

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON FOBIA SOCIAL EN EL NEUROTICISMO Y LA EXTRAVERSIÓN

Pablo J. Olivares-Olivares¹, Vicente E. Caballo², Ángel Rosa-Alcázar³,
Diego Macià⁴ y José Olivares¹

¹Universidad de Murcia; ²Universidad de Granada; ³Universidad Católica de Murcia; ⁴Universidad Miguel Hernández de Elche (España)

Resumen

El objetivo de este estudio es presentar los efectos de la aplicación de un protocolo de tratamiento manualizado, en una muestra comunitaria de 67 adolescentes españoles (62,68% mujeres), en la fobia social generalizada (FSG) y en el neuroticismo (N) y la extraversión (E). Los participantes fueron asignados al azar a un grupo de control ($n= 33$; $M= 15,21$ años; $DT= 1,04$) y otro de tratamiento ($n= 34$; $M= 15,29$ años; $DT= 1,10$). Todos cumplieron los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social (subtipo generalizado; APA, 1994) y rellenaron el "Inventario de ansiedad y fobia social" (SPAI), el "Cuestionario Eysenck de personalidad" para niños (EPQ-J) y para adultos (EPQ-A), según su edad cronológica. También se cuantificó el tiempo mirando en la dirección del interlocutor durante un test situacional. Los resultados muestran que: (i) el tratamiento es eficaz para eliminar/reducir la FSG; y (ii) N y E muestran cambios significativos entre el pretest y el posttest que se prolongan en el seguimiento. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos y la estabilidad de N y E.

PALABRAS CLAVE: *fobia social generalizada, adolescentes, tratamiento cognitivo conductual, neuroticismo, extraversión.*

Abstract

The aim of this study is to present the effects of the application of a manualized treatment protocol in a community sample of 67 Spanish adolescents (62.68% women) in generalized social phobia (GSP), in neuroticism (N), and extraversion (E). The participants were randomly assigned to a control group ($n= 33$; $M= 15.21$ years old, $SD= 1.04$) and a treatment group ($n= 34$; $M= 15.29$ years old, $SD= 1.10$). All met the criteria required for the diagnosis of social phobia (generalized subtype, APA, 1994) and completed the Inventory of Anxiety and Social Phobia (SPAI), and the Eysenck Personality Questionnaire for children (EPQ-J) or for adults (EPQ-A) according to their age. The time looking at the conversation partner during a situational test was also quantified. The results show that: (i) the treatment is effective to eliminate / reduce GSP; and (ii) N and E show significant changes between the pretest and the posttest that are

prolonged in the follow-up. The implications of these findings and the stability of N and E are discussed.

KEY WORDS: *generalized social phobia, adolescents, cognitive behavioral treatment, neuroticism, extraversion.*

Introducción

El concepto de personalidad se asienta en el supuesto de que ésta se encuentra integrada por patrones distintivos y persistentes de pensamientos, emociones y acciones en distintos contextos y tiempos (véase Caballo, Guillén y Salazar, 2009; Clark, 2009; Mischel, 2004; Pedrero-Pérez, 2018; Ribes, 1990). Para la mayoría de los teóricos de la personalidad tales patrones, además de estables y dominantes, también son inflexibles (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2014). En este contexto, el modelo de los cinco grandes rasgos (*Big Five*; McCrae y Costa, 1990, 1991) propone que las variaciones individuales en el comportamiento se agrupan en cinco dimensiones: neuroticismo (N), extraversión (E), amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia. De éstas, las más estudiadas han sido el N y la E (Kennis, Rademaker y Geuze, 2013).

Como recuerdan Aghajani *et al.* (2014) o Barlow *et al.* (2014), el N se ha relacionado con la vulnerabilidad a la ansiedad y a la depresión, así como con un riesgo mayor de presentar trastornos comórbidos y con peores resultados del tratamiento. Se supone que ello se debe al establecimiento de asociaciones desadaptativas entre el N, el funcionamiento cognitivo y el emocional. Entre los efectos de tales asociaciones se incluyen la sensibilidad extrema a las señales sociales negativas, la interpretación de los estímulos sociales ambiguos como negativos (amenazas potenciales), las dificultades en la regulación del afecto y mostrar un estilo de procesamiento de la información autorreferencial predominantemente negativo.

