



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Comorbilidad entre trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y el papel del perfeccionismo en adolescentes

Alumno/a: Isabel Fernández García

Tutor/a: Luis Joaquín García López
Dpto.: Psicología

Junio, 2019

Índice

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MÉTODO.....	8
4. RESULTADOS.....	10
5. DISCUSIÓN.....	22
6. CONCLUSIÓN.....	23
7. REFERENCIAS.....	26

Resumen

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por miedos irracionales sobre una situación temida y preocupación excesiva, mientras que el trastorno de ansiedad social es caracterizado por miedos relacionados con las situaciones sociales como sentir vergüenza, intentando evitar estas situaciones. En esta revisión vamos a estudiar la comorbilidad de ambos trastornos y sus consecuencias ya que con el paso del tiempo estos trastornos hacen que los sujetos que los padecen cambien su estilo de vida por el miedo de enfrentarse a las situaciones temidas. Los dos trastornos son más propensos en mujeres que en hombres y las edades de comienzo del TAG son sobre la edad adolescente-adulta, mientras que las edades de comienzo del TAS son más tempranas. Se relaciona el papel del perfeccionismo con el trastorno de ansiedad social, mostrando que a tasas más altas de perfeccionismo mayores son la probabilidad de tener trastorno de ansiedad social, debido al constante miedo de que las personas del círculo social más cercano hagan evaluaciones negativas sobre la persona perfeccionista y borre su imagen impecable.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad social, comorbilidad, perfeccionismo, adolescentes, jóvenes, niños.

Abstrac:

Generalized anxiety disorder is characterized by irrational fears about a feared situation and excessive worry, while social anxiety disorder is characterized by fears related to social situations such as feeling ashamed, trying to avoid these situations. In this review we will study the comorbidity of both disorders, since it has a high percentage of presenting together and their consequences since over time these disorders make the subjects who suffer change their lifestyle by fear to face the feared situations. The two disorders are more likely in women than in men and the ages of onset of GAD are about adolescent-adult age, while the ages of onset of SAD are earlier. The role of perfectionism is related to social anxiety disorder, showing that higher rates of perfectionism are more likely to have social anxiety disorder, due to the fear that people from the closest social circle will make negative evaluations about the perfectionist and erase your impeccable image.

Keywords: Generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, comorbidity, perfectionism, adolescent, youth, children.

Introducción

Hallazgos que se han encontrado en clínica y epidemiológica al realizar estudios sobre el trastorno de ansiedad generalizada muestran que hay una alta proporción de comorbilidad con otros diagnósticos comórbidos comunes en los que incluyen el trastorno de ansiedad social, ya que hasta el 66% de los pacientes con TAG actualmente tienen un diagnóstico adicional y casi el 90% de pacientes tienen de por vida otro diagnóstico psiquiátrico (Carter et al (2001), citado en Wittchen, 2002).

En cuanto a la representación de estos dos trastornos encontramos que TAS se caracteriza por el miedo y la evitación de situaciones sociales en cambio TAG se determina por la preocupación excesiva, a menudo con temas tanto sociales como no sociales. (Rabany et al., 2017).

En TAG el miedo es mayor en proporción con la situación temida y además están relacionados con al menos un síntoma fisiológico en niños y tres en adultos esto muestra que hay diferencias fenomenológicas entre el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad social las cuales están descritas por el DSM-IV y el DSM-V ya que la investigación sugiere que hay dos áreas que distinguen los dos trastornos como son los síntomas fisiológicos y la inhibición del comportamiento. Concretamente se ha verificado que los síntomas fisiológicos tienen mayor conexión con TAG que con TAS, mientras que la inhibición tiene una estrecha relación a la hora de predecir TAS (Whitmore, Kim-Spoon & Ollendick, 2014)

Definición, Prevalencia y comorbilidad de TAG Y TAS

El trastorno de ansiedad social se considera un trastorno crónico de ansiedad, ya que éste está determinado por el miedo que le produce sentir vergüenza en un entorno o ambiente social con intentos de evitación. La TAS es determinada por una importante discapacidad y cronicidad ya que puede acarrear restricciones en la vida diaria de la

persona ya que tiene una influencia importante a la hora de tomar decisiones significativas en la rutina diaria y con frecuencia dificulta que las personas que lo sufren desaprovechen oportunidades que aparecen en su vida por el miedo (Wittchen & Fehn(2001), citado en Iulian Lancu et al., 2006)

En consecuencia de tener TAS los sujetos son más tendentes a desarrollar disparidades en diferentes campos sociales como son en el colegio, trabajo, vida social, relaciones con el sexo opuesto etc. Además los individuos con trastorno de ansiedad social a lo largo del tiempo van a desarrollar una mayor discapacidad y menor calidad de vida así como la probabilidad de comorbilidad secundaria de otros trastornos mentales (Lecrubier et al (2000), Lepine & Pelissolo (2000), Lydiard (1996), Wittechen et al (2000), citado en Iulian Lancu et al.,2006)

Estudios epidemiológicos muestran que la edad de inicio de este trastorno es en la infancia y la adolescencia, además el TAS es el tercer trastorno con mayores tasas de prevalencia, tras la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol. Las consecuencias que puede producir este trastorno en el desarrollo de la adolescencia son peligrosas Se hace énfasis en el bajo rendimiento académico y el posible abandono escolar, el desarrollo de otros posibles trastornos de ansiedad o del estado de ánimo y el principio de un consumo de alcohol o sustancias tóxicas (Rosa Alcázar, Piqueras Rodríguez, & Olivares Rodríguez, 2005).

El trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno persistente y en ocasiones se convierte en un peligroso trastorno mental de ansiedad, este trastorno está caracterizado por ser duradero entre 6 meses o más y por desarrollar una preocupación excesiva, ansiedad, tensión con síntomas de hipervigilancia y otros somáticos. La sintomatología del trastorno se vincula con un sufrimiento subjetivo sustancial y duradero ya que el sujeto siente que pierde el control sobre todo lo que le preocupa.

