



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Uso abusivo del alcohol en personas que padecen Fobia social

Alumno/a: **María Escudero Aceituno**

Tutor/a: Prof. D. María Lourdes de la Torre Vacas
Dpto.: Psicobiología

Mayo, 2020

Índice

Resumen y abstract.....	pág. 3
1. Introducción.....	pág. 4
2. Fobia social.....	pág. 6
2.1. Caracterización.....	pág. 6
2.2. Comorbilidad y diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos.....	pág. 11
2.3. Prevalencia e incidencia.....	pág. 13
2.4. Factores de riesgo.....	pág. 13
2.5. Etiología, curso y mantenimiento.....	pág. 16
3. Relación entre Fobia social y alcoholismo.....	pág. 17
3.1. Caracterización.....	pág. 17
3.2. Prevalencia e incidencia.....	pág. 20
3.3. Bases neurobiológicas de la relación entre Fobia social y consumo abusivo de alcohol.....	pág. 21
3.4. Factores de riesgo.....	pág. 23
3.5. Etiología, curso y mantenimiento.....	pág. 26
4. Discusión.....	pág. 27
Referencias.....	pág. 29

Resumen

Los humanos somos seres sociales, y estamos constantemente involucrados en situaciones de interacción interpersonal. En algunos casos, estas circunstancias pueden ser el germen de problemas psicológicos como la Fobia social (FS), caracterizada por un temor y ansiedad acusados ante la realidad social, que es percibida como amenazante. La probabilidad de que las personas con FS acudan al alcohol para aminorar la sintomatología y favorecer la práctica social es elevada. Asimismo, la concurrencia entre FS y problemas con el uso nocivo del alcohol podría ser especialmente destacada en la adolescencia, un estadio evolutivo crucial desde el punto de vista del desarrollo personal y social que, además, se relaciona en los últimos años con un incremento notable y preocupante en las cifras de consumo de alcohol. En el presente trabajo se analizará la relación entre FS y alcoholismo, comenzando con una completa caracterización de la FS. Posteriormente, se expondrán las cifras de prevalencia e incidencia de los casos de FS con problemas de abuso de alcohol concomitante, los sustratos neurobiológicos predominantes en la relación, los factores de riesgo y, por último, la etiología, el curso y el mantenimiento de esta. Para finalizar, se discutirán los datos revisados, prestando especial atención a las limitaciones detectadas en la investigación sobre el tema, así como a las trayectorias futuras de investigación.

Palabras clave: Fobia social, alcohol, ansiedad, adolescencia.

Abstract

Humans are social beings and they are frequently involved in interpersonal interaction situations. In some cases, these circumstances may be the source of psychological problems such as Social anxiety disorder (SAD), characterized by both fear and anxiety due to the perception of social reality as threatening. The probability that people with SAD turn to alcohol to reduce symptoms and to promote social practice is elevated. Moreover, the concurrence between SAD and alcohol-induced problems could be especially significant during adolescence. Adolescence is a crucial developmental stage from the personal and social growing point of view. In addition, in the last years adolescence has been associated with a noteworthy and worrying increase in alcohol consumption. In the present work, it will be analyzed the relationship between SAD and alcoholism, starting with a complete characterization of SAD. Subsequently, it will be addressed some important issues regarding the association between SAD and ethanol intake, such as: prevalence and incidence indexes, neurobiological substrates, risk factors, and etiology, course and the maintenance of the

relationship. Finally, the data will be discussed paying special attention to limitations detected as well as future investigation trajectories.

Keywords: Social anxiety, alcohol, anxiety, adolescence.

1. Introducción

El cerebro permite el desarrollo de capacidades sociales únicas, aunque evolutivamente tardías, que posibilitan la interacción con otros sujetos (Álvaro, 2015; Fernández y cols., 2018). Conforme nos desarrollamos, estas capacidades son moduladas por factores como la socialización, entre otros muchos. La socialización, es el proceso por el cual los individuos adquirimos conductas, normas, creencias, actitudes o motivos del entorno familiar, social o cultural que nos envuelve. Estas adquisiciones van a articular nuestra personalidad y conductas sociales, obstaculizando o favoreciendo el ámbito escolar o laboral, la pertenencia a un grupo de iguales, la formación de la identidad, el paso a la vida adulta, etc. (Mussen, 2000). Si nos centramos en los agentes que podrían dificultar la socialización, sin duda, uno de los más determinantes podría ser la Fobia social (FS; también designada como ansiedad social) (Muñoz y Alpízar, 2016; Mussen, 2000).

Las personas que padecen FS detentan un miedo persistente, irracional e intenso ante situaciones sociales. Esto puede conllevar una interferencia significativa en el transcurso diario, en intervenciones públicas o en interacciones informales y/o asertivas, entre otras circunstancias (APA, 2014). Asimismo, la FS es un trastorno que tiende a iniciarse en la adolescencia (Delgado y cols., 2018), etapa evolutiva crucial de crecimiento, cambios y transiciones en el ser humano (López y Cortés, 2019). En consecuencia, se puede afirmar que las repercusiones de la FS sobre la vida personal, social, familiar y laboral pueden ser trascendentes.

Debido a esto y a los efectos negativos que genera la FS, se plantea la posibilidad de que los individuos que la padecen acudan al uso nocivo de alcohol como facilitador de las interacciones interpersonales y como una forma de alcanzar la aceptación social (Bulley y cols., 2016). No obstante, el interés por el estudio de la asociación entre FS y alcoholismo es relativamente joven, ya que se inició en la década de los 50 del pasado siglo (Jiménez-López y Jurado, 2014).

El alcohol es una de las drogas más consumidas, arraigadas y normalizadas en la sociedad actual. En 2018, se registró que el consumo diario promedio es de 33 gr. de alcohol puro, y se determinó que las muertes por causa del consumo abusivo del alcohol representaban el 5.3%

de las defunciones a nivel mundial (OMS, 2018). El porcentaje de mortalidad a causa del consumo de alcohol en los hombres corresponde al 7,7%, mientras que el de mujeres se sitúa en un 2,6%. En España, la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) realizada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2017), pone de manifiesto que el 91,2% de la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años, afirma haber consumido al menos, una vez en su vida, bebidas alcohólicas.

La FS constituye un factor de riesgo ante el desarrollo de alcoholismo, con una comorbilidad del 80% (Goodman y cols., 2018; Schneier y cols., 2010). Algunos estudios reafirman este hecho, como el de Kushner y su grupo (1990), en el que se encuentra que la mayor parte de las personas que deciden acudir a terapia para tratar su FS, presentan una prevalencia elevada respecto a problemas comórbidos de alcoholismo, e informan de que la FS fue la precedente a dichos problemas. En la misma línea, Thomas y colaboradores (2008) hallaron, en base a estudios en atención primaria con poblaciones comunitarias y con poblaciones clínicas que recibían tratamiento para la dependencia de sustancias, que la FS y los trastornos por consumo de alcohol coexisten. Además, la ausencia de tratamiento propicia que la FS se asocie con el desarrollo, el mantenimiento y la recaída en trastornos por consumo de alcohol.

La concurrencia entre FS y problemas con el uso abusivo del alcohol podría ser especialmente destacada en adolescentes. La adolescencia es un período caracterizado por la expansión de las relaciones sociales y por el surgimiento de nuevas responsabilidades sociales, percibiéndose dificultosa y estresante la adaptación (Moreno, 2009). Por otra parte, debemos destacar los datos referidos al consumo de alcohol en los jóvenes. Actualmente, el consumo de alcohol se sitúa en una media de 16,6 años, sin presentar variaciones respecto a los últimos años registrados (OEDA, 2019). Asimismo, el alcohol es la sustancia psicoactiva más frecuentemente consumida entre jóvenes de 14 y 18 años (ESTUDES, 2019), con una mayor prevalencia en chicas, el 79,4% en comparación al 76,3% de los chicos de la misma edad. Por ejemplo, Golpe y su grupo (2017) indicaron que, en España, el 33,1% de los adolescentes llevaron a cabo una ingesta intensa de alcohol en el último año y, en el último mes, el 20%. Respecto al planteamiento de que la FS podría constituir un factor de riesgo para la adquisición de un problema de alcoholismo en los adolescentes, Kuntsche y colaboradores (2005) pusieron de manifiesto la existencia de una correlación positiva y significativa entre los motivos vinculados al afrontamiento del afecto negativo y el consumo de alcohol, particularmente en los casos de ansiedad social en los jóvenes.

Dada la relevancia del periodo evolutivo correspondiente a la adolescencia, en el que se conforma fuertemente la identidad personal y social, que va a suponer la base de las reformulaciones posteriores efectuadas a lo largo del ciclo vital (Schwartz, 2007), y teniendo en cuenta las graves cifras de consumo de alcohol en adolescentes que se están arrojando en los últimos años, se considera esencial estudiar a fondo la relación entre conductas desadaptativas como la FS y el uso abusivo del alcohol, principalmente en este estadio evolutivo.

En el presente trabajo abordaremos este tema a través de un análisis y una revisión exhaustiva del mismo. En primer lugar, se profundizará en el concepto de FS, precisando las características, las diferencias que posee en relación a otros trastornos psiquiátricos, las cifras de prevalencia e incidencia, los factores de riesgo, la etiología, el curso y el mantenimiento. Posteriormente, se abordará la asociación entre FS y alcoholismo, concretando las características en base a las diversas conceptualizaciones de los autores, las cifras de prevalencia e incidencia, los correlatos neurobiológicos predominantes en la relación, los factores de riesgo y, por último, la etiología, el curso y el mantenimiento de la misma. Finalmente, se discutirán los datos revisados, prestando especial atención a las limitaciones detectadas en la investigación sobre el tema, así como a las trayectorias futuras de investigación.

2. Fobia social

2.1 Caracterización

Hay ocasiones en las que las personas pueden experimentar, tanto en el entorno social como en el familiar, nerviosismo, timidez o incluso cohibición por el simple hecho de estar frente a otros individuos. No obstante, esto es natural y la mayoría logran vencer estas sensaciones con éxito. En otros casos, esta superación no se produce debido al exceso de ansiedad que se genera, desencadenando problemas en la ejecución de acciones para desenvolverse y dar respuesta (Bados, 2009; Zubeidat y cols., 2006).

Cuando la cohibición y la ansiedad se cronifican e interfieren significativamente en la socialización de las personas, la causa se transfiere de la timidez al trastorno de FS (Rosa y cols., 2009). A pesar de ello, ha habido una confusión a lo largo del tiempo entre ambos constructos, ya que la timidez es un término poco diferenciado de la FS debido a su ambigüedad, trayendo consigo una infravaloración del trastorno junto con una menor demanda de intervenciones especializadas (Cano y cols., 2006). La principal distinción entre FS y timidez, reside en que las personas tímidas poseen la capacidad para participar en situaciones sociales a pesar del malestar, pero en la FS esta capacidad se ve repercutida, acompañándose de una ansiedad y temor acusados por el posible ataque de pánico, evaluación negativa de los demás o

ser incompetente, entre otras circunstancias (Macias y cols., 2017). Adicionalmente, algunos fóbicos pueden temer que sus síntomas de ansiedad influyan negativamente a otras personas (Bados, 2009).

Por tanto, es relevante conocer los límites existentes entre timidez y FS, para acercar a las personas con FS al tratamiento específico que requieren, teniendo en cuenta que la propia naturaleza del trastorno también puede dificultar acudir a profesionales por tratarse de una situación social en la que, además, deben hablar de sus problemas (Cano y cols., 2006).