Por el contrario, la E se ha asociado con mayor probabilidad de presentar estados emocionales positivos y menor susceptibilidad a los trastornos afectivos (Kotov *et al.*, 2010). Se hipotetiza que ello se debe a la relación de la E con la sensibilidad a los estímulos positivos y gratificantes del medio, dado que los extravertidos muestran una fuerte tendencia a participar en interacciones sociales gratificantes y se muestran frecuentemente entusiastas y optimistas, así como asertivos y comunicativos en las situaciones sociales.

En el contexto de la ansiedad, distintos estudios han abordado y puesto de manifiesto las relaciones entre la ansiedad social, el N y la E. Así, Realo y Allik (1998) informaron que habían hallado una notable correlación negativa ($r = -0,77$) entre la E y la ansiedad social mientras que Caballo, Olivares, López-Gollonet, Iruña y Rosa-Alcázar (2003) encontraron importantes correlaciones significativas ($p < 0,01$) y positivas entre el N y la ansiedad social (de $r = 0,46$ a $r = 0,53$, dependiendo del cuestionario de ansiedad social utilizado) así como correlaciones negativas de muy bajas ($p > 0,05$) a moderadas ($p < 0,01$) entre la E y la ansiedad social (de $r = -0,05$ a $r = -0,30$, dependiendo del cuestionario de ansiedad social considerado).

Por otra parte, Boelen y Reijntjes (2009) encontraron que el incremento de la gravedad de la ansiedad social correlacionaba positivamente con la intolerancia a la incertidumbre cuando se controlaban correlatos propios de ésta (como el miedo a la evaluación negativa) y el N. Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun (1995) hallaron que quienes cumplían los criterios para el diagnóstico de fobia social generalizada (FSG) también presentaban valores significativamente mayores en N que quienes presentaban fobia social específica (FSE). Además, los primeros puntuaron significativamente menos en E que los segundos. Es decir, a mayor FSG más N y menos E.

Rice y Markey (2009) han estudiado también los efectos de la ansiedad social, el N y la E en las relaciones interpersonales. Investigaron sus efectos diferenciales en la comunicación mediada por un ordenador y la que se produce en el "vis a vis". Los resultados pusieron de manifiesto valores más altos de la intensidad de la ansiedad tras la comunicación "vis a vis" que en la mediada por el ordenador. El análisis de los mismos corroboró que los participantes introvertidos y "neuróticos" se mostraban más ansiosos al comunicarse "vis a vis" que cuando la comunicación estaba mediada por el ordenador, mientras que los participantes extravertidos y estables mostraban valores bajos para la intensidad de las respuestas de ansiedad, independientemente del tipo de interacción.

En un estudio reciente con población adolescente española, Delgado, Inglés, Aparisi-Sierra, García-Fernández y Martínez-Monteagudo (2018) han informado que quienes obtienen puntuaciones elevadas en ansiedad social también las presentan altas en N y bajas en E, en línea con lo informado por Caballo *et al.* (2010), Kaplan *et al.* (2015) o Realo y Allik (1998).

Al igual que los estudios con muestras clínicas y comunitarias, los que utilizan muestras de gemelos también ofrecen información respecto de estas relaciones. Así, Hettema *et al.* (2006) realizaron una investigación con gemelos para examinar la relación entre N y la FS, entre otros trastornos interiorizados. Su conclusión fue que "hay un sustancial solapamiento, aunque incompleto, entre los factores genéticos que influyen en las variaciones individuales en N y los que aumentan el riesgo a través de la interiorización de los trastornos" (p. 857).

En otro estudio realizado por Bienvenu, Hettema, Neale, Prescott y Kendler (2007), se dieron a conocer los resultados con una muestra de gemelos en donde se investigaba la naturaleza de las relaciones entre la FS, la E y el N. Los hallazgos les permitieron concluir que: (i) las correlaciones fueron moderadas entre la E y la FS y altas y positivas entre ésta y el N (en los modelos estadísticos mejor ajustados); (ii) todos los factores genéticos de riesgo para la FS también los fueron para la E y el N; (iii) las experiencias ambientales compartidas por quienes presentaban FS no fueron una fuente de correlaciones entre ésta y los rasgos de personalidad (N y E). Todo ello les llevó a sostener que los factores genéticos influyen en la variación individual de la E y del N y explican la relevancia de la genética en la herencia de la FS.