Los informes clínicos informan de que menos de 20% de las personas que tienen el trastorno lo hacen en su totalidad, aunque la mayoría de pacientes han tenido los síntomas durante 5 y 10 años hasta que han sido diagnosticados y tratados de manera adecuada (Ballenger et al (2001), Kessler et al (2001), Rogers et al (1999), citado en Wittchen, 2002)

Las revisiones en relación con la edad de comienzo del trastorno muestran que la totalidad de personas que desarrollan el trastorno comienzan a sentir los primeros síntomas en los últimos años de adolescencia o al principio de los 30 años (Wittchen et al (1994), citado en Masi et al, 2003) mientras que sea más común el comienzo del trastorno al final de la adolescencia o inicio de la edad adulta en algunos casos también los niños experimentan este trastorno siendo su edad media del inicio de este los 8,8 años(Last et al (1992), citado en Masi et al, 2004)

En una encuesta epidemiológica sobre trastornos del DMS-III muestra que hay una distribución bimodal sobre la edad de inicio de TAG, ya que puede ser que el trastorno se presente con un inicio temprano o con un inicio tardío (Blazer et al (1991), citado en Masi et al, 2004)

Todo esto sugiere que los acontecimientos vitales estresantes pueden desarrollar un papel más importante en el inicio tardío del trastorno (Blazer et al (1987), citado en Masi et al, 2003) sin embargo la forma de inicio temprano del trastorno se ha relacionado con un trastorno vinculado a grados más altos de psicopatología (Hoen-Sarlic et al (1993), citado en Masi et al, 2004).

La gran parte de niños y adolescentes que tiene ansiedad tienden a tener al menos otro trastorno de ansiedad como es en el caso del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad social, teniendo como primer diagnóstico el TAG y de secundario a TAS (Masi et al(1999), citado en Wagner, 2001)

Sin embargo aunque en ocasiones los dos trastornos ocurran juntos, se puede distinguir de forma clara, ya que en pacientes que tienen el TAS tienen niveles mayores de sudoración, desmayos y taquicardia que en los sujetos que tienen trastorno TAG ya que éstos mostraron mayores niveles de miedo a morir y mareos que los sujetos que tenían TAS (Reich, Noyes, & Yates (1988) citado en Mennin, Heimberg, & MacAndrew, 2000).

Asimismo los pacientes que tiene TAS sienten dolor de cabeza con menos constancia y mayor frecuencia de disnea que los pacientes que sufren TAG (Reich et al., (1988) citado en Mennin, Heimberg & MacAndrew, 2000). Aunque también se ha

encontrado que en los pacientes con TAG es más frecuente la falta de sueño o insomnio que los que tiene TAS (Versiani, Mundim, Nardi, & Liebowitz(1988) citado en Mennin, Heimberg & MacAndrew, 2000).

También se diferencian ya que los pacientes con TAG tienen altos niveles de ánimo ansioso ya que los sujetos con TAS se caracterizan por la activación autonómica (Gross, Oei, y Evans, (1989) citado en Mennin, Heimberg & MacAndrew, 2000).

El papel del perfeccionismo

El perfeccionismo desadaptativo se explica como la predisposición de autoimponerse una persona metas irracionales muy elevadas, donde prevalece una autoevaluación muy crítica y el valor propio de la persona se mide a través de las metas, logros y fracasos que consiga (Hewitt & Flett, (1991) citado en Chemisquy & Helguera, 2018). Las investigaciones indican que el origen del perfeccionismo en una persona puede estar producido por el ambiente familiar (Maloney, Egan, Kane, y Rees,(2014) citado en Chemisquy & Helguera, 2018) en el cual se producen pautas de apego inseguro(Chen, Hewitt, y Flett, (2015) citado en Chemisquy & Helguera, 2018).

Las ideas que suelen tener las personas con perfeccionismo son del tipo autoderrotista sobre ellos mismos ya que se ven como carentes, deficientes y fracasados. Los esquemas desadaptativos precoces muestran un marco donde las personas dotan de sentido a la experiencia y es donde está la base de los trastornos mentales, lo que ocurre que a través de la satisfacción o viceversa toman forma las necesidades básicas del desarrollo (Young, Klosko, y Weishaar, (2003) citado en Chemisquy & Helguera, 2018)

Se encontró en estudios que el trastorno de ansiedad social puede estar conectado en algunos casos con la autopercepción perfeccionista, ya que esto puede ser una expresión de la sensibilidad interpersonal de niños y adolescentes, de los cuales tenga la predisposición de interpretar negativamente los sucesos interpersonales, además del malestar que sufren por el perfeccionismo, el TAS hace que haya mas probabilidad de experimentar problemas personales, como puede ser que la persona se sienta sola o incomprendida, esto puede llevar a que se produzcan otros problemas de salud psicológica(Arce & Polo (2016) citado en Chemisquy & Helguera, 2018).

Además se ha encontrado que el mostrar siempre la perfección y ocultar las imperfecciones de uno mismo es el hilo conector que está más asociado a que se desarrollen problemas de ansiedad. (Coulter y Hewitt (2012) citado en Chemisquy & Helguera, 2018)

Método

La metodología que se ha usado para la realización de esta revisión sistemática está basada en la búsqueda de información durante los meses de Abril y Mayo de 2019 en diferentes bases de datos como son Pubmed, Psycinfo y Medline, para la búsqueda de información en las bases de datos se utilizaron las siguientes palabras claves junto a operadores booleanos en forma de conector: “generalized anxiety disorder” OR “social anxiety disorder” AND “comorbidity” OR “perfectionism” AND “adolescent” OR “youth” OR “children”. Hubo varios problemas con las palabras clave a la hora de poner todo el conjunto de palabras con los conectores ya que no se obtenían resultados concretos sobre el tema, por lo tanto se utilizaron las palabras clave en varias combinaciones: “generalized anxiety disorder” AND “comorbidity” AND “adolescent”, “social anxiety disorder” AND “comorbidity” AND “adolescent”, las otras combinaciones variaban en vez de “comorbidity” se utilizaba “perfectionism” y en lugar de “adolescent” se utilizaba “youth” o “children”, la búsqueda con las diferentes combinaciones de palabras clave y conectores se realizó en Junio de 2019 con el objetivo de obtener mejores resultados que en las anteriores búsquedas.

En los casos de Psycinfo y Medline se utilizaron filtros en base a la muestra para que se seleccionara solo estudios realizados con humanos y en el idioma para que fuesen solo estudios escritos en inglés o español.

Los artículos científicos encontrados fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión: 1) que los artículos estuviesen escritos en lengua española o inglesa, 2) que alguna de las palabras clave estuviesen en el título o resumen, 3) que el trastorno de ansiedad generalizada o ansiedad social fuese el principal, 4) que el artículo fuese de carácter experimental y 5) que la franja de edad estuviese entre los 12 años hasta los 18 años. Como criterios de inclusión se utilizaron: 1) la duplicación de artículos.

Tras realizar la búsqueda de los artículos científicos se encontraron un total de 15 artículos, los cuales cumplían los criterios de inclusión. De todos los estudios que cumplían los criterios se encontraron tres en español y 13 en inglés. En la figura 1 se muestra el proceso de selección de los estudios incluidos en la revisión.