La FS recibe cada vez mayor interés en el ámbito de la salud mental (Caballo y cols., 2010). Fue considerada por la APA, en su versión del DSM-5, como un tipo de fobia específica en los Trastornos de ansiedad pese a tener su propia categoría. Concretamente, es un trastorno incapacitante que comprende un miedo intenso, persistente y desproporcionado que se circunscribe en una o más situaciones sociales por el posible escrutinio por parte de los demás (APA, 2014). El rechazo es la preocupación central, pero además existe inquietud por actuar o manifestar síntomas de ansiedad de forma embarazosa o humillante. Independientemente, se emprenden conductas de evitación debido al malestar intenso y clínicamente significativo ante estas situaciones y, en ocasiones, pueden haber reacciones de cólera fruto de la frustración, aumentando las sensaciones de culpa y ansiedad (Bados, 2009; Heimberg y cols., 2014; Olivares y cols., 2014). Asimismo cabe destacar que, al ser un fenómeno puramente social, se hace primordial analizar el contexto sociocultural en el que tiene lugar (Heimberg y cols., 2014).

Su impacto puede repercutir significativamente en la vida diaria, ya que altera el bienestar, el ocio, la productividad laboral e incluso se asocia con abandono escolar. A pesar de estas consecuencias, es habitual que los individuos con FS no acudan a terapia hasta 15-20 años después de la aparición de los síntomas (APA, 2014; Muñoz y Alpízar, 2016). Los profesionales recurren para el diagnóstico indistintamente a la clasificación de la CIE-10 o a la del DSM-5. En esta revisión, se abordará desde los criterios recogidos en el DSM-5 (tabla 1).

Tabla 1

Criterios diagnósticos recogidos en el DSM-5 sobre FS (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). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los 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 6 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 no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamentos) 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 del pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.
Especificar si: Solo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

A pesar de que la FS se halla en un continuo, es posible distinguir dos subtipos principales: generalizada o específica/circunscrita (Olivares y cols., 2014). La primera de ellas, se vincula a la mayoría de las circunstancias sociales, por lo que es más invasiva e implica un mayor número de comorbilidades y malestar. La segunda, se corresponde con estímulos concretos de actuación tales como beber, comer, asearse en público o conversar. A nivel fisiológico, se

podría indicar que la FS generalizada es el resultado de una extensa historia de inadecuación social y, la FS específica o circunscrita, una respuesta emocional condicionada. En este sentido, Bados (2009) afirma que la FS generalizada es una fobia auténtica, pero la específica podría tratarse de una variante del trastorno de personalidad por evitación.

La FS desencadena reacciones en el sistema somático y autónomo, en el sistema cognitivo, en el sistema conductual y en el sistema emocional, siendo la sintomatología heterogénea. Además, no siempre se manifiestan las tres a la vez y puede predominar un sistema sobre los demás (Bados, 2009; Spokas y cols., 2009).

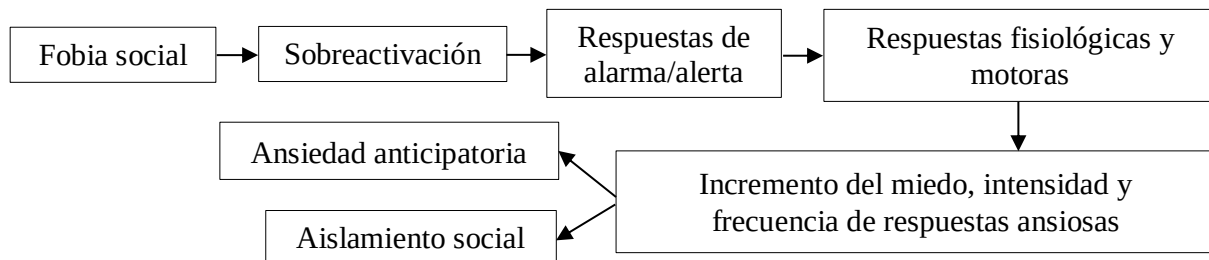
- **Sistema somático y autónomo:** Las sensaciones más comunes son temblor, tensión muscular, escalofríos, rubor, náuseas, taquicardias o palpitaciones, sudoración, cefalea, etc. Dentro de estas, las más distintivas de la FS son el rubor, la sequedad bucal y los espasmos. Otras respuestas, aunque menos habituales, son las dificultades para respirar o el dolor en el pecho. En general, las personas que las sufren las definen como más frecuentes e intensas que lo que observan otros individuos en ellas (Bados, 2009).
- **Sistema cognitivo:** Predominan problemas de concentración, dificultades para recordar y pensar, confusión, pensamientos negativos usuales como “Voy a hacer el ridículo” o “Soy un desastre” y sesgos cognitivos. En relación a esto último, los errores cognitivos típicos son: creencias irreales de uno mismo, infravaloración de las propias capacidades, sobrevaloración del grado de observación de los demás, atención selectiva a los mensajes negativos e interpretaciones sesgadas del comportamiento ajeno (sobre todo del ambiguo), entre otros muchos. Por otro lado, los fóbicos sociales centran la atención en sus síntomas somáticos de ansiedad, en los fallos cometidos y en las emociones negativas. Además, existe un perfeccionismo social, así como metas y expectativas elevadas acompañadas de autocríticas si no se alcanzan (Bados, 2009).
- **Sistema conductual:** La evitación es el comportamiento por excelencia. Los fóbicos sociales evitan estar y participar en situaciones sociales, mostrar síntomas de ansiedad o ser el centro de atención. No obstante, la evitación no ocurre por sí sola, sino que se acompaña de respuestas defensivas o de seguridad (p. ej., toser con la finalidad de taparse la boca o apoyarse en paredes ante la percepción de mareo). Si no es posible el escape, surgen reacciones de inquietud, posturas rígidas, silencios, etc. (Bados, 2009).
- **Sistema emocional:** Spokas y colaboradores (2009), hallaron en su estudio que las personas con FS tienen la certeza de que la expresión emocional conduce al rechazo por ser un signo de debilidad y, por ello, es frecuente que haya una supresión emocional y

una especial importancia al control de las emociones. Por su parte, Werner y su grupo (2011), apuntan a que hay una menor autoeficacia para la reevaluación cognitiva de las emociones negativas, mientras que Kashdan y Collins (2010) consideran que estos individuos dedican menos tiempo a sentirse felices y relajados, además de vivenciar emociones positivas de menor intensidad. Por tanto, las personas con FS tienen peor calidad de vida (Morrison y Heimberg, 2013).

Olivares y colaboradores (2014), hacen una síntesis de las reacciones descritas previamente (figura 1). En ella, describen que la FS genera una sobreactivación asociada a respuestas de alarma/alerta que propician, a su vez, respuestas fisiológicas y motoras (p. ej., temblor, sudor, náuseas, mareos, etc.). Dichas respuestas incrementan el miedo, la intensidad y la frecuencia de las respuestas ansiosas provocando, como consecuencia, aislamiento social y ansiedad anticipatoria incluso semanas previas a las situaciones sociales a afrontar. No obstante, las personas suelen reconocer que estos miedos son de naturaleza irracional o excesiva, aunque en los menores ese reconocimiento es posible que no ocurra (Bados, 2009).

Figura 1

Cadena de reacciones provocadas por la FS (Olivares y cols., 2014).



Existen otras investigaciones de interés sobre las características de la FS. En un estudio de seguimientos oculares de Liang y su equipo (2017), se obtuvieron resultados que revelan la presencia de distintos patrones de movimientos oculares y sesgos atencionales cuando las personas con FS observan un rostro. Concretamente, se produce una hipervigilancia ante los estímulos negativos, seguida de una evitación de los mismos. Por otro lado, existe una afectación en la neurocepción, cuya principal repercusión es la dificultad para distinguir entre ambientes amenazantes y ambientes seguros, que se extrapola a la incapacidad para frenar la activación de los sistemas defensivos y que cursan con respuestas fisiológicas desadaptativas de índole autonómico, inmunológico, de reparación y de crecimiento, alterando el desarrollo social (Álvaro, 2015). Asimismo, las respuestas defensivas que acompañan a la FS pueden repercutir en su afrontamiento, puesto que bloquean los comportamientos de aproximación y

llevan a una evaluación menos positiva de los acontecimientos (Morrison y Heimberg, 2013), aunque esta idea se profundizará en “Etiología, curso y mantenimiento” (Wong y Rapee, 2016).

Por último, hay investigaciones que, por el contrario, evidencian que la FS cumple funciones positivas. Alden y Regambal (2010), afirman que algunas de ellas son alertar a los individuos de posibles amenazas en sus interacciones interpersonales e inhibir conductas para evitar daños sociales. Es decir, predispone de estrategias de autoprotección que sirven para mantener el contacto con los demás a la vez que aminoran el riesgo de desaprobación, aunque no se cristaliza en bienestar y satisfacción prolongados (Kashdan y McKnight, 2010).

2.2 Comorbilidad y diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos

La FS mantiene comorbilidades del 69-99% con otros trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentran otros trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, desórdenes alimenticios, ideación suicida y dependencia de alcohol u otras sustancias (Muñoz y Alpízar, 2016; Steinert y cols., 2013). En la infancia y en la adolescencia, la FS es comórbida con depresión, otros trastornos de ansiedad y abuso de sustancias en el caso de adolescentes de mayor edad (Burstein y cols., 2011; Knappe y cols., 2012).

Estos trastornos pueden ser consecuencia de la FS y viceversa, o trastornos concurrentes que no mantienen relación entre sí. En el caso de ser a causa de la FS, su detección temprana brinda la oportunidad de evitar el progreso hacia esas otras patologías psiquiátricas (Muñoz y Alpízar, 2016; Steinert y cols., 2013). Además, es importante efectuar un diagnóstico diferencial de FS para evitar errores. Para ello, Leichenring y Leweke (2017) hacen la siguiente distinción:

- **Agorafobia:** Se pueden temer situaciones sociales por la dificultad de escape (p. ej., acudir a fiestas, conciertos, etc.) pero, al contrario que la FS, no temen la evaluación negativa de otros.
- **Trastorno de pánico:** Es frecuente que los fóbicos sociales sufran ataques de pánico. La diferencia radica en que estos ataques son producidos únicamente por el miedo al rechazo o a la crítica.
- **Fobia específica:** Puede desarrollarse pavor por un variado compendio de situaciones o estímulos (p. ej., a la oscuridad, a las alturas, a las serpientes, a las inyecciones, etc.), mientras que la FS se restringe a aspectos de naturaleza social (APA, 2014).

- **Ansiedad generalizada:** Puede haber preocupación por las relaciones sociales, aunque este trastorno la ansiedad posee un enfoque más amplio que no se circunscribe solamente al miedo por la evaluación negativa.
- **Trastorno de ansiedad por separación:** A causa de las preocupaciones vinculadas a la separación de las figuras de apego, es posible que haya evitación de situaciones sociales (p. ej., negarse a acudir a la escuela), pero no temen la presencia de las figuras de apego ni ser evaluados negativamente. Los fóbicos sociales, por su parte, sí tienen miedo de ser evaluados negativamente en presencia de sus figuras de apego.
- **Trastorno dismórfico corporal:** La evitación y la ansiedad social están presentes, pero únicamente en relación a su apariencia física y corporal.
- **Mutismo selectivo:** En ausencia de situaciones sociales en las que deben conversar, no temen ser evaluados negativamente. En la FS persiste aunque no haya diálogo.