Así, tanto los resultados de Hettema *et al.* (2006) como los de Bienvenu *et al.* (2007) son coherentes con la hipótesis de la existencia de un factor genético asociado con el N, que puede representar una parte sustancial de la varianza que comparten los trastornos interiorizados, incluida la FSG, según algunos autores

(véase por ejemplo Stein y Stein, 2008). Tal parece ocurrir, por ejemplo, con los datos que sugieren la influencia genética sobre el funcionamiento serotoninérgico y la amígdala, la cual podría mediar en esta relación produciendo un sesgo atencional hacia la amenaza (Fox, Hane y Pine, 2007).

En síntesis, la literatura científica pone de manifiesto: (a) la existencia de una significativa correlación, a menudo elevada, entre la FS, el N y la E tanto en población adulta como adolescente; (b) la participación en mayor o menor grado, de manera directa o indirecta, de las variables de orden genético en la FS en general y en la FSG en particular.

Ahora bien, si esto es así y asumiendo como cierta la hipótesis de la dominancia, estabilidad e inflexibilidad de los rasgos, dentro de las múltiples preguntas que cabe hacerse está la relativa a ¿cuánto puede condicionar a la estabilidad e inflexibilidad del N y la E el efecto del tratamiento psicológico de la FS? Los resultados de las revisiones de la literatura científica muestran que existe muy poca evidencia sobre la relación entre los valores del N, la E y la ansiedad social tras el tratamiento psicológico de ésta última, así como que las pruebas no son concluyentes y se requiere que se realicen estudios controlados *ad hoc* (Barlow *et al.*, 2014).

Ante este estado de la investigación y con el fin de contribuir a responder la pregunta que nos hemos formulado, planteamos el presente estudio. Nuestro objetivo es aportar pruebas empíricas sobre la estabilidad a corto (pretest-postest) y medio plazo (medidas de seguimiento a los seis y 12 meses) de los valores del N y la E informados por los participantes cuando se aplica un tratamiento cognitivo-conductual en condiciones controladas.

Tomando como referencia los resultados de la investigación disponible hipotetizamos que tras la aplicación del tratamiento, por una parte, en lo que respecta al efecto del tratamiento psicológico del trastorno por ansiedad social: (i) se producirán diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest entre las dos condiciones experimentales en: a) las respuestas de ansiedad social (evaluadas con el "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989); b) la duración del contacto ocular con el interlocutor (medido a partir de los registros realizados en un test situacional *ad hoc* sobre este correlato motor); y c) la remisión completa de la FS y en su mejoría (reducción del número de situaciones sociales temidas/evitadas por los participantes). (ii) Las mejoras halladas en el postest se mantendrán en las medidas de seguimiento. Por otra parte, en cuanto a los rasgos de personalidad, no esperamos que se produzcan diferencias estadísticamente significativas pretest-postest entre las condiciones experimentales en las puntuaciones obtenidas por los participantes en las subescalas de: (i) "Neuroticismo" (N) del "Cuestionario de personalidad de Eysenck para adultos" (*Eysenck Personality Questionnaire-Adult*, EPQ-A; Eysenck y Eysenck, 1989) y el "Cuestionario de personalidad de Eysenck para jóvenes" (*Eysenck Personality Questionnaire-Junior*, EPQ-J; Eysenck y Eysenck, 1989) y (ii) "Extraversión" (E) del EPQ-J y EPQ-A.

Método

Participantes

La muestra la integraron 80 adolescentes cuyas características sociodemográficas, número de situaciones sociales temidas y comorbilidad se recogen en la tabla 1. Los criterios de exclusión fueron: no presentar el consentimiento escrito firmado por al menos uno de los padres o equivalente, cumplir con los criterios para el diagnóstico de un trastorno comórbido que pudiera interferir significativamente en el tratamiento como, por ejemplo, la depresión, un trastorno de personalidad (especialmente el trastorno límite), la esquizofrenia, etc. o presentar un historial prolongado de consumo de sustancias tóxicas, comportamiento agresivo, faltar consecutivamente a tres sesiones de tratamiento o haber recibido previamente tratamiento psicológico para la FS.