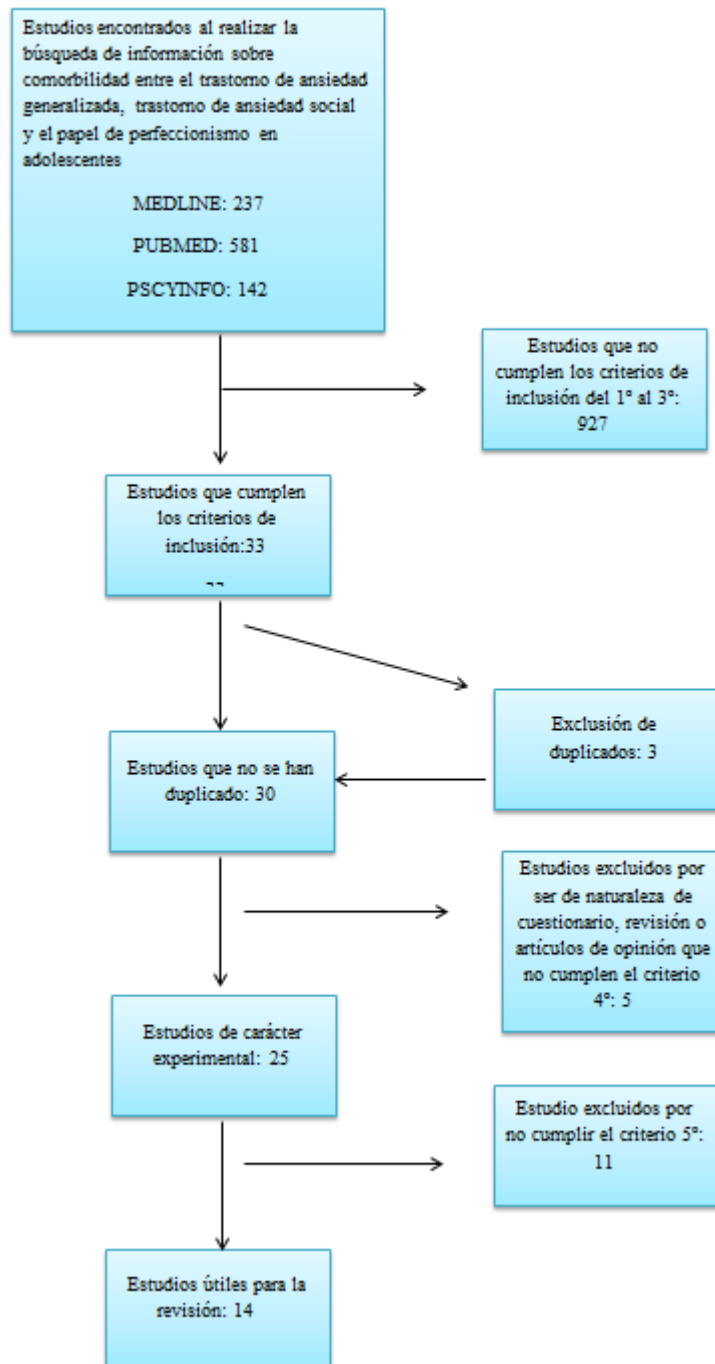


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de elección de los artículos

Resultados

El esquema de todos los datos de los artículos incluidos en la revisión, como son la muestra, el trastorno principal y un breve resumen de los resultados se encuentra en la Tabla 1.

Nombre Primer autor / Año	Muestra	Variables analizadas	Trastorno	Resultados
Luis Joaquín García/2004	44 adolescentes. Edad media: 15'84 DT:0'624 Rango: 15-17	Edad, Género, Puntuaciones distintas mediante medidas de evaluación.	Trastorno de Ansiedad social.	Indican que las medidas que tomaron fueron favorables para los efectos del tratamiento.
Nazan Kaymaz/ 2014	121 adolescentes. Grupo con ansiedad y sin ansiedad. Rango de edad: 10-17 DT: 14,18 y 13,75.	Edad Género Rendimiento escolar. Número de hermanos. Educación de padres. Estatus socioeconómico.	Trastorno de ansiedad generalizada.	Los resultados indican que los niños que mantuvieron más tiempos con los padres son los que tienen TAG, en cambio el grupo control no permaneció tanto tiempo con los padres, igualmente los participantes con TAG permanecieron durante más tiempo que el grupo control aunque no fue significativo.
Heidemarie Bluementhal/ 2010	50 adolescentes. Rango de edad 12-17 años. Edad media: 16,35. DT:1.10	Edad. Diversos cuestionarios.	Trastorno de ansiedad social.	La ansiedad social está relacionada con el uso de alcohol como medio de afrontamiento. Gran parte de los participantes con ansiedad social

				manifestaron su motivación de consumir alcohol para hacer frente a relaciones sociales.
Klaus Ranta/2009	784 adolescentes. Rango de edad: 12-17 Edad media fase 1:14,6 Edad media fase 2: 17,7 Desviación típica ambas fases : (1,1)	Género. Edad. Estatus ocupacional familiar. Diversos cuestionarios.	Trastorno de ansiedad social. Trastorno de ansiedad generalizada.	Se encontró una prevalencia de Ansiedad social y ansiedad social subclínica. Aumento proporcionalmente en el género femenino a medida que aumentaba la edad. La ansiedad social se asoció a otros trastornos como ansiedad o depresión. Los resultados académicos se vieron afectados en los adolescentes con ansiedad social. Dos tercios de estos fueron acosados.
M. Burstein/ 2014	10123 adolescentes. Rango de edad:13-18 Edad media: 15,5. D.T. en distintos subgrupos: 13-14 años= (0'36) 15-16 años: (0'62) 16-17 años: (0'56)	Género. Edad. Raza. Índice de pobreza.	Trastorno de ansiedad generalizada.	El 3% de los adolescentes cumplieron con los criterios de TAS. Reduciéndose la duración de 6 a 3 meses, resultando un aumento del 65'7%