Otros trastornos psiquiátricos distintos a los de ansiedad que requieren atención por sus semejanzas con la FS, son los que se exponen a continuación (Leichsenring y Leweke, 2017):

- **Trastorno depresivo mayor:** Existen preocupaciones por la posible evaluación negativa de los demás. Sin embargo, son preocupaciones conectadas a sentimientos negativos como no sentirse merecedor de interés o agrado por parte de otros individuos.
- **Trastorno del espectro autista (TEA):** En comparación con las personas con FS, las personas con TEA tienen capacidad para la comunicación social.
- **Trastorno delirante:** Las personas con FS distinguen que sus temores no se ajustan a la amenaza social real, mientras que las personas con delirios no son capaces de separar sus percepciones de la realidad.
- **Esquizofrenia:** Los esquizofrénicos a menudo se niegan a participar en interacciones sociales o sienten ansiedad (Aikawa y cols., 2018). Sin embargo, la FS carece de delirios o alucinaciones (APA, 2014).
- **Trastorno negativista desafiante:** Estos individuos se oponen a las figuras de autoridad sin miedo a ser evaluados negativamente por ellas. Los fóbicos sociales, en cambio, sí sustentan ese temor.
- **Trastorno de la personalidad por evitación:** En este trastorno, la evitación se extiende a más circunstancias, pero es frecuente que a menudo coexista con la FS.
- **Otras afecciones médicas:** En enfermedades como el Parkinson, es necesaria una diagnosis de FS para verificar si el miedo social a causa de sus síntomas es desmesurado.

No obstante, al margen del diagnóstico diferencial, es habitual encontrar que, tanto en la FS como en otros trastornos de ansiedad, se empleen los mismos tratamientos psicológicos por su plural efectividad. Por ejemplo, los programas cognitivo-conductuales suelen ser la alternativa de intervención preeminente en la mayoría de los trastornos de ansiedad por tener un foco de actuación en diversos síntomas (p. ej., pensamientos catastrofistas o conductas de evitación) (Bystritsky y cols., 2017).

Respecto a la comorbilidad entre FS y alcoholismo o trastorno por consumo de alcohol, se analizará más adelante matizando sus características e implicaciones.

2.3 Prevalencia e incidencia

La OMS (2017) informa de que alrededor de 260 millones de personas sufren ansiedad. Respecto a la FS, la prevalencia en la adolescencia es elevada, con una afectación de entre el 3% y el 9% de la juventud (Ranta y cols., 2015). En general, la FS es la segunda patología psiquiátrica más frecuente, siendo la primera las fobias específicas (Muñoz y Alpízar, 2016). García y colaboradores (2011), reportan que es el tercer trastorno psicológico de mayor frecuencia en Occidente, después de la depresión y el alcoholismo. En España, la prevalencia a lo largo de la vida se sitúa en torno a 1.2%, mientras que la prevalencia de un año, es de 0.7% (Stein y cols., 2017a). No obstante, la FS tiende a disminuir con la edad (Inglés y cols., 2010).

En un estudio epidemiológico internacional llevado a cabo por Stein y colaboradores (2017a), se obtuvo que la prevalencia de la FS es más baja en países de ingresos bajos o medios-bajos, en África y en regiones del Mediterráneo Oriental, frente a países de ingresos medios-altos, como América y regiones del Pacífico Occidental. En relación a las características sociodemográficas, los perfiles más frecuentes suelen ser mujeres (1.3% frente al 1% de los hombres), jóvenes, con bajo nivel educativo, pobres ingresos, divorciados o solteros y sin descendientes. Por otro lado, no hay grandes diferencias en los patrones de comorbilidad ni en el uso de los servicios de salud (Muñoz y Alpízar, 2016; Stein y cols., 2017a), aunque no todos los países tienen acceso a todos los tratamientos psicológicos (Canton y cols., 2012).

Se debe tener presente la posibilidad de que las diferencias en las prevalencias entre los diferentes países, puedan deberse a variaciones en los instrumentos empleados o en la población estudiada (Stein y cols., 2017a).

2.4 Factores de riesgo

La FS puede ser producto de múltiples factores de riesgos individuales y ambientales. Sin embargo, Spence y Rapee (2016) señalan que muchos de los factores de riesgo para la FS no

son específicos del trastorno, sino que a su vez pueden originar otras patologías (multifinalidad), por lo que se propone la necesidad de adoptar nuevos enfoques que permitan esclarecer los factores etiológicos propios del trastorno. Estos autores también afirman que los factores de riesgo mantienen una interacción dinámica entre sí y con la vulnerabilidad, resultando distintas combinaciones entre ellos. No obstante, también poseen una interdependencia con factores de protección, los cuales ejercen un efecto amortiguador sobre los factores de riesgo disminuyendo su impacto sobre el trastorno, su desarrollo y su mantenimiento (Iverach y cols., 2017; Spence y Rapee, 2016).

Algunos factores de protección a destacar, son las estrategias de apoyo y afrontamiento, las relaciones sociales sanas, los altos niveles de oxitocina, las habilidades sociales o las actitudes positivas (Álvaro, 2015; Romano y cols., 2019; Spence y Rapee, 2016). Asimismo, es de interés conocer que, para los jóvenes con FS, los rostros felices pueden suponer un factor protector ante el posible rechazo de iguales al actuar como señales de consideración positiva. Es decir, estiman una mayor recepción de comentarios positivos de personas que reflejan felicidad en comparación a aquellas que poseen un semblante neutro o ambiguo (Capriola-Hall y cols., 2018).

Factores de riesgos biológicos y genéticos

Es difícil determinar la influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de la FS, ya que en la infancia son evidentes pero con el crecimiento se debilitan, ganando mayor peso los factores ambientales. Sin embargo, no se descarta la idea de que los factores genéticos y ambientales están interrelacionados (Karasewich y Kuhlmeir, 2020; Spence y Rapee, 2016). Concretamente, la FS tiene una heredabilidad del 15%, mayor que la del resto de trastornos de ansiedad (Smith y cols., 2016; citado en Stein y cols., 2017a). Se ha observado, además, la influencia del genotipo 5-HTTLPR¹, el cual contiene un alelo corto transportador de serotonina. Los bajos niveles de serotonina se han vinculado con la aparición de FS, de manera que una disfunción en el alelo corto, podría precipitar el trastorno (Blom y cols., 2011). En los adultos, el riesgo de padecer FS se ve potenciado por la combinación del genotipo 5-HTTLPR LL² y el bajo apoyo social (Reinelt y cols., 2014). Por otro lado, existe una susceptibilidad innata para detectar amenazas sociales, y se sugiere la posibilidad de que el umbral de activación fisiológica reducido se transmita genéticamente, lo que favorece las conductas de escape y evitación. Por, otro lado, en estudios con gemelos monocigóticos, se ha hallado una concordancia del trastorno

¹ Polimorfismo del gen transportador de serotonina.

² Genotipo del transportador de serotonina con doble alelo largo.

de FS de entre el 13-24%. También es más probable el desarrollo de la FS en familiares de primer grado, entre el 16-24% (Bados, 2009).

Asimismo, la edad y el sexo son factores vinculados al riesgo de padecer FS. En general, es un trastorno que tiende a surgir en la adolescencia y en el sexo femenino (Stein y cols., 2017a; Ranta y cols., 2015), tal y como se describió en apartados previos.

Factores de riesgo temperamentales

El temperamento puede actuar, bien como factor de riesgo o como factor de protección, de modo que puede incrementar la percepción de la amenaza social o eludir su evaluación (Wong y Rapee, 2016). Bienvenu y su equipo (2017), hicieron estudios con gemelos cuyos resultados vislumbraron una variabilidad en la herencia genética que modula la variación en los rasgos de extraversión y neuroticismo, lo que indica que sus determinantes genéticos pueden ser una vía para identificar el riesgo de desarrollar FS. Sin embargo, se ha hallado que la variación fenotípica entre extraversión y FS es mayor que la compartida por el neuroticismo con la FS (Stein y cols., 2017b). Por otra parte, Spence y Rapee (2016) encuentran que el temperamento también puede verse alterado a causa de las prácticas de crianza coercitivas. En estos casos, se obtiene un temperamento inhibido que incrementa el riesgo de desarrollar FS. Por último, destacan que el déficit en habilidades sociales, y el retraimiento o inhibición comportamental, son críticos en la etiología y/o mantenimiento de la FS.

Factores de riesgo cognitivos

La literatura se centra generalmente en el papel de los procesos cognitivos en cuanto al mantenimiento de la FS, por lo que no está claro si también están mediando en su génesis (Spence y Rapee, 2016). Sí se ha observado que hay un nexo entre la FS y la tendencia a la autoevaluación negativa, junto con una atención centrada en el propio ser (Blöte y cols., 2014). De los estudios de Burguillos y Acosta (2019), se obtiene que la FS se asocia con un débil sentido de coherencia, por lo cual, puede ser un factor de riesgo a considerar. Finalmente, en el estudio de Gómez-Ortiz y su grupo (2016), se evidencia que la autoestima negativa es una variable predictora clave sobre el desarrollo de FS.

Factores de riesgo ambientales

Hay evidencias que demuestran que el ámbito escolar y sus implicaciones (p. ej., responder preguntas, exponer, pedir ayuda, etc.), son unas de las situaciones más temidas por los menores y adolescentes y, por tanto, de mayor susceptibilidad al desarrollo y mantenimiento de la FS (Blöte y cols., 2015). Por otro lado, Wong y Rapee (2016) prestaron especial atención a los

“estímulos de evaluación social” tales como el contacto visual, la expresión facial o la postura, entre otros, encontrando que pueden influir en el temor experimentado por las personas con FS si plasman dominancia, agresividad, autoridad, etc.

También se ha evidenciado que es posible adquirir sesgos negativos debido a prácticas parentales basadas en el control, en la crítica, en el rechazo o en la comunicación de amenazas y aspectos aversivos (Ollendick y cols., 2014). Manning y colaboradores (2017), demuestran en su estudio que el apego inseguro o la sobreprotección, pueden favorecer la aparición de FS, mientras que Mohammadi y su grupo (2020), ponen de manifiesto la influencia del historial psiquiátrico parental sobre el desarrollo de FS en menores. Por otra parte, el riesgo de desarrollar FS también se ve favorecido por eventos vitales estresantes y traumáticos y por déficits en el rendimiento. Asimismo, la cultura y el aprendizaje social modulan las reacciones ante la FS y la aceptación o el rechazo de los comportamientos de evitación social emprendidos por las personas que la padecen (Spence y Rapee, 2016).

2.5 Etiología, curso y mantenimiento

En comparación con otros trastornos de ansiedad, la FS tiene un inicio más temprano (Stein y cols., 2017a). Puede originarse de modo insidioso o brusco ante situaciones de estrés. Asimismo, la génesis se suele situar en la adolescencia temprana, alrededor de los 13 años, siendo raro el inicio en la adultez, aunque podría surgir debido a cambios en los roles sociales o a situaciones humillantes (APA, 2014; Muñoz y Alpízar, 2016). En cuanto al curso, suele ser crónico e invalidante. Se ha observado que el mantenimiento de la FS se vincula con un bajo nivel educativo; la persistencia del episodio con ser estudiante; y, la persistencia tanto del episodio como del trastorno, con ser cuidador/a del hogar (APA, 2014; Stein y cols., 2017a).