Los criterios de inclusión fueron cumplir los requisitos para el diagnóstico de fobia social generalizada (FSG) y tener una edad comprendida entre los 14 y los 17 años.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los participantes

Características sociodemográficas	Grupo de control (n=33)	Grupo de tratamiento (n=34)
Edad (M y DT)	15,21 (DT= 1,04)	15,59 (DT= 1,10)
Sexo		
Hombres	11 (16,41%)	14 (20,90%)
Mujeres	22 (32,84%)	20 (29,85%)
Curso escolar		
3º Enseñanza Secundaria Obligatoria	19,40%	20,90%
4º Enseñanza Secundaria Obligatoria	16,41%	23,90%
1º Bachillerato	13,43%	5,97%
Número de situaciones sociales temidas/evitadas	5,85	5,71
Comorbilidad		
Trastorno de pánico	6 (8,95%)	10 (14,92%)
Agorafobia	1 (1,50%)	2 (2,99%)
Mutismo selectivo	4 (5,97%)	6 (8,96%)
Trastorno de ansiedad generalizada	10 (14,93%)	4 (5,97%)
Trastorno obsesivo compulsivo	1 (1,50%)	0 (0,00%)
Fobia específica	9 (13,43%)	12 (17,91%)
Trastorno por estrés postraumático	0 (0,00%)	as circun
Episodio depresivo mayor	0 (0,00%)	0 (2,50%)
Trastorno distímico	3 (4,48%)	8 (11,94%)
Abuso de alcohol	2 (2,99%)	6 (8,96%)
Abuso de otras sustancias tóxicas	0 (0%)	0 (0%)
Trastorno de personalidad por evitación	10 (14,93%)	13 (19,40%)

Instrumentos

- a) "Entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV. Entrevista para niños" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Version*, ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1996). Esta entrevista evalúa los trastornos de ansiedad en los niños/adolescentes. La ADIS-IV-C ha mostrado excelente fiabilidad test-retest ($kappa= 0,63-0,80$) e interjueces (0,82-0,95) en su aplicación a los trastornos de ansiedad, incluida la FS (Silverman, Saavedra y Pina, 2001).
- b) "Inventario de ansiedad y fobia social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). El SPAI es una medida de autoinforme de 45 ítems que evalúa la fobia social y la agorafobia. La escala de calificación utiliza un sistema de puntuación de siete puntos, que va desde "nunca" (1) hasta "siempre" (7). La subescala de Fobia social contiene 32 ítems, muchos de los cuales son un promedio de ítems múltiples de un total de 96 respuestas. De los 32, 17 se relacionan con la ansiedad social en diferentes situaciones con la presencia de (a) extraños, (b) figuras de autoridad, (c) miembros del sexo opuesto y (d) personas en general. La puntuación se calcula sumando la calificación en los 32 ítems y restando 32 del total. La puntuación máxima en esta subescala es 192. La puntuación de la subescala Agorafobia se obtiene sumando los 13 ítems de la subescala y restando 13. La puntuación máxima en esta subescala es 78. La puntuación de la Diferencia se obtiene restando la subescala Agorafobia de la subescala de Fobia social y está diseñada como un control para la ansiedad social atribuible a la agorafobia. El SPAI ha sido adaptado por Olivares, García-López, Hidalgo, Turner y Beidel (1999) a población adolescente española, obteniendo elevados coeficientes de consistencia interna para las subescalas de Fobia social (0,95), Agorafobia (0,83) y la diferencia FS-Agorafobia (0,95).
- c) "Cuestionario de personalidad de Eysenck para adultos" (*Eysenck Personality Questionnaire-Adult*, EPQ-A; Eysenck y Eysenck, 1989). El EPQ-A evalúa la personalidad y está compuesto por cuatro subescalas: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Psicoticismo (P) y una medida adicional de Sinceridad (S). Cada subescala está formada por 90 ítems y el formato de respuesta es dicotómico (sí/no). Este cuestionario se aplica a personas de 16 años en adelante. En población española, la consistencia interna hallada por Eysenck y Seisdedos (1978) fue de 0,70 a 0,85 y, posteriormente, han sido comprobadas por la sección de estudios de TEA Ediciones (Escolar, Lobo y Seva-Díaz, 1989). En población británica, Eysenck y Eysenck (1975) informaron de una fiabilidad test-retest de 0,71 a 0,90, para un intervalo de seis meses, y en una muestra de adolescentes hispanohablantes, Alcázar-Córcoles, Verdejo-García, Bouso-Sáiz, Revuelta-Menéndez y Ramírez-Lira (2017) informaron de un alfa de Cronbach de 0,81 en la dimensión N y de 0,68 en la E. Estos autores señalan que la estructura factorial hallada explicaba 34,26% de la varianza en su muestra.
- d) "Cuestionario de personalidad de Eysenck para jóvenes" (*Eysenck Personality Questionnaire-Junior*, EPQ-J; Eysenck y Eysenck, 1989). El EPQ-j evalúa la