José Olivares Rodríguez/2005	34 adolescentes. Rango de edad:14-17 años. Edad media:15'03. D.T:0'86.	Edad. Género. Curso escolar. .	Trastorno de ansiedad social.	La comparación intergrupala muestra la diferencia ya sea a corto o largo plazo de los efectos en medidas de autoinforme, en pruebas observacionales y las relativas .Tanto el efecto calculado como el número de sujetos que dejaron cumplir los criterios el diagnóstico de la fobia social.
Gema Fuentes- Rodríguez/2018	94 adolescentes. Rango de edad: 14-18 años: Edad media:15'35. D.T:1'09	Edad. Diversos cuestionarios y escalas.	Trastorno de ansiedad social.	Los hallazgos sugieren que existe comorbilidad entre el trastorno de ansiedad generalizada y específico. Los resultados hallados se discuten en la etiología, evaluación, clasificación y tratamiento en la ansiedad social.
Maria J. Whitmore/ 2013	329 adolescentes. Rango de edad: 7-14 años. Edad media:9'77 D.T:2,06	Género. Edad. Ingresos familiares.	Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de ansiedad social.	Los análisis confirman que la Ansiedad social y la ansiedad generalizada presentan en comorbilidad en adolescentes. Los adolescentes con comorbilidad en ambos trastornos

				obtuvieron menor puntuación.
Pablo José Olivares/2006	25 adolescentes. Rango de edad:14-17 años. Edad media: 15'32. D.T:0'75 Intervención sin tutoría. 1'15 Intervención con tutorías.	Edad. Género. Curso escolar. Números de situaciones sociales fóbicas.	Trastorno de ansiedad social.	Las medidas que evalúan directamente ansiedad, evitación social resultaron eficaces tanto a corto como largo plazo. También los correlatos de la autoestima, adaptación y habilidades sociales en ambas condiciones, sin encontrarse diferencias significativas entre ellas.
Ihab Zubeiadat/2007	961 adolescentes. Rango de edad: 13-18 años. Edad media:15,63. D.T: 1,32.	Varios cuestionarios y escalas.	Trastorno de ansiedad social. Trastorno de ansiedad generalizada.	Los resultados mostraron que los adolescente con ansiedad social presentan un porcentaje mayor de comorbilidad que los jóvenes con otras psicopatologías. El segundo grupo presentó mayor comorbilidad que el primero en gran parte de los problemas clínicos.
Luis Joaquín García López/2016	160 participantes. Rango de edad: 12-17 años.	Edad. Género.	Trastorno de ansiedad social.	Generalmente, los resultados obtenidos enfatizan

	Edad media; 15'45. D.T: 1,30.			la presencia de comorbilidad es frecuente en adolescentes con trastorno de ansiedad social.
Cate S. Hearn/2016	60 participantes. Rango de edad:8-12 años. Edad media:9'88 años. D.T:1'28.	Edad. Género. País de nacimiento. Situación familiar. Estatus socioeconómico.	Trastorno de ansiedad social. Trastorno de ansiedad generalizada.	Grupo de TAS y TAG presentó mayor intolerante a la incertidumbre, pensamientos negativos.
I.Iancu./ 2014.	132 participantes. Rango de edad: 18-58 años. Edad media:26,50. D.T:2'90.	Edad. Nivel de estudios. Religión. Estatus familiar. Estatus económico.	Trastorno de ansiedad social.	El grupo IJ y el grupo IA obtuvieron mayor nivel de evitación social. Los sujetos IJ e IA mostraron mayor nivel de ansiedad social y menores expectativas de los padres en comparación con muestras de E.E.U.U.

Tabla 1: Breve resumen de los resultados, muestra, autor y trastornos principales.

Como se puede apreciar en la tabla el criterio de la edad tuvo que modificarse a la hora de escoger algunos artículos, debido a que no se encontró suficiente material si se basaba solamente en ese rango de edad, por ejemplo en el estudio de Mennin, Heimberg & MacAndrew (2000) su muestra era de 63 hombres y 59 mujeres con las edades entre los 18 hasta los 65, este estudio se eligió aunque estuviese fuera del rango de edad establecido

como criterio debido a que había poco material sobre la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social, lo mismo paso en los casos Hearn, Donovan, Spence, March, & Holmes, (2017), Whitmore, Kim-Spoon y Ollendick (2013) y I. Iancu, Bodner, Joubran, Ben Zion, & Ram, (2015).

En resumen, la revisión de toda la literatura utilizada para esta revisión muestra que aparte de la comorbilidad entre el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad social, hay otros trastornos que también son comórbidos con ellos.

El trastorno de ansiedad social

En los artículos revisados hemos encontrado que el TAS tiene comorbilidad con diferentes trastornos y que existen dos variantes de este trastorno ya que se puede presentar de dos formas.

En el estudio de Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra, & Salinas,(2007) analizan la comorbilidad que hay entre el TAS y otras patologías y entre la ansiedad social específica y la generalizada, ya que muestran en los resultados relacionados con la comorbilidad de los adolescentes que presentan ansiedad social tienen un porcentaje significativo de comorbilidad superior a los sujetos que tiene otras psicopatologías en los índices clínicos de ansiedad y evitación de situaciones sociales, estos resultados fueron lógicos ya que utilizaron instrumentos relacionados con la ansiedad y fobia social (LSAS,SAD Y FNE) éstos muestran una relación clara con el grupo de ansiedad social el cual fue establecido por la SIAS.

Se encontró que el grupo de adolescentes con otras psicopatologías no especificadas tenían un nivel de comorbilidad mayor que los sujetos con ansiedad social en los problemas clínicos menos relacionados con situaciones de interacciones de interacción interpersonal (evaluados por el YSR/11-18 y MMPI-A), en este estudio se halló escasa disparidad entre los grupos de ansiedad social específica y ansiedad social generalizada relacionado con la comorbilidad con otros problemas clínicos (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra, & Salinas, 2007).

Los resultados del estudio muestran que las diferencias existentes entre los tipos de ansiedad social se deben al patrón de ansiedad que está asociado a las situaciones sociales en sí las cuales fueron evaluada por instrumentos de fobia y ansiedad social, se encontraron también disimilitudes significativas entre los grupos relacionados con los índices de

paranoia, introversión social y autoestima baja (evaluados por MMPI-A) donde los sujetos que tenían ansiedad generalizada sugieren niveles más altos, no obstante todas estas diferencias pueden indicar una mayor afectación para los sujetos con ansiedad social generalizada (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra, & Salinas, 2007).

