, reduciendo el tamaño del efecto en todas las variables examinadas, excepto en la subescala de Amigos y apoyo social del KIDSCREEN, que ocurre justo lo contrario. También se observan que las medias de las puntuaciones de los sujetos con fobia social sin especificador fueron siempre superiores a la de aquellos sujetos que tienen solo el especificador, mostrando los primeros mayores síntomas de ansiedad social y de depresión y peor calidad de vida.

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

Tabla 1.
Resumen resultados

	Sujetos Control	FS sin especificador	FS actuación	FS Total		p's (Tamaño del efecto d's)
N	66 (56'9%)	40 (34'5%)	10 (8'6%)	50 (43'1%)		
Varones	43 (37'1%)	9 (7'8%)	4 (3'4%)	13 (11'2%)	ns	
Mujeres	23 (19'8%)	31 (26'7%)	6 (5'2%)	37 (31'9%)	ns	
Edad media de inicio (DT)		7.43 (3.62)	11.40 (3.24)		FS actuación > FS sin especificador	.003 (1.16)***
CSR medio (DT)		5.85 (1.94)	4.6 (0.84)		FS sin especificador > FS actuación	.054 (0.83)***
Media del nº trastornos comórbidos (DT)		2.05 (1.08)	1.3 (0.48)		FS sin especificador > FS actuación	.039 (0.89)***
SPAI-B media (DT)	12.24 (7.59)	32.17 (10.96)	23.49 (7.2)	30.43 (10.84)	FS sin especificador > FS actuación	.022 (0.93)***
					FS sin especificador > Control	.001 (2.11)***
					FS actuación > Control	.001 (1.52)***
					FS Total > Control	.001 (1.94)***
CDI media (DT)	8.09 (4.97)	15.17 (7.36)	10.50 (2.76)	14.24 (6.93)	FS sin especificador > FS actuación	.003 (0.84)***
					FS sin especificador > Control	.001 (1.13)***
					FS actuación > Control	.036 (0.60)**
					FS Total > Control	.001 (1.02)***

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

FNE media (DT)	14.45 (4.91)	25.52 (7.43)	20.40 (4.47)	24.50 (7.21)	FS sin especificador > FS actuación	.043 (0.83)***
					FS sin especificador > Control	.001 (1.76)***
					FS actuación > Control	.001 (1.27)***
					FS Total > Control	.001 (1.63)***
SAD-N media (DT)	12.97 (4.37)	21.02 (4.10)	14.60 (2.17)	19.74 (4.58)	FS sin especificador > FS actuación	.001 (1.96)***
					FS sin especificador > Control	.001 (1.89)***
					FS Total > Control	.001 (1.51)***
SAD-G media (DT)	6.03 (2.22)	11.12 (3.39)	7.70 (2.91)	10.44 (3.55)	FS sin especificador > FS actuación	.005 (1.08)***
					FS sin especificador > Control	.001 (1.78)***
					FS actuación > Control	.037 (0.64)**
					FS Total > Control	.001 (1.49)***
SAS-A media (DT)	33.45 (9.89)	57.67 (12.23)	42.70 (7.73)	54.68 (12.91)	FS sin especificador > FS actuación	.001 (1.46)***
					FS sin especificador > Control	.001 (2.17)***
					FS actuación > Control	.006 (1.04)***
					FS Total > Control	.001 (0.86)***
KIDSCREEN Bienestar Físico Media (DT)	18.66 (4.03)	15.62 (4.41)	17.20 (2.89)	15.94 (4.17)	Control > FS sin especificador	.001 (0.72)**
					Control > FS Total	.001 (0.67)**
KIDSCREEN Bienestar Psicológico media (DT)	29.94 (3.81)	25.47 (5.53)	28 (3.56)	25.98 (5.27)	Control > FS sin especificador	.001 (0.93)***
					Control > FS Total	.001 (0.86)***

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

KIDSCREEN Autonomía y relación con los padres media (DT)	30.11 (4.19)	26.90 (5)	28.20 (3.71)	27.16 (4.76)	Control >FS sin especificador Control > FS Total	.001 (0.69)** .001 (0.65)**
KIDSCREEN Amigos y apoyo social media (DT)	18.07 (1.91)	16.65 (3.19)	16.10 (3.11)	16.54 (3.15)	Control >FS sin especificador Control > FS actuación Control > FS Total	.013 (0.54)** .007 (0.76)** .003 (0.58)**
KIDSCREEN Entorno escolar media (DT)	15.94 (2.60)	15.35 (5.41)	15 (2.16)	15.28 (4.92)		ns
KIDSCREEN Total media (DT)	112.72 (13.07)	100 (15.51)	104.5 (9.7)	100.9 (14.57)	Control >FS sin especificador Control > FS actuación Control > FS Total	.001 (0.89)*** .061 (0.71)** .001 (0.85)***

FS: Fobia social; *Tamaño del efecto pequeño; **Tamaño del efecto medio; ***Tamaño del efecto grande

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

Los resultados comentados hasta aquí son referidos a la fobia social sin especificador y al especificador (únicamente actuación), sin tener en cuenta si el trastorno es puro o comórbido. Por lo tanto, a continuación se exponen los resultados obtenidos al hacer los estudios de diferencias cuando el trastorno de fobia social es puro o comórbido. Se realizaron los estudios con las pruebas t de student y u de mann whitney, usando la primera con los sujetos con fobia social sin especificador puros y comórbidos, y la segunda con los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador puros y comórbidos, debido al limitado tamaño muestral de estos últimos. También se usó la d de cohen para medir el tamaño del efecto en muestras paramétricas (pequeño: 0.1 a 0.5; medio: 0.5 a 0.8, alto: ≥ 0.8) y la r para muestras no paramétrica ($r=Z/\sqrt{N}$), siendo el tamaño del efecto pequeño entre los valores 0.1 y 0.3; medio en los valores 0.3 y 0.5; y alto en valores superiores a 0.5.

En primer lugar, y a lo que el sexo se refiere, hubo una ausencia de diferencias entre los sujetos con fobia social sin especificador y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador, bien fuera cuando solo presentaban fobia social como trastorno clínico, bien cuando había presencia de comorbilidad ($p>.05$).