En relación a la edad, las investigaciones sobre el trastorno de FS se han encuadrado, principalmente, en etapas evolutivas tempranas como la niñez y la adolescencia, siendo escaso el interés por estudiar los trastornos de ansiedad, entre ellos la FS, en la adultez y la vejez a pesar de que la ansiedad tiene una elevada prevalencia (17.2%) en personas mayores (Canuto y cols., 2018; Lenze y Wetherell, 2011). Asimismo, en los mayores existen dificultades para reconocer y recordar síntomas de ansiedad, y hay una tendencia a minimizarlos o atribuirlos a enfermedades somáticas (Lenze y Wetherell, 2011). En los más jóvenes, por su parte, se sugiere que la presencia de la FS eleva el riesgo de victimización, se reduce el círculo de amistades y la popularidad, hay menos competencias sociales y más interpretaciones negativas y problemas académicos (Miers y cols., 2013; Spence y Rapee, 2016). En la niñez, la FS cursa con patrones estables de 2 años aproximadamente, problemas emocionales e inhibición conductual (Broeren

y cols., 2013). Conocido esto, conviene señalar los análisis efectuados por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013), en los que se halló que la persistencia de la FS en la adultez, reduce la expectativa de recuperación sin someterse a tratamiento. Por ello, se acentúa la necesidad de detectarla e intervenir tempranamente.

Respecto a las diferencias de sexo, tal y como se mencionó en el estudio epidemiológico mundial de Stein y cols. (2017a), se ha encontrado que es más prevalente en las mujeres. Si analizamos estas diferencias en función del género, las mujeres presentan más temor social y síntomas cognitivos y físicos. Por su parte, los hombres son más propensos a conductas de escape y evitación. Esto se ha explicado en base a los roles de género perpetuados en la cultura, los cuales reportan que los hombres sostienen un papel más activo en las situaciones sociales (Inglés y cols., 2010). Sin embargo, esta idea se desestima ya que, en la actualidad, las mujeres mantienen redes sociales más amplias y numerosas que los hombres (Antonucci y cols., 2013), lo que podría avalar que sustenten mayores cifras de FS.

Para concluir, algunos factores relevantes involucrados en el mantenimiento de la FS, son los que recogen Wong y Rapee (2016) en su modelo: las conductas de seguridad y escape, los sesgos negativos y selectivos, y el procesamiento disfuncional y anticipado de los eventos. Centrando la atención en las conductas de seguridad y escape, la finalidad que cumplen a corto plazo es la de prevenir o reducir la ansiedad. No obstante, a largo plazo propician el mantenimiento de la FS a causa del establecimiento de una concurrencia entre dichas conductas y la ausencia de consecuencias aversivas. En general, estos agentes conforman un principio designado como “Amenaza Social Evaluativa”, específico para cada individuo y que actúa ejerciendo una influencia en el valor estimado sobre las amenazas sociales, lo que guiará el funcionamiento en los contextos sociales.

3. Relación entre Fobia social y alcoholismo

3.1 Caracterización

Durante generaciones, la ansiedad ha servido como mecanismo de regulación y preparación ante amenazas, entre ellas las de tipo social. Sin embargo, las personas con FS tienen un sentido de la amenaza desmesurado, excesivo e irreal, así como unas competencias sociales exiguas. Es por ello por lo que, con el fin de regular y facilitar las interacciones y aptitudes sociales, así como para reducir la percepción de amenaza y el malestar subjetivo, pueden desarrollar vulnerabilidad hacia el alcoholismo (APA, 2014; Bulley y cols., 2016; Miers y cols., 2013). El alcohol genera efectos atenuantes o bloqueantes sobre la ansiedad, potenciados principalmente por las expectativas que acompañan a los individuos cuando deciden consumir, sobre todo en

aquellos en los que la evitación interfiere considerablemente con el desempeño social. Es decir, es una estrategia reguladora de sensaciones, sentimientos y pensamientos de incomodidad (Battista y cols., 2010; Bulley y cols., 2016; Kashdan y cols., 2013). Asimismo, en relación con el malestar subjetivo, Battista y colaboradores (2015) revelaron que se reducía hasta un 4% con cada bebida alcohólica en personas con FS. Por otro lado, el consumo de alcohol también puede favorecer la percepción de haber enfrentado con éxito las situaciones sociales, o propiciar sensaciones de alivio puesto que regula de manera artificial el afecto negativo, incrementa el afecto positivo y reduce la hipervigilancia. Es así, que sustituye el papel de las emociones, ya que por sí solo logra restablecer el equilibrio de la homeostasis emocional. Como consecuencia, su uso continuado aminora los mecanismos afectivos innatos cuyo cometido es regular conductas sociales (Battista y cols., 2015; Buckner y cols., 2019; Bulley y cols., 2016).

La ingesta de alcohol se ve reforzada, además, por la posibilidad de nuevos comportamientos de tipo social (Bulley y cols., 2016), aunque recientemente Buckner y Terlecki (2016) afirmaron que las personas con FS también pueden consumir alcohol en solitario, fruto de la evitación social y del aislamiento. En apoyo a la primera hipótesis, Battista y su grupo (2012) hallaron que el consumo de alcohol incrementaba el tiempo de conversación e intensificaba la consideración positiva por parte de los demás. Normalmente, el consumo es más elevado en situaciones de interacción (p. ej., entablar conversación en una reunión de amigos) frente a las de desempeño (p. ej., dirigir una convención) en ambientes sociales. También hay que tener presente que la evaluación de las situaciones sociales puede diferir según la presencia o ausencia de alcohol. En esta línea, se ha encontrado que el alcohol aminora la evaluación de la ansiedad subjetiva, lo que se traslada a un incremento en los indicadores sociales de interacciones saludables tales como la risa, la aceptación, el disfrute o la relajación, entre otros muchos (Goodman y cols., 2018; Villarosa y cols., 2018). Finalmente, destacan las creencias de que al recurrir a bebidas alcohólicas, además de las relaciones sociales, van a verse potenciadas las relaciones sexuales o de pareja, los negocios, la seguridad y la extraversión (Buckner y Matthews, 2012).

Por todas las razones mencionadas, aunque en la FS la evitación sea la estrategia predominante, es común encontrar otras como, en este caso, la ingesta de alcohol (Buckner y Heimberg, 2010). De esta manera, es posible extraer cinco perfiles de relación entre FS y consumo de alcohol que varían según las conductas de consumo y los síntomas de FS: FS alta y consumo elevado, FS alta y consumo reducido, FS moderada y consumo reducido, FS baja y consumo elevado, y FS baja y consumo moderado (Brook y Willoughby, 2016).

Otro dato de interés constatado es que en los individuos, tanto con alto como bajo rasgo de FS, el consumo de alcohol genera una reducción en el estado de FS por su valor reforzante, especialmente en los de alto rasgo. Sin embargo, si las personas con alto estado de FS acuden al alcohol para reducir el rasgo de FS, es más probable que el rasgo se incremente y se experimenten problemas con esta sustancia psicoactiva (Battista y cols., 2015). En relación con esto último, hay autores como Ham y su equipo (2011), que afirman que beber alcohol potencia el estado de FS subjetivo a causa de las rumiaciones sobre los posibles efectos que puede suponer su uso abusivo sobre el rendimiento. También se ha demostrado que, en realidad, las personas con FS no ingieren más cantidad de alcohol que las personas sin FS. Esto quiere decir que si sus iguales toman dos copas, ellos tomarán lo mismo, ya que buscan exhibir un comportamiento y desempeño semejantes a ellos que les permita la adaptación social, y no resaltar o ser enjuiciados por consumir mayor o menor proporción (Villarosa y cols., 2014).

En general, aunque se evidencia que el consumo de alcohol mitiga la sintomatología ansiosa a corto plazo, puede originarse un patrón de dependencia y de adicción al mismo que, a largo plazo, imposibilita el establecimiento de procesos relacionados con la ansiedad adaptativa destinados a manejar eficazmente amenazas sociales (Bulley y cols., 2016). También implica, en las personas con altos niveles de FS frente a las que poseen niveles inferiores, mayores dificultades de control sobre el uso nocivo del alcohol y escasas conductas de seguridad para evitar o reducir el consumo. Además, produce un elevado número de síntomas fisiológicos, un deterioro de la autoconfianza y, pese a que el fin de consumir es mejorar las relaciones sociales y su condición, la calidad de estas se ve repercutida (Stapinski y cols., 2014). Normalmente, los problemas que genera el alcohol son especialmente elevados en personas con FS que perciben con menor gravedad dichos problemas. Por tanto, hay un acuerdo a la hora de considerar que la evaluación de las consecuencias derivadas de la ingesta de alcohol por parte de los fóbicos sociales, permite reducir dicha ingesta (ver, por ejemplo, Nitka y O'Connor, 2017). Por último, se ha encontrado que la aparición conjunta de FS y alcoholismo suscita graves problemas de salud, mayores que los derivados de cualquiera de las patologías per se, puesto que se incrementa la morbilidad y se reduce la búsqueda de tratamiento (Schneier y cols., 2010).

Actualmente, se están llevando a cabo investigaciones que permitan controlar, reducir o evitar esta asociación. Un ejemplo de ello, es el descubrimiento de Mitchell y colaboradores (2016) sobre la capacidad que posee la oxitocina intranasal para optimizar la percepción social y disminuir el deseo de consumo por su acción reguladora sobre el apetito y la amígdala frontal, la cual está conectada con los síntomas de la FS (Dodhia y cols., 2014; Mitchell y cols., 2016).

Otra intervención a mencionar, es la enfocada sobre los sesgos, la cual se detallará en el apartado de “Etiología, curso y mantenimiento” (Chow y cols., 2018; Goodman y cols., 2018).

Por concluir, destacar que este nexo entre FS y alcoholismo no es exclusivo de los humanos. También se ha analizado en ratas, cuyo consumo se incrementa sobre todo en aquellas que presentan patrones de sumisión (Ellison y Potthoff, 1984; citado en Bulley y cols., 2016).

3.2 Prevalencia e incidencia

Tal y como se ha analizado, la FS incrementa el riesgo de un uso nocivo del alcohol. Concretamente, cuadruplica la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol (Black y cols., 2015; Buckner y Terlecki, 2016). Esto se ve respaldado por el hallazgo de que, entre el 13 y el 16% de la población diagnosticada de FS, cumplen los criterios de trastorno por consumo de alcohol (Buckner y cols., 2013). En Colombia, se hizo un estudio epidemiológico en el que se halló una prevalencia a lo largo de la vida en personas con FS del 24.1% en abuso de alcohol y, del 11.2%, en dependencia. Si estos datos se comparan con personas sin FS, la prevalencia se reduce de forma significativa hasta un 13% y un 4.4%, respectivamente (Peña-Salas y cols., 2014). Recientemente, se ha efectuado un análisis en el cual se observa que, en universitarios residentes en Florida, el 31% presentan una FS moderada y un consumo moderado de alcohol y, el 4%, FS moderada y un consumo elevado de alcohol (Villarosa y Madson, en prensa).

Asimismo, se ha encontrado que la comorbilidad entre FS y alcoholismo se produce en una edad media de 28.5 años, lo que se explica por la necesidad de afrontar la vida adulta (Windle y Windle, 2012), coincidiendo con los hallazgos de Buckner y colaboradores (2008), que situaban un pico álgido a los 30 años. En un estudio llevado a cabo por Dahne y su equipo (2014), se obtuvo que en menores de entre 12 y 18 años con altos niveles de FS, tras 5 años de seguimiento, se incrementó considerablemente la probabilidad de consumo de alcohol. Por tanto, a mayor edad, mayor consumo (Jiménez-López y Jurado, 2014). No obstante, en la adolescencia, la incidencia puede incrementarse hasta llegar a principios de la edad adulta y, a partir de aquí, comenzar a reducirse (Villarosa y cols., 2014). En caso de persistir en la adultez, se asocia con el desarrollo de un uso perjudicial del alcohol, en un 17% (Black y cols., 2015).