También se ha demostrado en otro estudio que el TAS tiene alta comorbilidad con TAG y fobia específicas ya que se descartaron otros trastornos como la depresión mayor en relación con el TAS, ya que ésta tiene más comorbilidad con TAG (García-Lopez, Bonilla & Muela-Martínez 2016) esto se confirma ya que en otro estudio como resultado se mostró que el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social generalizado y específico tienen alta comorbilidad entre ellos en adolescentes y que su edad de inicio es sobre los 8 años (Fuentes-Rodríguez, García-López & García-Trujillo, 2018)

Asimismo se ha encontrado que personas con TAS tienen mayor porcentaje (59%) de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad que las personas que tienen TAS subclínico, incluso a día de hoy se ha demostrado que los adolescentes que sufren este trastorno el 70% de ellos han sufrido bullying, además de un decaimiento en el rendimiento escolar (Ranta et al, 2009), añadiendo que muchos adolescentes que sufren este trastorno se respaldan en el alcohol para evadirse de los problemas y preocupaciones relacionados con su círculo social y sus capacidades para relacionarse con su entorno (Blumenthal, Leen-Feldner, Frala, Badour, & Ham, 2010)

Intervención en el trastorno de ansiedad social

Unos de los programas de intervención utilizados para el TAS es el IAFS (intervención en adolescentes con fobia social), éste se basa en 12 sesiones las cuales se realizan en grupo, su duración es de 90 minutos por sesión, está compuesto por cuatro componentes: 1) Componente educativo, 2) Entrenamiento de habilidades sociales, 3) Exposición y 4) Técnicas de reestructuración cognitiva, el componente más importante para la eficacia de la terapia es la exposición ya que utiliza diferentes maneras por ejemplo: autoexposición con las conductas fijadas anteriormente, situaciones sociales donde los sujetos sienten altos niveles de ansiedad etc.. Los resultados de esta intervención fueron favorables debido a que el grupo con ansiedad social consiguió reducir sus respuestas de ansiedad en comparación con el grupo control, además en el grupo experimental se notó

una mejoría en algunas variables como asertividad, adaptación y habilidades sociales, aunque en la variable de autoestima no se notó mejora (Rosa Alcázar, Piqueras Rodríguez, & Olivares Rodríguez, 2005) esto podría ser un punto para resolver en estudios futuros.

Estos datos se confirman ya que, en otro estudio en el que se ha utilizado el mismo programa (IAFS) aunque se le ha añadido las tutorías individualizadas para los sujetos, se ha demostrado que se redujo la ansiedad ante la exposición de situaciones ansiosas para los adolescentes que tenían TAS, aunque se pone en duda quitar las tutorías ya que esto no ha llevado una mejora significativa entre los sujetos que tenían tutorías y los que no tenían (Rosa Alcázar, Olivares Olivares, & Olivares Rodríguez, 2006)

Aunque el IAFS es uno de los programas utilizados para la intervención de este trastorno, hay diversas escalas que muestran el grado o existencia del TAS como son: 1) La fobia social e Inventario de Ansiedad (SPAI) Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, (1989) citado en García-López, Olivares, & Hidalgo, 2005), 2) La Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) (La Greca & Lopez, (1998) citado en García-López, Olivares, & Hidalgo, 2005), 3) Reporte personal de confianza como ponente (PRCS)(Paul, (1966) citado en García-López, Olivares, & Hidalgo, 2005) , 4) Escala de desajuste((Echeburúa and Corral, (1987) citado en García-López, Olivares, & Hidalgo, 2005) , 5) The Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, (1965) citado en García-López, Olivares, & Hidalgo, 2005) y 6) Programa de entrevistas para trastornos de ansiedad para el DSM-IV (ADIS-IV) (DiNardo, Brown, & Barlow, (1994) citado en García-López, Olivares, & Hidalgo, 2005).

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se denomina como *“TAG es un trastorno de ansiedad reconocible y distinta que se asocia con una carga significativa de discapacidad en el individuo, cuya magnitud es al menos equivalente a la de la depresión mayor”* (Kessler et al.,(1999), Wittchen et al., (2001) citado en Wittchen, 2002).Se ha demostrado en varios estudios que la prevalencia de TAG ha aumentado en adolescentes sobretodo en el sexo femenino, ya que las mujeres tienen el doble de probabilidades de padecer este trastorno de en relación con los hombre, el porqué de este aumento de probabilidad en las mujeres no está claramente definida, pero se ha relacionado con los pensamientos que tiene las mujeres sobre la figura femenina, las tareas del hogar, las inseguridades etc. Además de

haber aumentado en el sexo también se ha comprobado conforme las personas tienen más edad, existe mayor tendencia a padecer este trastorno (Burstein, Beesdo-Baum, He, & Merikangas, 2014)

En relación a los síntomas de TAG se ha encontrado que hay una serie de síntomas concretos que tienen más probabilidad de predecir el trastorno que otros síntomas, estos son: 1) Concentración (83,4%), 2) Irritabilidad (71,5%) e 3) Inquietud (71,3%), siendo la tensión muscular el síntoma menos asociado a la aparición de TAG, esto demuestra que la irritabilidad es un factor de riesgo a la hora de presentarse el trastorno, sobre todo en el comienzo de la adolescencia. Aunque el TAG aparece en adolescencia de manera episódica donde hay periodos de riesgo o en forma de curso recurrente (Burstein, Beesdo-Baum, He, & Merikangas, 2014).

Como en otros estudios se han demostrado que TAG tiene comorbilidad con otros trastornos como son la depresión, la ansiedad (más relación con el trastorno de ansiedad social), pero TAG no solo puede ser causado por los síntomas antes comentados o por la comorbilidad con otros trastornos, ya que puede que tengamos periodos o momentos en nuestra vida que no tenga relación con lo anterior comentado y que nos haga padecer este trastorno, como puede ser sucesos o costumbres que se reproducen en la infancia y que puede acarrear problemas como en este caso el trastorno de ansiedad generalizada como por ejemplo encontramos en un estudio que adolescentes que comparten con sus padres la habitación cuando duermen, a la hora de la separación e independencia de cuarto muestran síntomas y signos de TAG, aunque esto también podría mostrar que si la situación perdura en el tiempo TAG podría tener comorbilidad con el trastorno de ansiedad por separación (Kaymaz et al., 2015).

En relación con el trastorno en la población de adolescentes y niños éste les provoca un sufrimiento debido a la reiteración de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo de ellos en el ambiente social, académico y familiar, como se ha comentado reiteradamente este trastorno tiene una alta comorbilidad con otros trastornos como son los de ansiedad y depresión mayor. Se ha comprobado que el tratamiento de TAG para niños tiene bastante eficacia, éste está basado en potenciar la serotonina selectiva e inducir inhibidores de la receptación de buspirona y benzodiacepinas (Wagner, 2001).