Con respecto a las puntuaciones del SPAI-B, teniendo en cuenta a los sujetos controles sanos ($M=12.24$, $DT=7.59$), los datos revelaron diferencias significativas entre los fóbicos sociales sin especificador puros ($M=27.13$; $DT=12.86$), $t(78)=5.92$, $p<.001$, $d=1.41$, así como con los comórbidos ($M=35.19$, $DT=8.57$), $t(88)=12.39$, $p<.001$, $d=2.83$, observando un tamaño del efecto mayor y una puntuación media más elevada en los segundos. Además se hallaron diferencias significativas entre los sujetos controles sanos ($M=12.24$, $DT=7.59$) y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=24.30$, $DT=5.85$), $U=48.00$, $p=.001$, $r=0.40$, siendo el tamaño del efecto menor que el del estudio de los sujetos controles con la fobia social sin especificador. Otra diferencia observada es a la hora de comparar los sujetos controles sanos ($M=12.24$, $DT=7.59$) con los sujetos con fobia social completa, ya sean puros ($M=26.23$, $DT=11.04$), $t(85)=6.61$, $p<.001$, $d=1.48$; o comórbidos ($M=33.73$, $DT=9.63$), $t(91)=11.53$, $p<.001$, $d=2.48$, donde sigue existiendo un tamaño del efecto y una media mayor en los comórbidos con respecto a los puros. Así como también, al comparar los sujetos fóbicos totales puros ($M=26.23$, $DT=11.04$) frente a los comórbidos ($M=33.73$, $DT=9.63$), obteniendo como resultados $t(48)=2.56$, $p=.014$, y un tamaño del efecto alto, $d=0.85$. Además se encontraron diferencias significativas al comparar los sujetos sin especificador entre puros ($M=27.13$, $DT=12.86$) y comórbidos ($M=35.19$, $DT=8.57$)

$t(38)=2.38$, $p=.022$, $d=0.74$; al comparar la fobia social sin especificador ($M=35.19$, $DT=8.57$) con la fobia social pero únicamente el especificador ($M=21.60$, $DT=11.12$) cuando ambos son comórbidos; $U=10.00$, $p=.041$, $r=0.38$; y por último, al comparar la fobia social sin especificador comórbida ($M=35.19$, $DT=8.57$) con la fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=24.30$, $DT=5.85$), $U=26.00$, $p=.005$, $r=0.49$, aunque solo en el primer caso el tamaño del efecto fue medio. No se hallaron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Haciendo referencia a las puntuaciones del CDI, se hallaron diferencias significativas al comparar a los sujetos controles sanos ($M=8.09$; $DT=4.97$) con la fobia social sin especificador pura ($M=12.4$; $DT=7.45$), $t(16.98)=2.13$, $p=.048$, $d=0.68$, y comórbida ($M=16.84$, $DT=6.93$), $t(88)=6.67$, $p<.001$, $d=1.45$; observando cómo el tamaño del efecto, así como la puntuación media, es superior en los comórbidos frente a los puros y los sujetos controles sanos. Además se hallaron diferencias marginalmente significativas al comparar los sujetos controles sanos ($M=8.09$; $DT=4.97$) con los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=11$, $DT=1.73$), $U=127.00$, $p=.06$, $r=0.22$, siendo el tamaño del efecto pequeño, lo que es consistente con que la p sea marginalmente significativa. Al comparar los sujetos controles sanos ($M=8.09$; $DT=4.97$) con todos los sujetos con fobia social, encontramos diferencias significativas ya sean los fóbicos sociales totales puros ($M=11.95$; $DT=6.19$), $t(85)=2.96$, $p=.004$, $d=0.69$; o comórbidos ($M=16.04$; $DT=7.06$), $t(39)=5.40$, $p<.001$, $d=1.30$. Hay que tener en cuenta que en el primer caso el tamaño del efecto fue medio, y en el segundo fue alto. Seguidamente, y en relación con la comparación entre las categorías fóbicos sociales totales puros ($M=11.95$; $DT=6.19$) con los comórbidos ($M=16.04$; $DT=7.06$), los datos revelaron la existencia de diferencias significativas, $t(48)=2.14$, $p=.038$, $d=0.61$. También se hallaron diferencias marginalmente significativas al comparar los sujetos con fobia social sin especificador puros ($M=12.4$, $DT=7.45$) con los comórbidos ($M=16.84$, $DT=6.93$), $t(38)=1.91$, $p=.064$, $d=0.62$, siendo consistente el tamaño del efecto medio con que las diferencias sean marginalmente significativas. Por último, con respecto al CDI, se encontraron diferencias significativas cuando la fobia social sin especificador es comórbida ($M=16.84$, $DT=6.93$), y la fobia social pero únicamente el especificador es pura ($M=11$, $DT=1.73$) $U=40.00$, $p=.03$, $r=0.38$. En todos estos casos, el tamaño del efecto fue medio. No se hallaron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Con respecto al SAS-A, se hallaron diferencias significativas al comparar los sujetos controles sanos ($M=33.45$; $DT=9.9$) con los sujetos con fobia social sin especificador, sea ésta pura ($M=51.47$; $DT=13.73$), $t(78)=5.9$, $p<.001$, $d=1.51$, o comórbida ($M=61.4$, $DT=9.72$), $t(88)=12.07$, $p<.001$, $d=2.85$; y al comparar a los sujetos controles sanos ($M=33.45$; $DT=9.9$) con la fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=44.43$; $DT=8.66$), $U=86.00$, $p=.007$, $r=0.32$. Al juntar a todos los sujetos con fobia social, sin tener en cuenta el especificador, y compararlos con los sujetos controles sanos ($M=33.45$; $DT=9.9$), se hallaron diferencias tanto cuando el trastorno es puro ($M=49.23$; $DT=12.58$), $t(30.27)=5.35$, $p<.001$, $d=1.39$; como cuando es comórbido ($M=58.97$; $DT=11.66$), $t(91)=10.81$, $p<.001$, $d=2.36$. También se observaron diferencias significativas al comparar a los sujetos con fobia social total pura ($M=49.23$; $DT=12.58$) frente a la comórbida ($M=58.97$; $DT=11.66$), $t(48)=2.83$, $p=.007$, $d=0.8$, siendo estas diferencias menores que al comparar a los fóbicos sociales con los sujetos controles sanos. Al comparar los sujetos con fobia social sin especificador, frente a los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador, observamos diferencias cuando ambos son comórbidos ($M=61.4$, $DT=9.72$) ($M=38.67$, $DT=3.05$) $U=0.00$, $p=.005$, $r=0.52$, con un tamaño del efecto alto. Respecto a la fobia social sin especificador, se hallaron diferencias entre los sujetos puros ($M=51.47$, $DT=13.73$) y comórbidos ($M=61.4$, $DT=9.72$) $t(38)=2.68$, $p=.011$, $d=0.84$. Por último, al igual que en las escalas anteriores, se hallaron diferencias significativas al comparar a los sujetos con fobia social sin especificador comórbida ($M=61.4$, $DT=9.72$) y a los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=44.43$, $DT=8.66$), $U=17.50$, $p=.001$, $r=0.56$. No se encontraron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Analizando ahora los resultados de las subescalas de la SAS-A, encontramos que con respecto a la FNE, se hallaron diferencias significativas entre los sujetos controles sanos ($M=14.45$, $DT=4.91$) y los sujetos con fobia social sin especificador pura ($M=22.07$; $DT=8.83$), $t(78)=4.58$, $p<.001$, $d=1.07$; y comórbida ($M=27.60$, $DT=5.69$), $t(88)=10.89$, $p<.001$, $d=2.47$. Así como también se encontraron diferencias significativas al comparar los sujetos controles sanos ($M=14.45$, $DT=4.91$) con la fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=20$, $DT=5.29$), $U=91.00$, $p=.009$, $r=0.31$; y comórbida ($M=21.33$, $DT=2.08$), $U=22.50$, $p=.025$, $r=0.27$, aunque el tamaño del efecto de los comórbidos es muy pequeño. Al estudiar la fobia social completa, y compararla con los sujetos controles sanos ($M=14.45$, $DT=4.91$), se hallaron diferencias tanto cuando era pura ($M=21.41$, $DT=7.81$), $t(26.84)=3.93$, $p=.001$, $d=1.07$; como cuando era comórbida ($M=26.93$, $DT=5.75$),