En referencia a las diferencias sexuales existentes en cuanto a la relación entre FS y abuso de alcohol, se ha comprobado que hombres y mujeres consumen por igual y persiguiendo los mismos fines. No obstante, las mujeres informan de efectos más perjudiciales al beber, y poseen un punto de inflexión de gran relevancia en torno a los 18 años, acentuándose esta asociación

(Black y cols., 2015; Villarosa y cols., 2014). Los hombres, por su parte, poseen una ingesta de alcohol peligrosa vinculada al cumplimiento de normas de género relacionadas con la creencia de que el alcohol es un signo de masculinidad (Whitley y cols., 2018). Si se hace una comparación entre chicos y chicas con edades comprendidas entre 13 y 17 años o estudiantes universitarios, las chicas presentan mayor asociación entre FS y alcoholismo y sustentan mayores riesgos de sufrir problemas con el alcohol (Norberg y cols., 2010; Wu y cols., 2010). La explicación de estos datos versa en que, las chicas, experimentan las adversidades vitales o, incluso nimiedades, como más aversivas que los chicos, por lo que recurren a bebidas alcohólicas con el fin de incrementar los sentimientos positivos (Norberg y cols., 2010). Por tanto, se reitera la importancia de una intervención y detección tempranas.

3.3 Bases neurobiológicas de la relación entre Fobia social y consumo abusivo de alcohol

La neurociencia ha contribuido a un mejor entendimiento de la FS y del alcoholismo gracias al análisis y al estudio en profundidad de sus bases neurobiológicas y sus biomarcadores (Abrahao y cols., 2017; Cremers y Roelofs, 2016).

Respecto a la FS, se ha afirmado que hay tres amplias redes cerebrales involucradas: la red emocional, la red motivacional y la red cognitiva. De manera más específica, la información valorada como relevante es transmitida desde la corteza fusiforme y el tálamo hasta la amígdala (Doehrmann y cols., 2013). En pacientes con FS, esta estructura cerebral se encuentra hiperactivada, especialmente ante estímulos ambiguos o reflectores de miedo (Brühl y cols., 2014). Asimismo, a través de su conexión con el locus coeruleus y el hipotálamo, activa la liberación de noradrenalina y de corticotropina respectivamente, relacionadas con la reacción al estrés (Cremers y Roelofs, 2016). El hipotálamo, a su vez, es una región involucrada en los ejes hipotálamo-pituitario-adrenal e hipotálamo-hipófisis-gonadal, de manera que incrementa la liberación de cortisol y reduce la liberación de testosterona, produciendo las respuestas emocionales de ansiedad (Cremers y Roelofs, 2016; Giltay y cols., 2012). Por otro lado, a nivel motivacional, los fóbicos sociales muestran mayor sensibilidad al castigo y a las recompensas, por una sobreactivación del cuerpo estriado ventral. Esta hiperactivación es controlada por el lóbulo prefrontal (control “*top-down*”), el cual posee una función reguladora sobre estructuras subcorticales con las que comparte conexiones y que contienen redes motivacionales y emocionales (Cremers y cols., 2015). Finalmente, destacar que también se ha observado en los individuos que padecen FS, una pérdida de materia gris en la corteza cingulada anterior y en la corteza insular, lo cual correlaciona con déficits en la función ejecutiva, área involucrada en la

regulación, la inhibición o en el control conductual, entre otras capacidades. Además, el hipocampo está sobreactivado, lo que dilucida el aprendizaje del temor social y su recuerdo. No obstante, la densidad del hipocampo se reduce con la persistencia de la FS en la adultez (Fouche y cols., 2013; Goodkind y cols., 2015; Tovote y cols., 2015).

En referencia al etanol, su distribución carece de especificidad, ampliándose su actuación sobre diversas proteínas, regiones, moléculas y redes neuronales, y provocando cuantiosas alteraciones funcionales (Abraham y cols., 2017). Por ejemplo, se ha visto que el alcohol disminuye la plasticidad del hipocampo, propiciando problemas amnésicos y de aprendizaje y extendiéndose su efecto, además, a otras áreas conectadas como la corteza entorrinal (Harrison y cols., 2017). Por otra parte, la excitabilidad neuronal y la transmisión sináptica se restringen en la corteza prefrontal facilitando la desinhibición conductual, así como la alteración de los sistemas de recompensa a través de sus conexiones con el área tegmental ventral y que se proyectan hacia el núcleo accumbens (Nimitvilai y cols., 2016). Concretamente, el etanol estimula esta última área, desencadenando un efecto reforzante positivo crucial para el desarrollo de adicción (Avegno y cols., 2016; Harrison y cols., 2017). Otro efecto prominente del alcohol es el ansiolítico por medio de su acción sobre la amígdala, motivando un refuerzo negativo al reducir las respuestas de miedo, ansiedad o estrés. La amígdala, a su vez, mantiene conexiones gabaérgicas con el hipotálamo, las cuales también son sensibles al alcohol, desencadenando como consecuencia una menor reacción ante el estrés y diuresis (Abraham, y cols., 2017; Harrison y cols., 2017; Stuber y Wise, 2016). Finalmente, el alcohol también inhibe estructuras como el cerebelo y el tálamo, causando un entorpecimiento de la motricidad fina y un efecto sedante e hipnótico, respectivamente (Harrison y cols., 2017).

Por lo que corresponde a la relaciones neurobiológicas entre ambos, la literatura al respecto es limitada. No obstante, conviene destacar la amígdala central por ser el centro de percepción y respuesta ante el miedo y la amenaza (Sripada y cols., 2011). Se conoce que el alcohol posee efectos ansiolíticos atenuantes de las señales de amenazas sociales, así como del estado de hiperactivación en el Sistema Nervioso Autónomo generado por la ansiedad emergida ante tales amenazas (Sripada y cols., 2011; Robinson y Bolton, 2013). Esto se ha comprobado mediante estudios en los que la intoxicación etílica, provoca una menor reacción en la amígdala ante rostros que reflejan amenaza gracias a dichos efectos ansiolíticos. Por tanto, estos hallazgos podrían proporcionar respuestas a la cuestión de si la amígdala es una región cerebral vinculada a la relación entre FS y alcoholismo (Sripada y cols., 2011).

Por otro lado, se ha demostrado que el hipotálamo es otra región influenciada por la presencia conjunta de FS y alcohol. Esto es debido a que, la liberación de corticotropina, promueve la sintomatología ansiosa y las conductas de sobresalto pero, el uso abusivo del alcohol, puede eliminar los efectos de esta hormona por la estimulación de GABA en el hipotálamo (Cremers y Roelofs, 2016; Lowery-Gionta y cols., 2012). También se ha examinado la corteza prefrontal, que presenta un actividad elevada en la FS, sobre todo en funciones de procesamiento y atención ante la información social (Fouche y cols., 2013). Por su parte, el alcohol fomenta déficits de atención (Gould, 2010), de modo que se podría secundar que se acuda a su ingesta para facilitar el desempeño social a través de la reducción del exceso de actividad cognitiva. Vinculado a esto, también podría sugerirse una interferencia propiciada por el consumo de alcohol sobre la transferencia de la información evaluada como significativa desde el tálamo al córtex prefrontal, impidiendo su procesamiento (Doehrmann y cols., 2013; Harrison y cols., 2017). Otra posible inferencia apunta a la región hipocampal, la cual se encuentra hiperactivada en la FS promoviendo el aprendizaje del pavor social. No obstante, la exposición al alcohol puede aminorar su funcionamiento (Fowler y cols., 2014; Tovote y cols., 2015). En último lugar, destacar la probabilidad de activación de los sistemas motivacionales o de refuerzo, ubicados en el área tegmental ventral y en el cuerpo estriado, que impulsen el nexo entre la FS y el alcoholismo (Cremers y cols., 2015; Nimitvilai y cols., 2016).

En definitiva, la concomitancia entre FS y alcoholismo tiene implicaciones fundamentales en regiones responsables del procesamiento, transmisión, evaluación y atención, así como en redes motivacionales o reaccionarias al estrés, lo que esclarece que esta sustancia psicoactiva reduzca el distrés y el temor que comporta la FS (Fouche y cols., 2013; Sripada y cols., 2011).

3.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden incurrir en que las personas con FS hagan un uso inapropiado del alcohol o desarrollen un trastorno por consumo de alcohol, son plurales. Es primordial valorar el período de surgimiento de los primeros síntomas de FS y los riesgos que conducen a dicho consumo (Lima y cols., 2017). Asimismo, la relación puede variar en función de las dimensiones de la FS: el temor a la evaluación, la evitación, la sobreactivación fisiológica, el alto afecto negativo y los déficits sociales (Buckner y cols., 2013). Frente a esto, las estrategias de protección centradas en la reducción del consumo de riesgo y de sus consecuencias, se asocian con un debilitamiento de las conductas de consumo y, por ende, con menos problemas concomitantes (Martens y cols., 2011).

Factores de riesgos biológicos y genéticos

Existe una correlación genética positiva entre la FS y el trastorno por consumo de alcohol. Además, ambos comparten un factor genético pleiotrópico³ que permite predecir la convergencia de la relación (Pettersson y cols., 2016; Torvik y cols., 2019). Por otro lado, es más probable que los pacientes con antecedentes familiares de FS (un 10%), presenten síntomas graves relacionados con el alcoholismo (Black y cols., 2015).

La edad y el sexo también son factores asociados, siendo más recurrente en jóvenes o en el inicio de la adultez y, aunque la asociación es relativamente semejante en hombres y mujeres, en la adolescencia predomina notoriamente en las mujeres (Black y cols., 2015; Blumenthal y cols., 2010; Villarosa y cols., 2014), como ya se ha comentado con anterioridad.

Factores de riesgo cognitivos

Suelen ser los agentes más decisivos. El deseo de mejora y de aprovechar las situaciones sociales, impulsa al consumo de bebidas alcohólicas (Villarosa y cols., 2014). De igual forma, las expectativas juegan un papel fundamental en la tendencia y en el mantenimiento de la ingesta de alcohol (Battista y cols., 2010), así como las creencias negativas en relación con el escrutinio de los demás o a la propia percepción de incompetencia (Blumenthal y cols., 2016; Villarosa y Madson, en prensa). Por otro lado, estudios sobre el procesamiento posterior de los eventos (PEP), indican que el análisis repetido del desempeño en situaciones sociales previas fortifica la asociación entre FS y alcoholismo (Potter y cols., 2016), siendo los hombres más propensos a elaborar este tipo de procesamiento (Battista y cols., 2014).

Factores de riesgo temperamentales

Si las personas con FS detentan un tipo de personalidad caracterizado por impulsividad, sensaciones de búsqueda, sensibilidad a las recompensas y un nivel de motivación elevado, la propensión a consumir alcohol se incrementará de forma considerable (Nicholls y cols., 2014). Asimismo, el estilo de afrontamiento desadaptativo y las características de personalidad tendentes a la internalización, contribuyen a su aparición (Battista y cols., 2010; Blumenthal y cols., 2016).