Aunque para el tratamiento farmacológico de TAG se ha utilizado dos opciones que son el SSRI paroxetina y el SNRI de venlafaxina, los cuales se utilizan para la atención primaria del trastorno, ya que estos agentes han demostrado su eficacia en trastornos como la depresión y ansiedad que usualmente son comórbidos con TAG (Brawman-Mintzer et al.(1993), Ballenger et al. (2001) Davidson (2000) citado en Wittchen, 2002). Respecto al tratamiento no hay que olvidar que es importante para la superación de éste intervenciones psicosociales, educativas y farmacológicas, para obtener una mayor eficacia a la hora de combatir con el trastorno (Wittchen, 2002).

Comorbilidad del Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de ansiedad social

Muchos estudios anteriores han demostrado que las personas que tienen el trastorno de ansiedad generalizada tiene un porcentaje alto de tener comorbilidad con el trastorno de ansiedad social, por eso se ha estudiado los trastornos por separado y en conjunto, como podemos ver en el estudio de Mennin, Heimberg, & MacAndrew, (2000) estudiaron a dos grupos, uno tenía TAG y TAS, mientras que el otro solo tenía TAS, los resultados fueron significativos ya que se encontró que el grupo que tenía ambos trastornos tenía niveles más altos en el miedo a la interacción social, mayor nivel de ansiedad general, bajo estado de ánimo, evitación social, deterioro funcional y características psicopatológicas generales en comparación con el grupo que solo padecía TAS, ya que los sujetos que tenían los dos trastornos tenían la tendencia a preocuparse más sobre situaciones relacionadas con la situación temida o a ella misma, haciendo que puedan tener más posibilidad de evitación.

Como podemos ver en el estudio de Whitmore, Kim-Spoon, & Ollendick, (2014) también utilizaron varios grupos en este caso tres, estaban formados por niños con TAG, con TAS y con ambos trastornos, los resultados fueron que los pertenecientes al grupo de ambos trastornos mostraban peores resultados en general que los que tenían solo un trastorno.

Esto se puede confirmar con los resultados de un estudio donde se comparó un grupo de niños que tenían ambos trastornos con un grupo de niños que no tenían ninguno de los dos trastornos, se mostró que el grupo experimental tenía puntuaciones más altas en preocupación, intolerancia a la incertidumbre, creencias negativas sobre preocupaciones y orientación negativa hacia el problema, aunque hay una diferencia entre los niños que tiene

TAG y TAS, ya que los que padecen el trastorno de ansiedad generalizada utilizan la evitación cognitiva con la finalidad de aliviar su angustia asociada a la preocupación mientras que los niños que tienen TAS no utilizan ningún mecanismo de defensa desencadenando una preocupación constante sobre sus problemas sociales, en el caso que los niños con TAG no utilizaran la evitación la intensidad de las preocupaciones es la misma para ambos. Se propone una mejora en el tratamiento para niños con SAD centrándose en las variables de preocupación, intolerancia a la incertidumbre, creencias negativas sobre la preocupación y orientación negativa al problema, por la falta de mecanismo de defensa comentada anteriormente (Hearn, Donovan, Spence, March, & Holmes, 2017).

El papel del perfeccionismo y el trastorno de ansiedad social

Antes de hablar de la relación que hay entre el perfeccionismo y la ansiedad social, se debe conocer cómo se presenta el perfeccionismo en los sujetos, esto es llamado auto representación perfeccionista, los perfeccionistas desadaptativos las utilizan en sus relaciones sociales, estas les ayudan a controlar constantemente la imagen que quieren que los demás vean de ellos con el objetivo de que su apariencia sea perfecta en todos los ámbitos (Baumeister y Hutton (1987) citado en Chemisquy & Helguera, 2018)

La autorepresentación perfeccionista tiene dos componentes motivacionales: 1) mostrar la perfección de la persona y 2) ocultar cualquier tipo de imperfección que haga que su reputación baje. A partir de los componentes motivacionales se forman tres facetas de la representación el perfeccionismo (Hewitt et al. (2003) citado en Chemisquy & Helguera, 2018).

La primera faceta es la autopromoción de la propia perfección, ésta se basa en mantenerse todo el tiempo perfecto hacia los demás, aquí se representan el esfuerzo que hacen para exhibir todos los logros conseguidos por ellos mismos y conseguir que los demás piensen que es un ser perfecto, se añade además la motivación que tienen por mostrar y exagerar todas las conquistas y logros personales acompañado de su comportamiento ejemplar frente a los demás, queriendo dar ejemplo de su perfección.(Chemisquy & Helguera, 2018).

Las otras dos facetas son no mostrar las imperfecciones de las personas y no revelarlas, estas se basan en la preocupación constante de los perfeccionistas en no mostrar sus equivocaciones, para ello evitan cualquier situación en las que ellos tienen la duda de fracasarán “(p.ej., *participar en un deporte para el que no tienen suficiente habilidad*), *se aíslan para no ser vistos* (p.ej. *elegirán una academia de idiomas en un barrio alejado, comprobando que a este lugar no asisten sus allegados*), *u ocultan o destruyen las evidencias de sus fracasos* (p.ej., *esconderán el boletín de calificaciones o notas*).” No mostrar cualquier tipo de imperfección o error lo consiguen ocultando cualquier tipo de cosas o situación que perciban como imperfecta y ya no son situaciones embarazosas, o cosas que han hecho las cuales no consideran perfectas, también lo hacen con las emociones ya que si ellos piensan que las emociones son negativas o no son aceptadas las reprimen. (James, Verplanken & Rimes, (2015) citado en Chemisquy & Helguera, 2018).

Aunque hay una diferencia entre estas dos facetas aunque parezcan casi iguales, la diferencia es que la hora de disimular los fracasos lo hacen de manera diferente ya que en la faceta de no mostrar las imperfecciones dejan de hacer cualquier cosa para que los demás no se den cuenta de que han cometido un error, mientras que en la faceta de no revelar las imperfecciones no mencionan nunca ningún tipo de error o equivocación que hayan tenido en el pasado o presente. (Hewitt et al. (2003) citado en Chemisquy & Helguera, 2018).

Con la autorrepresentación perfeccionista se asocian factores de vulnerabilidad psicológica como son una baja autoestima de la persona que intenta suprimir con la creencia de los demás sobre su perfección, síntomas de ansiedad siendo la más común la ansiedad social debido a intentar ser siempre perfecto para los demás, las ideas y pensamientos recurrentes sobre cómo se va a comportar para que los demás no aprecien algún fallo o imperfección sobre su persona puede provocar este tipo de ansiedad, síntomas de depresión por no llegar a conseguir la imagen que quiere mostrar, preocupación por las posibles evaluaciones sociales negativas que pueden realizar por su apariencia (Hewitt, Flett, & Ediger, (1995) y Hewitt et al. (2003) citado en Chemisquy & Helguera, 2018).