$t(91)=10.68$, $p<.001$, $d=2.34$. Además se encontraron diferencias significativas al comparar los sujetos con fobia social total pura ($M=21.41$, $DT=7.81$) frente a la comórbida ($M=26.93$, $DT=5.75$), $t(37.92)=2.78$, $p=.009$, $d=0.81$. También se hallaron diferencias significativas con un tamaño del efecto medio al comparar los sujetos con fobia social sin especificador puros ($M=22.07$, $DT=8.83$) frente a los comórbidos ($M=27.60$, $DT=5.69$), $t(21.09)=2.17$, $p=.041$, $d=0.74$. Por último, también se obtuvieron diferencias significativas con un tamaño del efecto medio entre los sujetos con fobia social sin especificador comórbida ($M=27.60$, $DT=5.69$) y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=20$, $DT=5.29$), $U=28.00$, $p=.007$, $r=0.48$. No se hallaron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Haciendo referencia a la subescala SAD-N, se encontraron diferencias significativas al comparar los sujetos controles sanos ($M=12.79$, $DT=4.37$) con los sujetos con fobia social sin especificador, tanto puros ($M=19.93$, $DT=4.08$), $t(78)=5.63$, $p<.001$, $d=1.65$; como comórbidos ($M=21.68$, $DT=4.06$), $t(88)=8.63$, $p<.001$, $d=2.06$. A la hora de comparar los sujetos controles sanos ($M=12.79$, $DT=4.37$) con los sujetos con fobia social completa, se observaron diferencias significativas cuando la fobia social era pura ($M=18.55$, $DT=4.04$), $t(85)=5.27$, $p<.001$, $d=1.32$; así como cuando era comórbida ($M=20.68$, $DT=4.83$), $t(91)=7.56$, $p<.001$, $d=1.67$. También se encontraron diferencias al comparar a los sujetos con fobia social sin especificador con los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador, tanto cuando ambos eran puros ($M=19.93$, $DT=4.08$) ($M=15.57$, $DT=1.81$) $U=16.00$, $p=.01$, $r=0.27$, aunque éstos con un tamaño del efecto pequeño; como cuando ambos eran comórbidos ($M=21.68$, $DT=4.06$) ($M=12.33$, $DT=0.57$), $U=0.00$, $p=.005$, $r=0.53$, lo que indica resultados a favor del especificador de solo actuación. Al contrario de lo observado en las escalas anteriores, en la SAD-N se encontraron diferencias al comparar a los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=15.57$, $DT=1.81$) frente a la comórbida ($M=12.33$, $DT=0.57$), $U=0.50$, $p=.021$, $r=0.73$, con un tamaño del efecto alto. Por último, se hallaron diferencias significativas al comparar la fobia social sin especificador pura ($M=19.93$, $DT=4.08$) con la fobia social pero únicamente el especificador comórbida ($M=12.33$, $DT=0.57$) $U=3.00$, $p=.02$, $r=0.54$; así como entre la fobia social sin especificador comórbida ($M=21.68$, $DT=4.06$) y la fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=15.57$, $DT=1.81$) $U=13.00$, $p=.001$, $r=0.6$. No se encontraron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Con respecto a la última subescala de la SAS-A, la SAD-G, se hallaron diferencias significativas entre los sujetos controles sanos ($M=6.03$; $DT=2.22$) y los sujetos con fobia social sin especificador puros ($M=9.47$, $DT=3.07$), $t(17.54)=4.1$, $p=.001$, $d=1.28$; y comórbidos ($M=12.12$, $DT=3.23$), $t(33.11)=8.7$, $p<.001$, $d=2.2$. También se encontraron diferencias al comparar los sujetos controles sanos ($M=6.03$, $DT=2.22$) con los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=8.86$; $DT=2.54$), $U=81.00$, $p=.004$, $r=0.33$. Al comparar a los sujetos controles sanos ($M=6.03$, $DT=2.22$) con los sujetos con fobia social total, se hallaron diferencias significativas cuando eran puros ($M=9.27$, $DT=2.86$), $t(85)=5.48$, $p<.001$, $d=1.26$, y cuando eran comórbidos ($M=11.35$, $DT=3.81$), $t(35.16)=6.9$, $p<.001$, $d=1.71$. Además se encontraron diferencias significativas entre los sujetos con fobia social total pura ($M=9.27$, $DT=2.86$) y comórbida ($M=11.35$, $DT=3.81$), $t(48)=2.13$, $p=.038$, $d=0.62$. Al comparar los sujetos con fobia social sin especificador frente a los sujetos con el especificador, encontramos diferencias significativas cuando ambos son comórbidos ($M=12.12$, $DT=3.23$) ($M=5$, $DT=1.73$) $U=1.00$, $p=.006$, $r=0.51$. También se encontraron diferencias significativas al comparar los sujetos con fobia social sin especificador entre pura ($M=9.47$, $DT=3.07$) y comórbida ($M=12.12$, $DT=3.23$), $t(38)=2.56$, $p=.015$, $d=0.84$, y entre los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=8.86$, $DT=2.54$) frente a comórbida ($M=5$, $DT=1.73$), $U=1.00$, $p=.025$, $r=0.71$. Por último, se hallaron diferencias entre los sujetos con fobia social sin especificador pura ($M=9.47$, $DT=3.07$) y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador comórbida ($M=5$, $DT=1.73$) $U=5.00$, $p=.037$, $r=0.49$; así como entre la fobia social sin especificador comórbida ($M=12.12$, $DT=3.23$) y la fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=8.86$, $DT=2.54$), $U=40.00$, $p=.029$, $r=0.38$, ambos con tamaños del efecto medios. No se hallaron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Por último, se realizaron los estudios con respecto al KIDSCREEN, donde se encontraron diferencias significativas entre los sujetos controles sanos ($M=112.22$, $DT=13.07$) y los sujetos con fobia social sin especificador, tanto los puros ($M=105.13$, $DT=17.31$), $t(78)=1.90$, $p=.061$, $d=0.49$, como los comórbidos, ($M=96.92$, $DT=13.78$), $t(88)=5.06$, $p<.001$, $d=1.18$. Sin embargo, con respecto a los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador, sólo se encontraron diferencias significativas al compararlos con los sujetos controles sanos ($M=112.22$; $DT=13.07$) cuando los del especificador eran puros ($M=103.85$; $DT=8.37$), $U=116.50$, $p=.035$, $r=0.24$. Al comparar los sujetos controles sanos ($M=112.22$; $DT=13.07$) con la fobia social total, encontramos diferencias tanto cuando ésta es

pura ($M=104.73$, $DT=14.84$), $t(85)=2.39$, $p=.019$, $d=0.57$, como cuando es comórbida, ($M=97.89$; $DT=13.87$), $t(91)=4.93$, $p<.001$, $d=1.1$. Hay una ausencia de diferencias entre los sujetos con el especificador, bien sea puro o con trastornos comórbidos, en comparación con los controles sanos. Sin embargo, si hay diferencias entre la fobia social sin especificador y los controles, aunque el tamaño del efecto es medio para la fobia social sin especificador puro y alto para la fobia social sin especificador comórbida. Por lo tanto, la presencia de comorbilidad no es lo que marca la existencia de diferencias entre fobia social sin especificador y controles sanos, pero sí es una variable que implica que la magnitud del efecto pase de media a alta.