personalidad y está compuesto por 81 ítems que se contestan en una escala dicotómica (sí/no). Al igual que la versión para adultos, el EPQ-J tiene cuatro subescalas: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Psicoticismo (P) y una medida adicional de Sinceridad (S). Este cuestionario se aplica a chicos entre los 8 y los 15 años de edad. En población española, las propiedades del EPQ-J han sido informadas por TEA Ediciones (Seisdedos y Cordero, 1989 –véase Eysenck y Eysenck, 1989-), pero previamente se informó de niveles de consistencia interna entre 0,65 y 0,82 (Eysenck y Seisdedos, 1978). En población británica, Eysenck y Eysenck (1975) informaron de una fiabilidad test-retest de 0,61 a 0,88 para un intervalo de seis meses.

- e) *Evaluación de la dirección de la mirada durante la interacción oral* (“Contacto ocular”). Se realizó una prueba observacional que se aplicó en el pretest y en el postest a los integrantes de ambas condiciones experimentales: grupo de control (GC) y grupo de tratamiento (GT) y solo al GT en las medidas de seguimiento a los 6 y 12 meses. Consistió en cuatro entrevistas con cada uno de los participantes del GT y dos con los del GC, quienes debían de iniciar y mantener una conversación con un desconocido durante tres minutos; los temas fueron sus expectativas respecto del tratamiento psicológico (pretest), la valoración personal del tratamiento -aspectos positivos, negativos y mejorables- (postest), y una descripción/valoración de las dificultades a las que habían tenido que enfrentarse y el modo en como las habían resuelto (seguimientos a seis y 12 meses en GT). En esta tarea participaron cinco parejas de colaboradores de distinto sexo a las que se asignaron al azar los participantes, indistintamente del grupo al que estaban adscritos. Las parejas fueron entrenadas para mantener una postura neutra; se las instruyó para que no interactuaran con participantes del mismo sexo ni iniciaran ni mantuvieran la conversación. La actuación de cada participante fue grabada con videocámara, previo consentimiento escrito de éstos y de sus padres, registrándose la duración total de la mirada de cada uno de ellos en dirección al rostro del interlocutor (máximo 180 segundos). Las grabaciones fueron codificadas por dos observadores independientes, previamente entrenados. Las correlaciones interjueces fueron altas: $r_{xy} = 0,92$.

Procedimiento

Se administró el SPAI a 1800 estudiantes de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato, en cinco institutos de la Región de Murcia, seleccionados aleatoriamente de un listado que incluía el total de centros públicos y concertados. Fueron excluidos 53 (2,94%) por distintos motivos: haber recibido tratamiento psicológico previo, no rellenar los cuestionarios administrados o hacerlo inadecuadamente, haber rellenado solo uno de los dos cuestionarios, etc. La muestra definitiva fue de 1747 participantes: 898 chicas (51,4%) y 849 chicos (48,59%). En la segunda fase, procedimos a la corrección de los cuestionarios y selección de los participantes a partir de los puntos de corte previamente determinados ($SPAI \geq 97$; $SAS-A \geq 57$); los superaron 192 (11%). Éstos fueron evaluados mediante la ADIS-IV-C (Silverman y Albano, 1996) cumpliendo 170

participantes los criterios para el diagnóstico de fobia/trastorno de ansiedad social según el DSM-IV-TR y el DSM-5 (APA, 2013). Los criterios diagnósticos permitieron identificar 83 participantes de los que, según los subtipos del DSM-IV-TR, 83 presentaban fobia social específica (FSE) y 87 fobia social generalizada (FSG). Solo se les ofreció la posibilidad de participar en la investigación a estos últimos; a quienes presentaron FSE se le remitió a su centro de salud de referencia. Aceptaron participar 72, pero sólo presentamos los datos de 67 porque cinco fueron excluidos (2 por faltar a más de dos sesiones consecutivas y 3 por abandono del tratamiento).