Se ha encontrado que el perfeccionismo está más relacionado con el trastorno de ansiedad social que con el de ansiedad generalizada ya que la ansiedad se produce cuando las personas quieren aparentar algo que no son o esconder errores a la hora de establecer

relaciones con su círculo social, aunque se han encontrado poca información sobre este tema, en el estudio de I. Iancu, Bodner, Joubran, Ben Zion, & Ram, (2015) comparas dos muestras de mujeres hombres de diferente países (Israelíes judíos e Israelíes árabes), los resultados más significativos son que en los judíos árabes las puntuaciones de perfeccionismo eran iguales en ambos géneros, mientras que la ansiedad social era superior en la mujeres debido a los miedo y la cultura tradicional de esos países.

En este estudio se ve como la muestra de judíos israelís y judíos árabes tenían niveles más elevados de factores relacionados con la ansiedad social en comparación con personas que no pertenecen al occidente, esto puede decir que cada vez se enfrentan mas a sus padres, y a la cultura impuesta desde hace mucho años, esto corrobora la relación con el perfeccionismo, ya que se ha encontrado que el perfeccionismo se asocia con el TAS cuando hay niveles altos de éste trastorno (I. Iancu, Bodner, Joubran, Ben Zion, & Ram, 2015).

Discusión

Este proyecto es una revisión sistemática sobre la comorbilidad de los trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social con el papel del perfeccionismo en adolescentes, con el fin de encontrar y plasmar los mejores artículos científicos sobre todos los temas a tratar del trabajo, encontrar mas sentido a la relación que hay entre los dos trastornos principales y porque se produce la comorbilidad entre ellos , y saber cuál es la implicación del perfeccionismo en estos dos trastornos y si los trastornos producen el perfeccionismo o viceversa.

A la hora de la búsqueda bibliográfica se ha encontrado una escasez de artículos que explicasen lo que tratábamos de hallar, partiendo de que no se ha encontrado ningún artículo relacionado con el trastorno de ansiedad generalizada y el papel del perfeccionismo, aunque se haya encontrado alguno relacionado con el trastorno de ansiedad social aparte de que no hay una relación directa y explicativa como se buscaba las edades que nosotros utilizábamos para el estudio tampoco se encontraron, se tuvo que modificar en algunas ocasiones la muestra para poder seleccionar artículos como ha ocurrido también en el caso de TAG.

También hubo falta de información en la búsqueda de artículos sobre el trastorno de ansiedad generalizada, ya que pocos se centraban en nuestro rango de edad, además de los artículos relacionados con el trastorno no se centraban mucho en la información que se quería encontrar y aportaban poco a la revisión, ya que solo se ha encontrado información que cumplía todos nuestros criterios de inclusión sobre el trastorno de ansiedad social, es el único que había información suficiente sobre la prevalencia, población adecuada a nuestros criterios, tratamiento , intervenciones etc.

Además se encontraron muy pocos artículos destinados a explicar la comorbilidad de estos dos trastornos, es un hecho que creo que debería subsanarse, ya que estos dos trastornos tiene una alta probabilidad de que aparezcan juntos, debido a como se desarrollan en las personas que lo padecen, ya que todos los que se encontraron o casi todos los relacionaba pero no mostraba su relación clara por la cual sucedían conjuntamente. Se podría hacer más hincapié en esta relación para estudios futuros sobre la comorbilidad entre estos dos trastornos y las causas de esto.

En esta revisión se ha intentado dar conocimiento sobre cómo se desarrollan el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social en las personas que lo padecen, cuales son las preocupaciones y miedos recurrentes que tiene los sujetos al tener estos trastorno, también se ha mostrado la prevalencia frecuente, se ha explicado que es el perfeccionismo y por qué ocurre.

Por último se ha explicado la comorbilidad de los dos trastornos de ansiedad y las relaciones que tiene con otros trastornos como el de depresión, porque el perfeccionismo se relaciona más con el trastorno de ansiedad social que con el de ansiedad generalizada, los tratamientos e intervenciones mas recomendadas para hacer frente a la ansiedad y los tipos de perfeccionismo que hay, cual se relaciona más con la ansiedad social y como se desarrollan en las personas que son perfeccionistas.

Conclusión

Al terminar el estudio de la bibliografía se puede explicar el trastorno de ansiedad generalizada y ansiedad social , refiriéndonos al primero como una preocupación

persistente sobre una situación temida en concreto, además del miedo a desmayarse y a la ansiedad que pueda sentir en el momento, también sufren tensión con hipervigilancia y otros síntomas somáticos, mientras que TAS se puede describir como el miedo que siente la persona cuando están en situaciones sociales que les produce vergüenza o inseguridad, esto hace que el sujeto intente evitarlas para no sentir los síntomas fisiológicos del trastorno, haciendo así que cambie su estilo de vida y le crea una discapacidad.

En cuanto a la prevalencia en el trastorno de ansiedad social es más frecuente que empiece en la infancia o adolescencia causado por el miedo de hacer el “ridículo” a esa edad, es uno de los trastornos que tiene mayor tasas de prevalencia y tiene consecuencias negativas sobre todo para los adolescentes ya que puede causar, bajo rendimiento escolar, absentismo, consumo de drogas y otros problemas de ansiedad como puede ser TAG.

Haciendo referencia a la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada se ha demostrado en diversos estudios que las edades más comunes de comienzo del trastorno son al final de la adolescencia o principio de adultez, si es en el caso de los niños sobre los 8 o 9 años. Informes revisados muestran que pocas personas experimentan todos los síntomas en su totalidad aunque hay una media de 5-10 años de sujetos que ha experimentado los síntomas del trastorno y no han sido diagnosticados ni intervenidos de manera eficaz.

En cuanto a ambos trastornos las mujeres tienen una probabilidad más alta de sufrirlos conjuntamente o por separado que los hombres, esto se deriva de las costumbres del pasado, la imagen del canon femenino, las tareas de la casa, el trabajo, el hecho de tener que llevar más labores a lo largo del día, las sobrecargas de estrés etc.

La investigación sobre estos trastornos ha llevado a hablar sobre los métodos para intervenirlos, como es en el caso de trastorno de ansiedad social existe un método de intervención eficaz y más rápido que una intervención clínica llamado IAFS (intervención en adolescentes con fobia social, este programa se realiza en 12 sesiones grupales, está compuesto por cuatro componentes donde el principal para la efectividad de éste es la exposición, debido a que utiliza situaciones sociales donde los adolescentes sufren niveles altos de ansiedad teniendo que enfrentarse a ellas, el objetivo de este es que a través de los

cuatro componentes es reducir los niveles de ansiedad ante esas situaciones que transmiten miedo a los sujetos que padecen este trastorno, consiguiendo además que aumenten capacidades personales como la autoestima, habilidades sociales etc.