Con respecto a la subescala de Bienestar Físico del KIDSCREEN, se hallaron únicamente diferencias significativas al comparar los sujetos controles sanos ($M=18.66$, $DT=4.04$), con los sujetos con fobia social sin especificador comórbida ($M=14.88$, $DT=3.77$), $t(88)=4.05$, $p<.001$, $d=0.97$; y al comparar los sujetos controles sanos ($M=18.66$, $DT=4.04$) con los sujetos con fobia social total comórbida ($M=15.11$; $DT=3.47$), $t(91)=3.98$, $p<.001$, $d=0.91$, con un tamaño del efecto alto en ambos casos. No se encontraron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Con respecto a la subescala de Bienestar Psicológico del KIDSCREEN, se hallaron diferencias significativas al comparar a los sujetos controles sanos ($M=29.94$, $DT=3.82$) con los sujetos con fobia social sin especificador tanto puros ($M=26.73$, $DT=4.68$), $t(78)=2.81$, $p=.006$, $d=0.75$; como comórbidos ($M=24.72$, $DT=5.95$), $t(31.88)=4.07$, $p<.001$, $d=1.04$. Además se encontraron diferencias significativas entre los sujetos controles sanos ($M=29.94$, $DT=3.82$) y la fobia social total, tanto pura ($M=27$, $DT=4.43$), $t(85)=2.99$, $p=.004$, $d=0.71$; como comórbida, ($M=25.18$, $DT=5.79$, $t(37.45)=3.98$, $p<.001$, $d=0.97$.

En la siguiente subescala del KIDSCREEN, la cual mide Autonomía y relación con los padres, se hallaron diferencias significativas entre los sujetos controles sanos ($M=30.11$, $DT=4.19$) y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador puro ($M=27.28$, $DT=3.54$), $U=118.00$, $p=.036$, $r=0.24$; y entre los sujetos controles sanos ($M=30.11$, $DT=4.19$) y los adolescentes con fobia social sin especificador comórbida ($M=25.6$, $DT=5.17$), $t(88)=4.27$, $p<.001$, $d=0.96$. También se encontraron diferencias significativas al comparar los sujetos controles sanos ($M=30.10$, $DT=4.19$) con los sujetos con fobia social total comórbida ($M=26.10$, $DT=5.2$), $t(91)=3.92$, $p<.001$, $d=0.85$. Por último, se hallaron

diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador pura ($M=29.07$, $DT=3.98$) y comórbida ($M=25.6$, $DT=5.17$), $t(38)=2.22$, $p=.032$, $d=0.75$. No se encontraron diferencias significativas entre las demás condiciones.

Los resultados de la subescala de Amigos y apoyo social, mostraron diferencias significativas al comparar los sujetos controles sanos ($M=18.08$, $DT=1.91$) con los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=16.14$, $DT=1.46$), $U=88.50$, $p=.007$, $r=0.32$; y entre los sujetos controles sanos ($M=18.08$, $DT=1.91$) y la fobia social sin especificador comórbida ($M=16.04$, $DT=3.47$), $t(29.79)=2.78$, $p=.009$, $d=0.73$, aunque el primero con un tamaño del efecto medio. Así como entre los sujetos controles sanos ($M=18.08$, $DT=1.91$) y la fobia social total comórbida ($M=16.04$, $DT=3.67$), $t(33.52)=2.79$, $p=.009$, $d=0.7$, con un tamaño del efecto alto. Por último, se encontraron diferencias significativas entre la fobia social sin especificador pura ($M=17.67$, $DT=2.44$) y la fobia social pero únicamente el especificador pura ($M=16.14$, $DT=1.46$), $U=26.50$, $p=.064$, $r=0.39$. No se hallaron diferencias significativas para las demás condiciones.

Por último, no se encontraron diferencias significativas en la última subescala del KIDSCREEN, la referida al entorno escolar, lo que demuestra que no existen diferencias entre las condiciones mencionadas entre los sujetos con fobia social, con respecto a la calidad de vida del entorno escolar.

En conclusión, los resultados al respecto del especificador muestran la falta de diferencias al separar los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador puros de los comórbidos, aunque hay que tener en cuenta el tamaño de la muestra de sujetos con el especificador comórbida ($n=3$). Sin embargo, existieron diferencias en la comparación entre los fóbicos sociales sin especificador puros vs. los adolescentes con comorbilidad, puntuando más alto y siendo el tamaño del efecto mayor en los segundos. A pesar de esto, al comparar la fobia social sin especificador frente a la fobia social pero únicamente el especificador teniendo en cuenta los puros y los comórbidos, apenas existieron diferencias en la mayoría de las variables. Sin embargo, en todas las escalas menos en el KIDSCREEN, se puede observar que el especificador está ejerciendo influencia sobre la fobia social sin especificador cuando se comparan los dos tipos juntos. Se pueden ver los resultados de estos estudios resumidos en la Tabla 2.

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

Tabla 2.

Resultados Puros/Comórbidos

	Sujetos Control	FS, sin especificador Pura	FS, sin especificador Comórbida	FS, actuación Pura	FS actuación Comórbida	FS Total Pura	FS Total Comórbida	p's (Tamaño del efecto d's o r's)
N	66 (56.9%)	15 (12.9%)	25 (21.6%)	7 (6%)	3 (2.6%)	22 (19%)	28 (24.1%)	
Varones	43 (37.1%)	3 (2.6%)	6 (5.2%)	4 (3.4%)	0 (0%)	7 (6%)	6 (5.2%)	ns
Mujeres	23 (19.8%)	12 (10.3%)	19 (16.4%)	3 (2.6%)	3 (2.6%)	15 (12.9%)	22 (19%)	ns
SPAI-B	12.24 (7.59)	27.13 (12.86)	35.19 (8.57)	24.30 (5.85)	21.60 (11.12)	26.23 (11.04)	33.73 (9.63)	FS sin especificador pura > Control FS sin especificador comórbida > Control FS actuación pura > Control FS Total pura > Control FS Total comórbida > Control FS Total comórbida > Pura FS sin especificador comórbida > pura FS sin especificador > FS actuación comórbidas FS sin especificador comórbida > FS actuación pura
media (DT)								.001 (1.41)*** .001 (2.83)*** .001 (0.40)** .001 (1.48)*** .001 (2.48)*** .014 (0.85)*** .022 (0.74)** .041 (0.38)** .005 (0.49)***