Factores de riesgo emocionales

El deseo de beber puede verse elevado por los esfuerzos de superar las emociones negativas y la evitación ante el estrés provocado por entornos socialmente estresantes, teniendo un papel importante el afecto positivo y negativo (Blumenthal y cols., 2016; Buckner y cols., 2019). Por otro lado, se ha analizado el rol mediador que la depresión puede ejercer en la relación entre

³ Fenómeno genético que propicia multitud de fenotipos diferentes.

ansiedad y consumo de sustancias, entre ellas el alcohol, encontrándose que, a largo plazo, es posible que emerja una asociación entre FS, consumo abusivo de alcohol y depresión (Fröjd y cols., 2011). Además, la depresión también contribuye al mejor recuerdo de experiencias aversivas infantiles, las cuales actúan como factor de riesgo para el desarrollo de alcoholismo, tal y como se matizará seguidamente (Rambau y cols., 2018).

Factores de riesgo ambientales

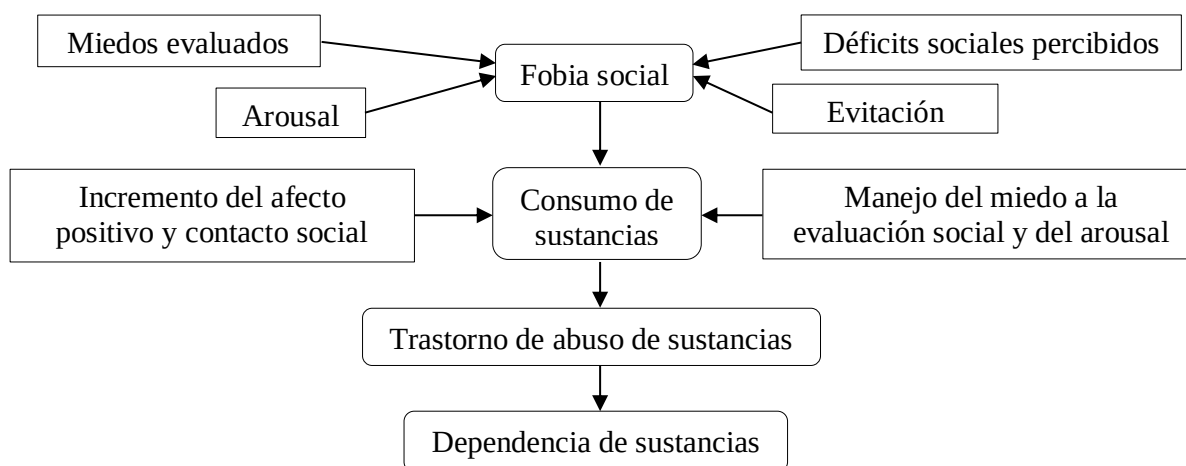
Los entornos o eventos sociales, suelen caracterizarse por la predilección de consumir sustancias tales como el alcohol, por lo que sientan las bases para el establecimiento de una conexión entre el uso de alcohol y este tipo de ambientes. En el caso de la FS, las personas son más proclives a beber ante la posible evaluación negativa y, si se encuentran en ambientes sociales o novedosos, el deseo por beber se acrecienta por el afán de pertenecer a nuevos grupos (Blumenthal y cols., 2016). En esta línea, Battista y colaboradores (2010) defienden un condicionamiento puro y duro, en el cual la respuesta ante situaciones que provocan FS es beber alcohol. Por el contrario, Terlecki y su equipo (2014) estiman que no se relaciona tanto con el contexto, sino con la necesidad de reducir el afecto negativo en dichos ambientes, ya que pueden temer comportarse de forma embarazosa bajo los efectos del alcohol.

El aprendizaje social, familiar o cultural también es transcendental en la génesis de las expectativas que llevan a recurrir al alcohol para enfrentar este o cualquier otro trastorno, suponiendo un inicio precoz de problemas con esta sustancia (Jester y cols., 2015). Por ejemplo, la atención materna deplorable, el estilo de crianza singularizado por un alto grado de control y un bajo cuidado parental, las escasas experiencias de cooperación y los eventos traumáticos durante la infancia o la adolescencia, son factores de riesgo que propician la asociación entre FS y alcoholismo (Andó y cols., 2014; Rambau y cols., 2018).

A modo de resumen, Buckner y colaboradores (2013) proponen un modelo multicausal en el que se plasman los factores biopsicosociales que concilian la relación entre FS y el abuso de sustancias (figura 2).

Figura 2

Modelo multicausal de la relación entre FS y trastornos por abuso de sustancias desde la perspectiva de Buckner y colaboradores (2013).



3.5 Etiología, curso y mantenimiento

Autores como Rambau y colaboradores (2018), estiman que la asociación entre FS y alcoholismo presenta una etiología diversa. Tal y como se ha visto, tanto la FS como el alcoholismo, contienen sesgos sobre las expectativas, que pueden actuar como causa o consecuencia, y que influyen significativamente sobre el mantenimiento de la relación. El resultado, es acudir al alcohol ante la amenaza social por el miedo social vivenciado (Chow y cols., 2018). Por otra parte, la memoria puede mantener las asociaciones condicionadas surgidas entre la FS y el alcohol, de tal forma que en situaciones sociales ambiguas, las personas con FS harán predicciones de dichas situaciones en base al alcohol (p. ej., “El alcohol me estimulará para establecer conversaciones con los demás”), facilitando la exposición futura a esta sustancia (Chow y cols., 2018; Goodman y cols., 2018). Afortunadamente, se ha observado que intervenir sobre los sesgos permite reducir tanto la FS como la tendencia a consumir alcohol (Chow y cols., 2018). Asimismo, las recompensas sociales también suponen un refuerzo potencial del mantenimiento del vínculo entre FS y uso abusivo de alcohol (Goodman y cols., 2018).

Si nos centramos en el curso evolutivo, la relación entre FS y alcoholismo puede ser distinta en función de la edad (Villarosa y cols., 2014). A medida que aumenta la ingesta de alcohol en edades tempranas para encarar el trastorno, se ocasiona un empeoramiento de la FS y predice el abuso alcohol en la adultez (Peña-Salas y cols., 2014; Villarosa y cols., 2014). Por ello, el estudio suele centrarse en este período (Miloyan y van Doorn, 2018), además de por ser la etapa de mayor propensión para afianzar estrategias de afrontamiento de la FS vinculadas a la ingesta de alcohol (Blumenthal y cols., 2016). No obstante, los síntomas de FS permiten predecir su uso abusivo en los adolescentes (Dahne y cols., 2014), cuestión de gran relevancia para efectuar acciones preventivas.

En general, tanto en jóvenes como en adultos con FS, el propósito reside en evitar y controlar el estrés social (Cludius y cols., 2013). Situando la atención en los jóvenes, los estudiantes son los que portan mayor probabilidad de consumir para atenuar la FS o incrementar el manejo de situaciones sociales (Villarosa y Madson, en prensa). Por ejemplo, Battista y colaboradores (2015) recogieron en su estudio, que se extendió durante 22 días, 6 autorregistros diarios cumplimentados por personas de entre 17 y 32 años en los que se evidencia la presencia conjunta de FS y alcohol. Concretamente, aquellos que presentaban FS, bebían con mayor frecuencia. De igual modo, se ha observado que los jóvenes con FS también son más propensos a intervenir en juegos que implican consumir alcohol. En relación con ello, hay que señalar que es frecuente percibir que cesa la participación en estos juegos cuando los fóbicos sociales advierten que el resto lo ha hecho, para que sus comportamientos continúen armonizando con los de los demás (Mulligan y cols., 2016). No obstante, Villarosa y Madson (en prensa) afirman que los jóvenes con FS van a ser los que padezcan peores consecuencias (p. ej., deterioro académico y emocional) y un consumo perjudicial.

En cuanto a las diferencias sexuales, tal y como se indicó con anterioridad, se informa de una ingesta de alcohol de frecuencia similar. Sin embargo, las mujeres poseen mayor riesgo de presentar un curso problemático de consumo por la elevada frecuencia y, los hombres, por la cantidad, aunque con una asiduidad bastante reducida en comparación a las mujeres. Es por ello que los autores sugieren que la FS, puede actuar como un factor de riesgo más potencial en mujeres (Norberg y cols., 2010).

Por tanto, tras esta revisión exhaustiva de la literatura que pone de manifiesto el vínculo existente entre FS y alcoholismo, cabe resaltar la transcendencia del problema y la necesidad de adoptar medidas preventivas dirigidas a evitar nuevas incidencias y reducir las prevalencias existentes, así como el desarrollo de intervenciones terapéuticas encaminadas a solventar el problema, mejorar la salud de estos pacientes y potenciar sus competencias sociales.

4. Discusión

En los párrafos precedentes se ha revisado la literatura existente acerca de la relación entre Fobia social (FS) y alcoholismo, y se han puesto de manifiesto los factores a tener en cuenta en esta problemática, así como la necesidad de desarrollar un conocimiento profundo y estrategias de prevención e intervención tempranas adecuadas para las personas con FS.

La FS es una patología incapacitante basada en el temor excesivo, irracional y persistente ante circunstancias de índole social (APA, 2014). Es el segundo trastorno de ansiedad más prevalente (Muñoz y Alpízar, 2016) y muy prominente en la adolescencia (Delgado y cols.,

2018). Esto último secunda la necesidad de intervención, pues podría actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de alcoholismo en los jóvenes, por ser una etapa de crecimiento personal y social, en la que además el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida (ESTUDES, 2019; Moreno, 2009). Igualmente, la persistencia de la FS y de las conductas de consumo en la adultez, se vincula con la menor posibilidad de recuperación espontánea de la FS, y con un uso perjudicial del alcohol (Black y cols., 2015; NICE, 2013) y, aunque hombres y mujeres consuman de forma equitativa, las mujeres detentan mayores probabilidades de desarrollar problemas con esta sustancia psicoactiva (Black y cols., 2015; Villarosa y cols., 2014).

Debido a que en la FS el miedo reside en ser sometido a crítica por posibles actuaciones embarazosas o incompetentes, las personas pueden recurrir al alcohol como una estrategia de refuerzo social que les facilite enfrentarse con éxito a tales situaciones (Bulley y cols., 2016). No obstante, se evidencia también la posibilidad de consumir en solitario por el aislamiento social provocado por las conductas de evitación social (Buckner y Terlecki, 2016).

En general, los autores constatan que la relación entre FS y consumo abusivo de alcohol deriva en consecuencias nocivas para la salud mayores que las de las propias patologías por separado (Schneier y cols., 2010). Por ejemplo, problemas para controlar o aminorar el uso nocivo del alcohol, síntomas fisiológicos, deterioro de la calidad de las interacciones sociales y de la autoconfianza, y dificultades para reestablecer el equilibrio emocional de forma natural, entre otros efectos (Battista y cols., 2015; Buckner y cols., 2019; Bulley y cols., 2016; Stapinski y cols., 2014). Por lo tanto, se refuerza la idea de intervenciones urgentes y efectivas.

Algunas limitaciones que se han detectado durante la elaboración del presente trabajo de revisión son, por una parte, la escasez de estudios en etapas evolutivas posteriores a la adolescencia o al inicio de la adultez. Es evidente que este trastorno, aunque tenga un predominio significativo en la adolescencia, incide también en la adultez y en la vejez, y es por ello por lo que se requiere examinar el grado de afectación de la FS y de la asociación entre FS y alcoholismo, su curso y sus implicaciones, para prevenir y elaborar acciones terapéuticas. Por otra parte, se considera insuficiente el número de trabajos publicados acerca de las características neurobiológicas de las personas con FS y trastorno concomitante de uso abusivo de alcohol, con objeto de conocer con mayor profundidad los substratos neurobiológicos de dicha relación, e identificar posibles biomarcadores o factores de riesgo neurobiológicos que puedan ser utilizados para la identificación de poblaciones de riesgo y el desarrollo de estrategias de prevención o intervención temprana óptimas.