Los resultados de IAFS se confirmaron por medio de otros estudios con algunas modificaciones como el de las tutorías individualizadas, donde en vez de ser las sesiones en grupo eran individuales, pero se demostró que esto no hizo un efecto significativo en relación a los sujetos que no tenían tutorías.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada no se encontró un método o programa de intervención como tal, si no un enfoque más farmacológico donde se señala que para los niños que sufren este trastorno se utiliza un potenciador de la serotonina selectiva y un inhibidor de la receptación de benzodiazepinas y buspirona, teniendo un resultado exitoso en niños que han probado el tratamiento, mientras que en adultos con TAG se utilizan los SSRI de paroxetina y el SNRI de venlafaxina, ambos suministran cuando el trastorno está en las primeras fases, aunque se hace hincapié de la importancia de las intervenciones psicosociales y educativas para un resultado eficaz de la eliminación del trastorno .

En relación con la comorbilidad de ambos trastornos se ha demostrado por varios estudios que hay una alta probabilidad de que se presenten conjuntamente, debido a su parecido a la hora de desarrollarse en los sujetos, una persona que tenga trastorno de ansiedad generalizada y social se ha demostrado en diversos estudios que tendrán niveles más altos referente a los miedos sociales, más ansiedad en las situaciones temidas, un bajo estado de ánimo, baja motivación por la vida, evitación social y posibles relaciones con otras patologías en comparación con las personas que solo padecen un trastorno

En esta revisión hemos relacionado la ansiedad social con el perfeccionismo, este se caracteriza cuando una persona se pone metas u objetivos irracionales o inalcanzables, el hecho de no conseguirlo para la persona es un fracaso y se convierte en un sufrimiento, y hace todo lo posible para que su círculo de personas no se enteren de sus fracasos y poder seguir manteniendo su imagen de perfección, el perfeccionismo se relaciona con la ansiedad social, ya que su mayor miedo es la evaluación social negativa sobre él y

que su imagen se vea tocada, esto hace que la persona sufra pensamientos recurrentes y le genere ansiedad.

Se han encontrado diferentes facetas del perfeccionismo, una de ellas es la autopromoción, ésta está caracterizada por la perfección de la propia persona la cual quiere mantenerse constantemente perfecto para los demás, esta se distingue por los grandes esfuerzo que hace la persona para mostrar todos sus logros y exagerar sus conquistas para llegar a lo que ella considera como perfección.

Hay dos facetas más que se basan en no mostrar ni verbalizar las imperfecciones e uno mismo, ya que las personas que padecen el perfeccionismo tienen una preocupación constante sobre las evaluaciones negativas que su círculo social pueden hacer sobre ellas, hacen todo lo posible para que no se descubran sus errores ni mostrar sus imperfecciones llegando al punto de guardar sus emociones negativas. Las diferencias que hay entre estas dos facetas son que en una deja de hacer cualquier cosa en público por si se equivocan que nadie vea su error y en la otra que nunca revelan verbalmente ninguna imperfección o equivocación de ellos,

Bibliografía

- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Frala, J. L., Badour, C. L., & Ham, L. S. (2010). Social Anxiety and Motives for Alcohol Use Among Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 529–534.
- Burstein, M., Beesdo-Baum, K., He, J. P., & Merikangas, K. R. (2014). Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: Prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. *Psychological Medicine*, 44(11), 2351–2362.
- Chemisquy, S., & Helguera, G. P. (2018). Impacto de la autopresentación perfeccionista en la salud infantil y adolescente: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 149.
- Fuentes-Rodriguez, G., Garcia-Lopez, L. J., & Garcia-Trujillo, V. (2018). Exploring the role of the DSM-5 performance-only specifier in adolescents with social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 270(March), 1033–1038.
- Garcia-Lopez, L. J., Bonilla, N., & Muela-Martinez, J. A. (2016). Considering comorbidity in adolescents with social anxiety disorder. *Psychiatry Investigation*, 13(5), 574–576.

- García-López, L. J., Olivares, J., & Hidalgo, M. D. (2005). A pilot study on sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia in Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 385–392.
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., March, S., & Holmes, M. C. (2017). What's the Worry with Social Anxiety? Comparing Cognitive Processes in Children with Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(5), 786–795.
- Iancu, I., Bodner, E., Joubran, S., Ben Zion, I., & Ram, E. (2015). Why not the best? Social anxiety symptoms and perfectionism among Israeli Jews and Arabs: A comparative Study. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 33–44.
- Iancu, Iulian, Levin, J., Hermesh, H., Dannon, P., Poreh, A., Ben-Yehuda, Y., ... Kotler, M. (2006). Social phobia symptoms: prevalence, sociodemographic correlates, and overlap with specific phobia symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 399–405.
- Kaymaz, N., Gökten, E. S., Uzun, M. E., Yıldırlm, S., Tekin, M., Topaloğlu, N., & Binnetoğlu, F. K. (2015). Prolonged rooming-in in infancy is associated with generalized anxiety disorder in the adolescent period. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(4), 383–389.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N., & Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 752–760.
- Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), 210–215.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & MacAndrew, S. J. (2000). Anxiety Disorder in Primary Social Phobia : Symptom Severity , Functional Impairment , and. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 325–343.
- Rabany, L., Diefenbach, G. J., Bragdon, L. B., Pittman, B. P., Zertuche, L., Tolin, D. F., ... Assaf, M. (2017). Resting-State Functional Connectivity in Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder: Evidence for a Dimensional Approach. *Brain Connectivity*, 7(5), 289–298.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety*, 26(6), 528–536.
- Rosa Alcázar, A. I., Olivares Olivares, P. J., & Olivares Rodríguez, J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 565–580.
- Rosa Alcázar, A. I., Piqueras Rodríguez, J. A., & Olivares Rodríguez, J. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17(1),

1–8.

- Wagner, K. D. (2001). Generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 139–153.
- Whitmore, M. J., Kim-Spoon, J., & Ollendick, T. H. (2014). Generalized anxiety disorder and social anxiety disorder in youth: Are they distinguishable? *Child Psychiatry and Human Development*, 45(4), 456–463.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162–171.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. [Comorbidity of specific and generalized social anxiety in Spanish adolescents.]. *Psicothema*, 19(4), 654–660.