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

CDI media (DT)	8.09 (4.97)	12.4 (7.45)	16.84 (6.93)	11 (1.73)	9.33 (4.72)	11.95 (6.19)	16.04 (7.06)	FS sin especificador pura > Control	.048 (0.68)**
								FS sin especificador comórbida > Control	.001 (1.45)***
								FS actuación pura > Control	.06 (0.22)*
								FS Total pura > Control	.004 (0.69)**
								FS Total comórbida > Control	.001 (1.30)***
								FS Total comórbida > Pura	.038 (0.61)***
								FS sin especificador comórbida > pura	.064 (0.62)**
								FS sin especificador comórbida > FS actuación pura	.03 (0.38)**
								FS sin especificador pura > Control	.001 (1.07)***
								FS sin especificador comórbida > Control	.001 (2.47)***
FNE media (DT)	14.45 (4.91)	22.07 (8.83)	27.60 (5.7)	20 (5.29)	21.33 (2.08)	21.41 (7.81)	26.93 (5.75)	FS actuación pura > Control	.009 (0.31)**
								FS actuación comórbida > Control	.025 (0.27)*
								FS Total pura > Control	.001 (1.07)***
								FS Total comórbida > Control	.001 (2.34)***

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

								FS Total comórbida > Pura	.009 (0.81)***
								FS sin especificador comórbida > pura	.041 (0.74)**
								FS sin especificador comórbida > FS actuación pura	.007 (0.48)**
SAD-N media (DT)	12.97 (4.37)	19.93 (4.08)	21.68 (4.06)	15.57 (1.81)	12.33 (0.57)	18.55 (4.04)	20.68 (4.83)	FS sin especificador pura > Control	.001 (1.65)***
								FS sin especificador comórbida > Control	.001 (2.06)***
								FS Total pura > Control	.001 (1.32)***
								FS Total comórbida > Control	.001 (1.67)***
								FS actuación pura > comórbida	.021 (0.73)***
								FS sin especificador > FS actuación puras	.01 (0.27)*
								FS sin especificador > FS actuación comórbidas	.005 (0.53)***
								FS sin especificador pura > FS actuación comórbida	.02 (0.54)***
								FS sin especificador comórbida > FS actuación pura	.001 (0.6)***
								FS sin especificador pura > Control	.001 (1.28)***
SAD-G media (DT)	6.03 (2.22)	9.47 (3.07)	12.12 (3.23)	8.86 (2.54)	5 (1.73)	9.27 (2.86)	11.35 (3.81)		

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

								FS sin especificador comórbida > Control	.001 (2.2)***
								FS actuación pura > Control	.004 (0.33)**
								FS Total pura > Control	.001 (1.26)***
								FS Total comórbida > Control	.001 (1.71)***
								FS Total comórbida > Pura	.038 (0.62)**
								FS sin especificador comórbida > pura	.015 (0.84)***
								FS actuación pura > comórbida	.025 (0.71)***
								FS sin especificador > FS actuación comórbidas	.006 (0.51)***
								FS sin especificador pura > FS actuación comórbida	.037 (0.49)***
								FS sin especificador comórbida > FS actuación pura	.029 (0.38)**
SAS-A media (DT)	33.45 (9.9)	51.47 (13.73)	61.4 (9.72)	44.43 (8.66)	38.67 (3.05)	49.23 (12.58)	58.97 (11.66)	FS sin especificador pura > Control	.001 (1.51)***
								FS sin especificador comórbida > Control	.001 (2.85)***
								FS actuación pura > Control	.007 (0.32)**
								FS Total pura > Control	.001 (1.39)***

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

								FS Total comórbida > Control	.001 (2.36)***
								FS Total comórbida > Pura	.007 (0.80)***
								FS sin especificador comórbida > pura	.011 (0.84)***
								FS sin especificador > FS actuación comórbidas	.005 (0.52)***
								FS sin especificador comórbida > FS actuación pura	.001 (0.56)***
KIDSCREEN	18.66 (4.04)	16.87 (5.21)	14.88 (3.77)	17.28 (2.87)	17 (3.61)	17 (4.52)	15.11 (3.74)	Control > FS sin especificador comórbida	.001 (0.97)***
B. Físico								Control > FS Total comórbida	.001 (0.91)***
media (DT)								Control > FS sin especificador pura	.006 (0.75)**
KIDSCREEN	29.94 (3.82)	26.73 (4.68)	24.72 (5.95)	27.57 (4.11)	29 (2)	27 (4.43)	25.18 (5.79)	Control > FS sin especificador comórbida	.001 (1.04)***
B. Psicológico								Control > FS Total pura	.004 (0.71)**
media (DT)								Control > FS Total comórbida	.001 (0.97)***
KIDSCREEN	30.11 (4.19)	29.07 (3.97)	25.6 (5.17)	27.28 (3.54)	30.33 (3.79)	28.5 (3.85)	26.10 (5.2)	Control > FS sin especificador comórbida	.001 (0.96)***
Autonomía y								Control > FS actuación pura	.036 (0.24)*
padres media									
(DT)									

Diferencias entre la fobia social y el especificador de actuación social del DSM-5

								Control >FS Total comórbida	.001 (0.85)***
								FS sin especificador pura > comórbida	.032 (0.75)**
KIDSCREEN	18.08 (1.91)	17.67 (2.44)	16.04 (3.47)	16.14 (1.46)	16 (6.08)	17.18 (2.26)	16.06 (3.67)	Control > FS sin especificador comórbida	.009 (0.73)**
Amigos y apoyo social media (DT)								Control > FS actuación pura	.007 (0.32)**
								Control >FS Total comórbida	.009 (0.7)**
								FS sin especificador > FS actuación puras	.064 (0.39)**
KIDSCREEN	15.94 (2.60)	14.80 (3.65)	15.68 (6.29)	15.57 (1.51)	13.66 (3.21)	15.04 (3.11)	15.46 (6.02)		ns
Escuela media (DT)									
KIDSCREEN	112.72	105.13 (17.31)	96.92 (13.78)	103.85	106 (14.42)	104.73 (14.84)	97.89 (13.87)	Control >FS sin especificador pura	.061 (0.49)**
Total media (DT)	(13.07)			(8.37)				Control > FS sin especificador comórbida	.001 (1.18)***
								Control > FS actuación pura	.035 (0.24)*
								Control > FS Total pura	.019 (0.57)**
								Control >FS Total comórbida	.001 (1.1)***

FS: Fobia social; *Tamaño del efecto pequeño; **Tamaño del efecto medio; ***Tamaño del efecto grande

Discusión

En primer lugar, observamos la ausencia de diferencias significativas en la variable sexo entre los sujetos con fobia social sin especificador y los sujetos con el especificador de actuación social, aunque se encuentra una tendencia de las mujeres frente a los hombres a desarrollar dicho trastorno en cualquiera de sus formas, es decir, sin especificador o con el especificador. Estos resultados difieren de nuestra primera hipótesis, ya que partíamos de la base de que existían diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador con respecto al sexo. Esto puede deberse a la muestra limitada de sujetos con el especificador, encontrándose en 10 de 50 (20%) de los casos. Sin embargo, estos resultados son consistentes con estudios previos, los cuáles exponían diferencias entre el trastorno de ansiedad social y el sexo, pero con un phi value bajo (García-López et al. 2015a).