Referencias

- Abraham, K., Salinas, A., y Lovinger, D. (2017). Alcohol and the brain: neuronal molecular targets, synapses, and circuits. *Neuron*, 96 (6), 1223-1238.
- Aikawa, S., Kobayashi, H., Nemoto, T., Matsuo, S., Wada, Y., Mamiya, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., Tsujino, N., y Mizuno, M. (2018). Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry Research*, 263, 94-100.
- Alden, L., y Regambal, M. (2010). Social anxiety, social anxiety disorder, and the self. En Hofmann, S., y Marten, P. (Eds.), *Social anxiety, second edition: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 423-447). Academic Press.
- Álvaro, L. C. (2015). El cerebro social: bases neurobiológicas de interés clínico. *Revista de Neurología*, 61 (10), 458-470.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Andó, B., Rózsa, S., Kurgis, E., Szkaliczki, A., Demeter, I., Szikszay, P., Demetrovics, Z., Janka, Z., y Almos, P. (2014). Direct and indirect symptom severity indicators of alcohol dependence and the personality concept of the biosocial model. *Substance Use & Misuse* 49 (4), 418-426.
- Antonucci, T., Ajrouch, K., y Birditt, K. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54 (1), 82-92.
- Avegno, E., Salling, M., Borgkvist, A., Mrejeru, A., Whitebitch, A., Margolis, E., Sulzer, D., y Harrison, N. (2016). Voluntary adolescent drinking enhances excitation by low levels of alcohol in a subset of dopaminergic neurons in the ventral tegmental area. *Neuropharmacology*, 110, 386-395.
- Bados, A. (2009). *Fobia social. Naturaleza, evolución y tratamiento*. Universitat de Barcelona.
- Battista, S., MacDonald, D., y Stewart, S. (2012). The effects of alcohol on safety behaviors in socially anxious individuals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31 (10), 1074-1094.
- Battista, S., MacKinnon, S., Sherry, S., Barrett, S., MacNevin, P. D., y Stewart, S. (2015). Does alcohol reduce social anxiety in daily life? A 22-day experience sampling study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34 (6), 508-528.

- Battista, S., Pencer, A., y Stewart, S. (2014). Drinking and thinking: Alcohol effects on post-event processing in socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 38 (1), 33-42.
- Battista, S., Stewart, S., y Ham, L. (2010). A critical review of laboratory-based studies examining the relationships of social anxiety and alcohol intake. *Current Drug Abuse Reviews*, 3 (1), 3-22.
- Bienvenu, O. J., Hettema, J., Neale, M., Prescott, C., y Kendler, K. (2007). Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164 (11), 1714-1721.
- Black, J., Clark, D., Martin, C., Kim, K., Blaze, T., Creswell, K., y Chung, T. (2015). Course of alcohol symptoms and social anxiety disorder from adolescence to young adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39 (6), 1008-1015.
- Blom, R., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Grados, M., Reti, I., Eaton, W., Liang, K. Y., y Nestadt, G. (2011). Association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5HTTLPR) and personality disorder traits in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (9), 1153-1159.
- Blöte, A., Miers, A., Heyne, D., Clark, D., y Westenberg, P. (2014). The relation between social anxiety and audience perception: Examining Clark and Wells (1995) model among adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42 (5), 555-567.
- Blöte, A., Miers, A., Heyne, D., y Westenberg, P. (2015). Social anxiety and the school environment of adolescents. En Ranta, K., La Greca, A., García-López, L. J., y Marttunen, M. (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp 151-181). Springer International Publishing.
- Blumenthal, H., Ham, L., Cloutier, R., Bacon, A., y Douglas, M. (2016). Social anxiety, disengagement coping, and alcohol-use behaviors among adolescents. *Anxiety, Stress & Coping*, 29 (4), 432-446.
- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E., Frala, J., Badour, C., y Ham, L. (2010). Social anxiety and motives for alcohol use among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24 (3), 529-534.
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., y Baker, J. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (1), 81-95.

- Brühl, A. B., Delsignore, A., Komossa, K., y Weidt, S. (2014). Neuroimaging in social anxiety disorder: A meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 260-280.
- Buckner, J., Heimberg, R., Ecker, A., y Vinci, C. (2013). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depression and Anxiety*, 30 (3), 276-284.
- Buckner, J., Lewis, E., y Walukevich-Dienst, K. (2019). Drinking problems and social anxiety among young adults: the roles of drinking to manage negative and positive affect in social situations. *Substance Use & Misuse*, 54 (13), 2117-2126.
- Buckner, J., Schmidt, N., Lang, A., Small, J., Schlauch, R., y Lewinsohn, P. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (3), 230-239.
- Buckner, J., y Heimberg, R. (2010). Drinking behaviors in social situations account for alcohol-related problems among socially anxious individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24 (4), 640-648.
- Buckner, J., y Matthews, R. (2012). Social impressions while drinking account for the relationship between alcohol-related problems and social anxiety. *Addictive Behaviors*, 37 (4), 533-536.
- Buckner, J., y Terlecki, M. (2016). Social anxiety and alcohol-related impairment: The mediational impact of solitary drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 58, 7-11.
- Bulley, A., Miloyan, B., Brilot, B., Gullo, M., y Suddendorf, T. (2016). An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder. *Journal of Affective Disorders*, 196, 62-70.
- Burguillos, I., y Acosta, M. (2019). Sentido de coherencia y fobia social: un estudio descriptivo. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 151-158.
- Bystritsky, A., Khalsa, S., Cameron, M., y Schiffman, J. (2013). Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Pharmacy and Therapeutics*, 38 (1), 30-38.
- Caballo, V., Salazar, I., Irurtia, M. J., Arias, B. y Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 18 (2), 259-276.

- Cano, A., Pellejero, M., Ferrer, M. A., Iruarrizaga, I., y Zuano, A. (2006). Aspectos cognitivos, emocionales genéticos y diferenciales de la timidez. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (4), 1-15.
- Canton, J., Scott, K., y Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215.
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreasm S., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., y Härter, M. (2018). Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26 (2), 174-185.
- Capriola-Hall, N., Trubanova, A., Ollendick, T., y White, S. (2018). The influence of social communication impairments on gaze in adolescents with social anxiety disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 49 (4), 672-679.
- Chow, P., Portnow, S., Zhang, D., Salemink, E., Wiers, R., y Teachman, B. (2018). Comorbid interpretation and expectancy bias in social anxiety and alcohol use. *Anxiety, Stress & Coping*, 31 (6), 669-685.
- Cludius, B., Stevens, S., Bantin, T., Gerlach, A. L., y Hermann, C. (2013). The motive to drink due to social anxiety and its relation to hazardous alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27 (3), 806-813.
- Cremers, H., Veer, I., Spinhoven, P., Rombouts, S., y Roelofs, K. (2015). Neural sensitivity to social reward and punishment anticipation in social anxiety disorder. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8 (439).
- Dahne, J., Banducci, A. N., Kurdziel, G., y MacPherson, L. (2014). Early adolescent symptoms of social phobia prospectively predict alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75 (6), 929-936.
- Delgado, B., Inglés, C. J., Aparisi, D., García-Fernández, J. M., y Martínez-Monteagudo, M. C. (2018). Relación entre la ansiedad social y las dimensiones de la personalidad en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 46 (1), 81-92.
- Dodhia, S., Hosanagar, A., Fitzgerald, D., Labuschagne, I., Wood, A., Nathan, P., y Phan, K. L. (2014). Modulation of resting-state amygdala-frontal functional connectivity by

- oxytocin in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology*, 39 (9), 2061-2069.
- Doehrmann, O., Ghosh, S., Polli, F., Reynolds, G., Horn, F., Keshavan, A., Traintafyllou, C., Saygin, Z., Whitfield-Gabrieli, S., Hofmann, S., Pollack, M., y Gabrieli, J. (2013). Predicting treatment response in social anxiety disorder from functional magnetic resonance imaging. *JAMA Psychiatry*, 70 (1), 87-97.
- Fernández A., Aparicio, P., Granados, L., Aparisi, D., e Inglés, C. J. (2018). Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Calidad de Vida y Salud*, 11 (1), 30-36.
- Fouche, J. P., van der Wee, N., Roelofs, K., y Stein, D. (2013). Recent advances in the brain imaging of social anxiety disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 28 (1), 102-105.
- Fowler, A. K., Thompson, J., Chen, L., Dagda, M., Dertien, J., Dossou, K. S., Moaddel, R., Bergeson, S., y Kruman, I. (2014). Differential sensitivity of prefrontal cortex and hippocampus to alcohol-induced toxicity. *Public Library of Science One*, 9 (9).
- Fröjd, S., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., y Marttunen, M. (2011). Associations of social phobia and general anxiety with alcohol and drug use in a community sample of adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 46 (2), 192-199.
- García, E. S., Rosa, A. I., y Olivares-Olivares, P. J. (2011). Terapia de exposición mediante realidad virtual e internet en el trastorno de ansiedad/fobia social: Una revisión cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29 (2), 233-243.
- Giltay, E., Enter, D., Zitman, F., Penninx, B., van Pelt, J., Spinhoven, P., y Roelofs, K. (2012). Salivary testosterone: associations with depression, anxiety disorders, and antidepressant use in a large cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72 (3), 205-213.
- Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J., y Rial, A. (2017). The relationship between consumption of alcohol and other drugs and problematic Internet use among adolescents. *Adicciones*, 29 (4), 268-277.
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: Factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology*, 24 (1), 29-49.
- Goodkind, M., Eickhoff, S., Oathes, D., Jiang, Y., Chang, A., Jones-Hagata, L., Ortega, B., Zaiko, Y., Roach, E., Korgaonkar, M., Grieve, S., Galatzer-Levy, I., Fox, P., y Etkin,

- A. (2015). Identification of a common neurobiological substrate for mental illness. *JAMA Psychiatry*, 72 (4), 305-315.
- Goodman, F., Stikma, M., y Kashdan, T. (2018). Social anxiety and the quality of everyday social interactions: the moderating influence of alcohol consumption. *Behavior Therapy*, 49 (3), 373-387.
- Gould, T. (2010). Addiction and cognition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 5(2), 4-14.
- Ham, L., Casner, H., Bacon, A., y Shaver, J. (2011). Speeches, strangers, and alcohol use: The role of context in social stress response dampening. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (4), 462-472.
- Harrison, N., Skelly, M. J., Grosserode, E., Lowes, D., Zeric, T., Phister, S., y Salling, M. (2017). Effects of acute alcohol on excitability in the CNS. *Neuropharmacology*, 122, 36-45.
- 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 (6), 472-479.
- Inglés, C., La Greca, A., Marzo, J. C., García-López, L. J., y García-Fernández, J. M. (2010). Social Anxiety Scale for Adolescents: Factorial invariance and latent mean differences across gender and age in Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (8), 847-855.
- Iverach, L., Rapee, R., Wong, Q., y Lowe, R. (2017). Maintenance of social anxiety in stuttering: a cognitive-behavioral model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26 (2), 540-556.
- Jester, J., Wong, M., Cranford, J., Buu, A., Fitzgerald, H., y Zucker, R. (2015). Alcohol expectancies in childhood: change with the onset of drinking and ability to predict adolescent drunkenness and binge drinking. *Addiction*, 110 (1), 71-79.
- Jiménez-López, L. M., y Jurado, S. (2014). Ansiedad social consumo riguroso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6 (1), 37-50.
- Karasewich, T., y Kuhlmeier, V. (2020). Trait social anxiety as a conditional adaptation: A developmental and evolutionary framework. *Developmental Review*, 55.
- Kashdan, T., Farmer, A., Adams, L., Ferssizidis, P., McKnight, P., y Nezlek, J. (2013). Distinguishing healthy adults from people with social anxiety disorder: Evidence for the