Teniendo en cuenta las edades de inicio de la fobia social, encontramos que los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador presentan el trastorno a una edad más tardía, tal y como exponía nuestra hipótesis, así como investigaciones previas (Bögels et al., 2010), ya que es en la adolescencia cuando las personas comenzamos a realizar más actividades de actuación social.

Respecto a las puntuaciones CSR, también observamos el cumplimiento de nuestra hipótesis, al tener los sujetos con fobia social sin especificador mayores puntuaciones de gravedad que los sujetos con el especificador de solo actuación, lo que implica una mayor gravedad del trastorno en los primeros frente a los segundos.

Ocurre lo mismo al tener en cuenta el número de trastornos que tienen los adolescentes, los sujetos con fobia social sin especificador tienen mayor número de trastornos comórbidos frente a los sujetos con el especificador de actuación social, los cuales tienen menos trastornos comórbidos. Sin embargo, en nuestro estudio, no se encontraron diferencias significativas a la hora de comparar la fobia social en cualquiera de sus formas, con otros trastornos existentes en la ADIS-5. Esto puede deberse de nuevo, al limitado tamaño muestral, A pesar de esto, se apoyaría nuestra hipótesis con respecto al número de trastornos que tienen los adolescentes, ya que se verifica que los adolescentes con fobia social sin especificador tienen una tendencia mayor a tener más trastornos comórbidos que los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador.

Por lo que respecta a las puntuaciones del SPAI-B, observamos que se cumple nuestra hipótesis, ya que existen diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador frente a los que tienen el especificador. Así como existen diferencias entre los sujetos con fobia social y los sujetos control, sea cual sea el tipo de fobia social. Los datos revelan que los sujetos con fobia social sin especificador obtienen puntuaciones más altas que los sujetos con el especificador de actuación y los sujetos control, en consistencia con nuestra hipótesis. Así mismo, observamos que si no tenemos en cuenta el especificador de solo actuación, los resultados de los sujetos con fobia social sin especificador se ven influenciados, de manera que encontramos puntuaciones de ansiedad social más bajas que si separamos unos sujetos de otros, es decir, esto apoya la importancia del especificador. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas, las cuales mostraban puntuaciones bajas para los sujetos control, medias para los sujetos con el especificador y altas para los sujetos con fobia social sin especificador (García-López et al., 2015b), lo que sería consistente con la idea de que existe un continuo de gravedad (Aderka et al., 2012; Burnell y Beidel, 2013; Caballo, et al., 2010; De los Reyes, Olivares, et al., 2004; Ruscio, 2010).

En esta misma línea apuntan los datos en las comparaciones entre los adolescentes con fobia social (con y sin especificador) y los sujetos controles sanos, con respecto al CDI y a la SAS-A y sus subescalas. Es decir, encontramos evidencia a favor del especificador de actuación social al encontrar puntuaciones más bajas cuando realizamos los estudios con los fóbicos sociales totales, en comparación a cuando los realizamos separando los que tienen el especificador de los que no lo tienen. Los sujetos con fobia social sin especificador puntúan más alto en estas escalas en comparación a los sujetos con el especificador y a los sujetos controles sanos. Lo que indica que los adolescentes con fobia social sin especificador tienen más síntomas de ansiedad social y de depresión. Esto seguiría apoyando nuestra hipótesis expuesta en apartados anteriores. Sin embargo, es necesario mencionar la falta de diferencias entre los sujetos controles sanos y los sujetos con el especificador en la subescala SAD-N, lo que indica que los sujetos con el especificador de actuación social, puntúan prácticamente igual que los sujetos controles sanos, y en ese caso, no se apoya la existencia del especificador.

Por lo que respecta a la calidad de vida, encontramos que no existen diferencias significativas al comparar a los sujetos con fobia social sin especificador de aquellos con el especificador, lo que demostraría evidencia en contra del especificador del DSM-5. Así como

no se hallaron diferencias al comparar a los sujetos con el especificador frente a los sujetos control. Sin embargo, si se han encontrado algunas diferencias al comparar la fobia social sin especificador con los sujetos control. Estos resultados indican la indiferencia de separar a los sujetos con especificador de los que no lo tienen a la hora de estudiar la calidad de vida. A pesar de esto, si observamos que los sujetos con fobia social sin especificador puntúan más bajo en esta escala con respecto a los sujetos control y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador.

Nuestra última hipótesis, versaba acerca de las comparaciones entre los sujetos con fobia social en sus dos formas, pura y comórbida. Los resultados revelan que no suelen existir diferencias significativas cuando comparamos los sujetos con el especificador con respecto a los sujetos sin especificador o los sujetos control, ya sea la fobia social pura o comórbida. Estos resultados pueden deberse al limitado tamaño muestral de sujetos con fobia social con únicamente el especificador puros ($n=7$) y comórbidos ($n=3$). Ya que, sí existen diferencias entre los fóbicos sin especificador puros y comórbidos al compararlos entre ellos o con los sujetos controles. Lo que puede estar indicando que el tamaño muestral puede estar interfiriendo a la hora de obtener resultados consistentes. A pesar de esto, todos los sujetos con fobia social comórbida (sean con o sin especificador) suelen tener más síntomas de ansiedad social y de depresión, y una peor calidad de vida, en comparación con los sujetos con fobia social puros, lo que sigue apoyando nuestra hipótesis de la gravedad de la comorbilidad.

Como conclusión se puede decir que existen tanto evidencias a favor del especificador como en contra de él. Sin embargo hay que tener en cuenta que las evidencias en contra pueden ser debidas al pequeño tamaño muestral de la fobia social con especificador. También hay que destacar, la falta de investigaciones previas y animar a realizar más estudios sobre estos ámbitos para poder llegar a conclusiones más consistentes.

Conclusiones

- ✓ No existen diferencias significativas en cuanto al sexo entre los adolescentes con fobia social sin especificador y los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador, aunque se observa una tendencia mayor en las mujeres frente a los hombres en ambas condiciones del trastorno.
- ✓ Los adolescentes con fobia social sin especificador suelen tener una edad de inicio del trastorno más temprana que en el caso de los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador, los cuales suelen iniciar el trastorno más tardíamente.
- ✓ Con respecto a la gravedad del trastorno, se observa que los adolescentes con fobia social sin especificador suelen puntuar más alto que los adolescentes con fobia social pero únicamente el especificador, lo que demuestra una mayor gravedad en los primeros frente a los segundos.
- ✓ Los adolescentes con fobia social sin especificador tienden a tener mayor número de trastornos comórbidos frente a los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador. Aunque en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas al comparar el trastorno de ansiedad social con otros trastornos de ansiedad del DSM-5, si se observó que los sujetos con fobia social sin especificador poseían mayor número de trastornos comórbidos frente a los sujetos con fobia social con únicamente el especificador.
- ✓ Existen diferencias significativas entre la fobia social sin especificador, la fobia social pero únicamente el especificador y los sujetos control, cuando no tenemos en cuenta si el trastorno es puro o comórbido, en todas las dimensiones exceptuando la subescala entorno escolar del KIDSCREEN. En todas ellas, las medias de los trastornos son mayores en los adolescentes con fobia social sin especificador, y podemos observar una influencia del especificador sobre la fobia social sin especificador, cuando realizamos los estudios con los sujetos con fobia social completa. Lo que es una evidencia a favor del especificador “solo actuación” del DSM-5.