- value of experiential avoidance and positive emotions in everyday social interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 122 (3), 645-655.
- Kashdan, T., y Collins, R. L. (2010). Social anxiety and the experience of positive emotion and anger in everyday life: An ecological momentary assessment approach. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (3), 259-72.
- Kashdan, T., y McKnight, P. (2010). The darker side of social anxiety: When aggressive impulsivity prevails over shy inhibition. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 47-50.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Lieb, R., y Wittchen, H. U. (2012). Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (5), 608-616.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., y Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25 (7), 841-861.
- Kushner, M., Sher, K., y Beitman, B. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147 (6), 685-695.
- Leichsenring, F., y Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376 (23), 2255-2264.
- Lenze, E., y Wetherell, J. L. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13 (4), 381-399.
- Liang, C. W., Tsai, J. L., y Hsu, W. Y. (2017). Sustained visual attention for competing emotional stimuli in social anxiety: An eye tracking study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 178-185.
- Lima, E., Diniz, P., y Rejane, P. (2017). Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 93 (5), 442-451.
- López, M. D. M., y Cortés, A. E. (2019). *Enfermería de la infancia y de la adolescencia: Atención de enfermería al niño sano*. Universidad de Almería.
- Lowery-Gionta, E., Navarro, M., Li, C., Pleil, K. E., Rinker, J., Cox, B., Sprow, G., Kash, T., y Thiele, T. (2012). Corticotropin releasing factor signaling in the central amygdala is recruited during binge-like ethanol consumption in C57BL/6J mice. *Journal of Neuroscience*, 32 (10), 3405-3413.

- Macias, A., Mendoza J., y Jiménez, D. (2017). La fobia social en las relaciones interpersonales de los seres humanos. *Psicología UNEMI*, 1 (1), 25-32.
- Manning, R., Dickson, J., Palmier-Claus, J., Cunliffe, A., y Taylor, P. (2017). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of affective disorders*, 211, 44-59.
- Martens, M., Martin, J., Littlefield, A., Murphy, J., y Cimini, M. (2011). Changes in protective behavioral strategies and alcohol use among college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 118 (2), 504-507.
- Miers, A., Blöte, A., de Rooij, M., Bokhorst, C., y Westenberg, P. M. (2013). Trajectories of social anxiety during adolescence and relations with cognition, social competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (1), 97-110.
- Miloyan, B., y van Doorn, G. (2019). Longitudinal association between social anxiety disorder and incident alcohol use disorder: Results from two national samples of US adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54 (4), 469-475.
- Mitchell, J., Arcuni, P., Weinstein, D., y Woolley, J. (2016). Intranasal oxytocin selectively modulates social perception, craving, and approach behavior in subjects with alcohol use disorder. *Journal of Addiction Medicine*, 10 (3), 182-189.
- Mohammadi, M. R., Salehi, M., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, N., Hojjat, S. K., Safavi, P., y Amanat, M. (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and co-morbidities. *Journal of Affective Disorders*, 263, 450-457.
- Moreno, A. (2009). *El desenvolupament durant l'adolescència*. Universitat Oberta Catalunya.
- Morrison, A., y Heimberg, R. (2013). Social anxiety and social anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 249-274.
- Mulligan, E., George, A., y Brown, P. (2016). Social anxiety and drinking game participation among university students: the moderating role of drinking to cope. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42 (6), 726-734.
- Muñoz, J. P., y Alpízar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista cúpula*, 30 (1), 40-47.
- Mussen, P. H. (2000). La personalidad y el desarrollo social: socialización en la familia. En Mussen, P. H., Conger, J., y Kagan, J. (Eds.), *Desarrollo de la personalidad en el niño* (pp. 321-352). Trillas.

- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. British Psychological Society.
- Nicholls, J., Staiger, P. K., Williams, J. S., Richardson, B., y Kambouropoulos, N. (2014). When social anxiety co-occurs with substance use: Does an impulsive social anxiety subtype explain this unexpected relationship? *Psychiatry Research*, 220 (3), 909-914.
- Nimitvilai, S., López, M. F., Mulholland, P., y Woodward, J. (2016). Chronic intermittent ethanol exposure enhances the excitability and synaptic plasticity of lateral orbitofrontal cortex neurons and induces a tolerance to the acute inhibitory actions of ethanol. *Neuropsychopharmacology*, 41 (4), 1112-1127.
- Nitka, D., y O'Connor, R. (2017). Evaluations of alcohol consequences moderate social anxiety risk for problematic drinking. *Addictive Behaviors*, 65, 131-136.
- Norberg, M., Norton, A., Olivier, J., y Zvolensky, M. (2010). Social anxiety, reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy*, 41 (4), 555-566.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995–2017*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019). *Informe 2019: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Olivares, J., Olivares-Olivares, P. J., y Macia, D. (2014). Social skills training and treatment of adolescents with generalized social phobia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 22 (3), 441-459.
- Ollendick, T., Benoit, K., y Grills-Taquechel, A. (2014). Social anxiety disorder in children and adolescents. En Weeks, J. W. (Ed.), *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder* (pp 181-200). Wiley-Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Trastornos mentales*. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alcohol: Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Peña-Salas, G. F., Bareño, J., Berbesi, D. Y., y Gaviria, S. (2014). Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (2), 66-72.

- Pettersson, E., Larsson, H., y Lichtenstein, P. (2016). Common psychiatric disorders share the same genetic origin: a multivariate sibling study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry*, 21 (5), 717-721.
- Potter, C., Galbraith, T., Jensen, D., Morrison, A., y Heimberg, R. (2016). Social anxiety and vulnerability for problematic drinking in college students: The moderating role of post-event processing. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45 (5), 380-396.
- Rambau, S., Forstner, A., Wegener, I., Mücke, M., Wissussek, C., Staufienbiel, S., Geiser, F., Chumacher, J., y Conrad, R. (2018). Childhood adversities, bonding, and personality in social anxiety disorder with alcohol use disorder. *Psychiatry Research*, 262, 295-302.
- Ranta, K., La Greca, A., García-López, L. J., y Marttunen, M. (2015). *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies*. Springer International Publishing.
- Reinelt, E., Aldinger, M., Stopsack, M., Schwahn, C., John, U., Baumeister, S., Grabe, H. J., y Barnow, S. (2014). High social support buffers the effects of 5-HTTLPR genotypes within social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264 (5), 433-439.
- Robinson, J., y Bolton, J. (2013). Substance Use in Response to Anxiety Disorders. En Miller, P. M. (Ed.), *Principles of addiction* (pp. 507-516). Academic Press.
- Romano, M., Moscovitch, D., Ma, R., y Huppert, J. (2019). Social problem solving in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 68.
- Rosa, A. I., Olivares-Olivares, P. J., e Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, 40 (1), 23-42.
- Schneier, F., Foose, T., Hasin, D., Heimberg, R., Liu, S., Grant, B., y Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40 (6), 977-988.
- Schwartz, S. (2007). The structure of identity consolidation: Multiple correlated constructs or one superordinate construct? *Identity*, 7 (1), 27-49.
- Secretaría de Estado de Servicios Sociales. (2019). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- Spence, S., y Rapee, R. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50-67.
- Spokas, M., Luterek, J., y Heimberg, R. (2009). Social anxiety and emotional suppression: The mediating role of beliefs. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (2), 283-291.
- Sripada, C. S., Angstadt, M., McNamara, P., King, A., y Phan, K. L. (2011). Effects of alcohol on brain responses to social signals of threat in humans. *Neuroimage*, 55 (1), 371-380.
- Stapinski, L., Rapee, R., Sannibale, C., Teesson, M., Haber, P., y Baillie, A. (2015). The clinical and theoretical basis for integrated cognitive behavioral treatment of comorbid social anxiety and alcohol use disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22 (4), 504-521.
- Stein, D., Lim, C., Roest, A., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., y Organización Mundial de la Salud (2017a). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15 (1), 15-143.
- Stein, M., Chen, C. Y., Jain, S., Jensen, K., He, F., Heeringa, S., Kessler, R., Maihofer, A., Nock, M., Ripke, S., Sun, X., Thomas, M., Ursano, R., Smoller, J., Gelernter, J., y Army STARRS. (2017b). Genetic risk variants for social anxiety. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 174 (2), 120-131.
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F., y Kruse, J. (2013). What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27 (7), 692-702.
- Stuber, G., y Wise, R. (2016). Lateral hypothalamic circuits for feeding and reward. *Nature Neuroscience*, 19 (2), 198-205.
- Terlecki, M., Ecker, A., y Buckner, J. (2014). College drinking problems and social anxiety: The importance of drinking context. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28 (2), 545-552.
- Thomas, S., Randall, P., Book, S., y Randall, C. (2008). A complex relationship between co-occurring social anxiety and alcohol use disorders: What effect does treating social anxiety have on drinking? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (1), 77-85.

- Torvik, F. A., Rosenström, T. H., Gustavson, K., Ystrom, E., Kendler, K., Bramness, J., Czajkowski, N., y Reichborn-Kjennerud, T. (2019). Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study. *Depression and Anxiety*, 36 (6), 522-532.
- Tovote, P., Fadok, J. P., y Lüthi, A. (2015). Neuronal circuits for fear and anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 16 (6), 317-331.
- Villarosa, M., Madson, M., Mohn, R., Zeigler-Hill, V., y Nicholson, B. (2018). Social anxiety and alcohol-related outcomes: the mediating role of drinking context and protective strategies. *Addiction Research & Theory*, 26 (5), 396-404.
- Villarosa, M., Madson, M., Zeigler-Hill, V., Noble, J., y Mohn, R. (2014). Social anxiety symptoms and drinking behaviors among college students: The mediating effects of drinking motives. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28 (3), 710-718.
- Villarosa, M., y Madson, M. (en prensa). A latent profile analysis of social anxiety and alcohol use among college students. *Addictive Behaviors*, 104.
- Werner K., Goldin P., Ball T., Heimberg R., y Gross J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: the emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33 (3), 346-54.
- Whitley, R., Madson, M., y Zeigler-Hill, V. (2018). Protective behavioral strategies and hazardous alcohol use among male college students: Conformity to male gender norms as a moderator. *Psychology of Men and Masculinity*, 19 (3), 477-483.
- Windle, M., y Windle, R. (2012). Testing the specificity between social anxiety disorder and drinking motives. *Addictive Behaviors*, 37 (9), 1003-1008.
- Wong, Q., y Rapee, R. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84-100.
- Wu, P., Goodwin, R., Fuller, C., Liu, X., Comer, J., Cohen, P., y Hoven, C. (2010). The relationship between anxiety disorders and substance use among adolescents in the community: specificity and gender differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 39 (2), 177-188.
- Zubeidat, I., Fernández, A., y Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 71-86.