- ✓ Por lo tanto, los adolescentes con fobia social sin el especificador muestran más síntomas de ansiedad social y de depresión que los adolescentes con fobia social con únicamente el especificador, así como una menor calidad de vida con respecto a éstos.
- ✓ Con respecto a los estudios entre los trastornos puros y comórbidos, no se observan diferencias entre los sujetos con fobia social (solo especificador) pura y comórbida, excepto en las subescalas SAD-N y SAD-G; y sin embargo, si se encuentran diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador pura frente a los comórbidos en todas las escalas excepto en la SAD-N y en la mayoría de subescalas del KIDSCREEN. Tampoco se suelen hallar diferencias al comparar los adolescentes con fobia social sin especificador con los que tienen fobia social pero únicamente el especificador cuando ambos son puros, excepto en las subescalas SAD-N y KIDSCREEN amigos y apoyo social; ni cuando son comórbidos, excepto en las subescalas SAD-N, SAD-G y la SAS-A. Por lo que se concluye que no se observan diferencias significativas entre los sujetos con fobia social sin especificador y los sujetos con fobia social pero únicamente el especificador cuando se tiene en cuenta la pureza del trastorno. Sin embargo, si existen diferencias con respecto a los sujetos controles sanos cuando se comparan con la fobia social sin especificador, pero no cuando se compara con los sujetos de fobia social con únicamente el especificador. Todos estos resultados deben tomarse con cautela, ya que el tamaño muestral de adolescentes con fobia social con únicamente el especificador, pura y comórbida, es muy limitado.

Implicaciones clínicas para la evaluación y tratamiento de la fobia social en adolescentes

Los datos comentados hasta ahora permiten a los profesionales de la psicología tener presente el especificador de actuación social tanto en la evaluación como en el tratamiento de la fobia social. Que el sujeto presente una edad de inicio más temprana, nos da pistas acerca de la gravedad y comorbilidad del trastorno, sabiendo que los adolescentes con fobia social sin especificador experimentan el trastorno a edades más tempranas y tienen mayores síntomas de ansiedad social y depresión. Durante la evaluación, esto nos permite estar más atentos a la comorbilidad con otros trastornos, para así poder descartarlos en el proceso de screening o evaluación, de manera más rápida.

También los datos revelados tienen implicaciones en cuanto al tratamiento, ya que nos permite enfocar el entrenamiento en unas situaciones frente a otras, es decir, los adolescentes con el especificador de actuación social, tienen únicamente temores de actuación, en ese caso podemos centrarnos únicamente en este tipo de situaciones y no entrenarlos también en situaciones de interacción, lo que ahorraría bastante tiempo en el tratamiento y sería más beneficioso para este tipo de pacientes. Sin embargo, si no tuviéramos en cuenta el especificador, tanto la evaluación como el tratamiento de la fobia social, podría no estar personificado para algunos de los fóbicos sociales, especialmente para los que poseen fobia social pero únicamente el especificador y repercutir de manera negativa en cuanto a resultados terapéuticos se refiere.

Limitaciones y líneas futuras

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio es el tamaño limitado de la muestra de adolescentes con fobia social (únicamente especificador), ya que puede que debido a esto, los estudios de comorbilidad no nos salgan consistentes con investigaciones previas, así como los estudios de diferencias de las diferentes dimensiones de las escalas, tampoco obtengan resultados consistentes al tener en cuenta si el trastorno es clínico o comórbido, lo que hace que no se pueda llegar a una conclusión final sobre la importancia del especificador o la existencia de un continuo de gravedad.

Investigaciones futuras deberían ir encaminadas a estudiar estas mismas diferencias pero con muestras mayores de adolescentes que tengan el trastorno de ansiedad social con únicamente el especificador tanto clínicos como comórbidos.

Referencias

- Aderka, I. M., Nikerson, A., y Hofmann, S. G. (2012). Admixture analysis of the diagnostic subtypes of social anxiety disorder: Implications for the DSM-5. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 43, 752-757.
- Albano AM, y Silverman WK (2016) The anxiety disorders interview schedule for children for DSM-5, child and parent versions. Oxford University Press, New York.
- Alonso, J., Angermeyer, C., y Bernert, S. (2004) 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 109: 28–37.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid;Buenos Aires [etc.];: Editorial Médica Panamericana.
- Bados López, A. (2015). Fobia social. Barcelona.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D.S., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R., Wittchen, H-U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*, 64: 903–912.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofman, S.G., y Wittchen, H. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-15.
- Bögels, S., Alden, L., Beidel, D., Clark, L., Pine, D., Stein, M., y Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-5. *Depression and Anxiety* (27), 168-189.
- Blöte, A., Kint, M., Miers, A., y Westenberg, P., (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: a review *J Anxiety Disord*, 23:305-313.
- Boone, ML. et al. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *J Anxiety Disord*; 13, 271-292.
- Brown T y Barlow DH (2013). Anxiety disorders interview schedule for DSM-5. Oxford University Press, New York.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Iruña, M.J. Arias, B., y Hofmann, S. G. (2010). Measuring social anxiety in 11 countries: Development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 95-107.

- Carter, S.A., y Wu, K.D. (2010). Symptoms of specific and generalized social phobia: an examination of discriminant validity and structural relations with mood and anxiety symptoms. *Behavior Therapy*, 41, 254-265.
- Chartier, J., Walker, J., y Stein, M. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychol Med*, 31, 307-315.
- Coles, M.E., Philipps, B.M., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., Weisberg, R.B., y Stout, R.L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*, 23: 26-33.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 837-844.
- Crome, E., Grove, R., Baillie, A., Sunderland, M., Teesson, M. y Slade, T. (2015). DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 227-235.
- Del Barrio, V., Moreno-Rosset, C. y López-Martínez, R. (1999). The “Children’s Depression Inventory (CDI). Su aplicación en la población española. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M.A. (2004). *Inventario de depresión para niños*. Madrid: TEA.
- De Los Reyes, A., Bunnell, B. E., y Beidel, D. C. (2013). Informant discrepancies in adult social anxiety disorder assessments: Links with contextual variations in observed behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 122, 376-386.
- Eapen, V. y Crncec, R. (2014). DSM-5 and child psychiatric disorders: What is new? What has changed?. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 114-118.
- Essau, C., Conradt, J., y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behav Res and Ther*, 37, 831-843.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., y Wittchen, H-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15: 453-462.
- Fu, C-W., Tan, A.W., Sheng, F., Luan, R-S., Zhan, S-Y., Chen, W-Q. et al. (2007) The prevalence of anxiety symptoms and depressive symptoms in patients with somatic disorders in urban China: a multicenter cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med*, 37: 185-199.
- Garcia-Lopez, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C., y Turner, S.M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance

- and Distress scale in an adolescent Spanish sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51–59.
- García-López, L.J., Olivares, J., y Vera-Villarreal, P. E. (2003) Social anxiety disorder: Revision of assessment measures for Spanish-speaking population. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151–160.
- García-López, L.J., Ingles, C., y García-Fernández, JM. (2008a). Exploring the relevance of gender and age differences in the assessment of social fears in adolescence. *Soc Behav Personal*; 36, 385–390
- García-López, L.J., Hidalgo, M., Beidel, D., Olivares, J. y Turner, S. (2008b). Brief Form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(3), 150-156.
- García-López, L.J., Bonilla, N., y Muela, J.A. (2015a) Considering comorbidity in adolescents with social anxiety disorder.
- García-López, L.J., Beidel, D., Muela, J.A. y Espinosa, L. (2015b). Optimal cut-off score of social phobia and anxiety inventory – brief form for detecting DSM-5 social anxiety disorder and performance-only specifier. *European Journal of Psychological Assessment*.
- García-López, L.J., Sáez-Castillo, A., Beidel, D. y La Greca, A. (2015c). Brief measures to screen for social anxiety in adolescents. *Dev Behav Pediatr*, 36(5), 562-568.
- La Greca, A.M., y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.
- Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C., y Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychol Med*, 33: 637–646
- Herbert, J.D., Bellack, A.S., y Hope, D.A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 4, 39–51.
- Heimberg R., Hope D., Dodge C., y Becker R.. (1990) DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis*; 176, 172-179.
- Heimberg, R., Hofmann, S., Liebowitz, M., Schneier, F., Smits, J., Stein, M., Hinton, D. y Craske, M. (2014). Social Anxiety Disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, (31), 472-479.

- Hofmann, G., Ehlers, A., y Roth, W. (1995). Conditioning theory: a model for the etiology of public speaking anxiety? *Behav Res Ther*, 1995, 33:567–571.
- Hofmann, S.G. (2000). Treatment of social phobia: potential mediators and moderators. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 5-18.
- Hook, J.N., y Valentiner, D.P. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 379-395.
- Ingles, C., La Greca, A., Marzo, J., García-López, L.J. y García-Fernández, J. (2010a). Social anxiety scale for adolescents: Factorial invariance and latent mean differences across gender and age in Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 847-855.
- Ingles, C., Piqueras, J.A., Garcia-Fernandez, J.M., García-López, L.J., Delgado, D., y Ruiz-Esteban, C. (2010b). Gender and age differences in the cognitive, psychophysiological, and behavioral responses of social anxiety in adolescence. *Psicothema*; 22, 376-381.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H-U., y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 8–19.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R, Merikangas, K. y Walters, E. (2005a). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, (62), 593-603.
- Kessler, R., Chui, W.T., Demler, O., Merikangas, K., y Walters, E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 617–627.
- Kleinknecht, R.A., Dinnel, D.L., Kleinknecht, E.E. y Hiruma, N. (1997). Cultural factors in social anxiety: a comparison of social phobia symptoms and Taijin Kyofusho. *J Anxiety Disord*, 11: 157–177.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M.B., Lieb, R., y Wittchen, H.-U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 111-120.
- Knappe, S., Sasagawa, S. y Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In: Ranta M, La Greca A., Garcia-Lopez LJ, Marttunen M, editors, *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, manifestation and intervention strategies*. Cham: Springer International Publishing 2015, p. 39-70.
- Kovacs, M. (1983). *Children's Depression Inventory, CDI*. Madrid: TEA.

- Levin A. et al., (1993). Responses of “generalized” and “discrete” social phobics during public speaking. *J Anxiety Disord*; 7, 202-221.
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D., Laria, A., Patterson, E., Hofmann, S., Craske, G., Stein, D., Asnaani, A. y Liao, B. (2009). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-5. *Depression and Anxiety* (0), 1-18.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H-U., McGonagle, K.A., y Kessler, R.C. (1996) Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 159–168
- Marks I.M., y Gelder, M.G. (1966). Different ages of onset in varieties of social phobia. *Am J Psychiatry*; 123, 218-221.
- Merikangas, K., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., y Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry*, 51: 81–91
- Nagata, T., Yamada, H., Teo, A.R., Yoshimura, C., Nakajima, T., y van Vliet, I. (2013). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristics and treatment response in a case series. *Int J Soc Psychiatry*, 59: 73–78.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., La Greca, A., Turner, S. y Beidel, D. (1999). The social phobia and anxiety inventory: reliability and validity in adolescents spanish populabtion. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 67-78.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., La Greca, A., Turner, S. y Beidel, D. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The social phobia and anxiety inventory and the social anxiety scale for adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 467-476.
- Olivares, J., Garcia-Lopez, L. J., Hidalgo, M. D., y Caballo, V. E. (2004). Relationships Among Social Anxiety Measures and Their Invariance: A Confirmatory Factor Analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 172-179.
- Ranta, M., La Greca, A.M., García-López, L.J. y Marttunen, M. (2015). Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies. Cham: Springer International Publishing, 39-70.
- Rapee, R.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 41-66). New York: Guilford.
- Rapee, R. M., y Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.

- Ries, B.J., McNeil, D.W., Boone, M.L., Turk, C.L., Carter, L.E., y Heimberg, R.G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behavior Research and Therapy*, 36, 983–994.
- Rogers, M.P., Weinshenker, N.J., Warshaw, M.G., Goisman, R.M., Rodriguez-Villa, F.J., Fierman, E.J., y Keller, M.B. (1996). Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics: J Consult Liaison Psychiatry*, 37: 17.
- Ruscio, A.M. (2010). The latent structure of social anxiety disorder: consequences of shifting to a dimensional diagnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 662-671.
- Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.
- Schwartz, E., Snidman, N., y Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 1008–1015.
- Silverman W.K. y Albano A.M. (1996) Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV, child and parent version. Oxford University Press, London.
- Silverman W.K., Saavedra L.M. y Pina A.A. (2001) Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:937–944.
- Stein, M.B., Walker, J.R., y Forde, D.R. (1996) Public speaking fears in a community sample: prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 169-174.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., y Walker, J. R. (2000a). Social phobia symptoms, subtypes and severity: findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Stein, M., Laine, J., y Walker, J. (2000b). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*; 57, 1046-1052.
- Stemberger, R., Turner, S, Beidel, D., y Calhoun K. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *J Abnorm Psycho* 1104, 526–531.
- Tassin, C., Reynaert, C., Jacques, D. y Zdanowicz, N. (2014). Anxiety disorders in adolescence. *Psychiatria Danubina*, 26(1), 27-30.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents-Handbook. Germany: Pabst Science Publishers.

- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35–40.
- Vieira, S., Salvador, C., Matos, A., García-López, L.J. y Beidel, D. (2013). Inventario de fobia social y ansiedad social – Versión Breve: Propiedades psicométricas en una muestra de adolescentes portugueses. *Behavioral Psychology*, 21(1), 25-38.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., y Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: are they of any use?. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 59-75.
- Wittchen, H-U, Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North Am*, 24: 617–641.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Bergman, R.L., McCracken, J., y Barrios, V. (2002) Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent Versions. *J Clin Child Adolesc Psychol* 31:335–342.