Optamos por un diseño experimental de dos factores con medidas parcialmente repetidas en uno de ellos (Ato, López y Benavente, 2013). El factor intergrupo fue la aplicación de tratamiento (GT) frente a su ausencia (GC) y el intragrupo los momentos de evaluación (pretest, postest y seguimiento). La evaluación en el pretest, el postest y en las medidas de seguimiento fue realizada por ocho parejas de colaboradores de distinto sexo, previamente entrenados, que no conocían a qué grupo se había asignado a los participantes.

El tratamiento fue aplicado por dos psicólogos, de diferente sexo y con más de tres años de experiencia en el tratamiento de grupos de adolescentes con FSG aplicando el programa "Intervención en adolescentes con fobia social" (IAFS; Olivares, 2005). Los papeles de terapeuta y coterapeuta fueron asignados al azar.

Los 67 participantes se asignaron al azar a las dos condiciones experimentales (grupo de control –GC- y de tratamiento –GT-). A los integrantes del GC se les ofreció la posibilidad de adscribirse a un programa de tratamiento una vez realizado el postest.

Las sesiones de tratamiento se desarrollaron en espacios habilitados *ad hoc* en los centros educativos, en horario asequible a los alumnos y por las mañanas. El abandono experimental afectó a siete participantes (de los 72 inicialmente seleccionados). Asistieron a todas las sesiones 67 participantes (97,5%) y 2 (2,5%) faltaron a una y dos sesiones, respectivamente.

TRATAMIENTO

El programa IAFS consta de 12 sesiones, de aplicación semanal en grupo y de 90 minutos de duración (con 15 de descanso). Los componentes básicos son:

Psicoeducación. Se proporciona información sobre los contenidos del tratamiento, presentando un modelo explicativo de FS, planificando los objetivos y evaluando las expectativas de los participantes sobre el tratamiento psicológico.

Entrenamiento en:

- a) *Habilidades sociales.* Incluye contenidos / actividades tales como iniciar y mantener conversaciones, expresarse asertivamente, hacer y aceptar cumplidos, establecer y mantener amistades y entrenamiento en habilidades y destrezas para hablar en público.
- b) *Exposición a las situaciones temidas.* Es el núcleo del programa. La mayoría de las actividades están centradas en él. Se utilizan tanto en vivo (simulaciones y exposiciones reales) como en imaginación (reconstrucción de situaciones

vividas o creando otras con base en los pensamientos anticipatorios del participante).

- c) *Reestructuración cognitiva*. Está dirigida a enseñar a los participantes a identificar los pensamientos automáticos negativos que se generan cuando evocan situaciones pasadas, anticipan situaciones sociales o están inmersos en una situación social que provoca respuestas de ansiedad.
- d) *Tareas para casa*. Al final de las sesiones de entrenamiento en grupo se entregan a los participantes las tareas asignadas. Su objetivo es consolidar y generalizar al contexto real los aprendizajes realizados en la situación grupal mediante la aplicación de las respuestas entrenadas. Constituye también un elemento relevante el análisis, en el formato de grupo, antes de iniciar una nueva sesión de entrenamiento, de las dificultades encontradas en su puesta en práctica y los logros obtenidos.

El tratamiento se aplicó a razón de una sesión por semana, de 90 minutos de duración con 15 minutos de descanso. Los participantes podían contactar con los terapeutas dos días por semana, de 18 a 19 horas, para consultar telefónicamente cuestiones relativas a las tareas o resolver dudas sobre los contenidos proporcionados durante las sesiones de tratamiento.

Forma de análisis estadístico de los resultados que incluye a todos los pacientes que han sido inicialmente asignados a cada grupo de tratamiento independientemente de que completaran o no el periodo de tratamiento y/o seguimiento.

Análisis estadístico

Para comprobar si en el pretest los grupos estaban igualados en las variables sociodemográficas se realizaron los análisis de las variables cuantitativas (prueba *t* de Student para muestras independientes) y categóricas (prueba de *chi-cuadrado*).

Para comprobar nuestras hipótesis, una vez verificada la equiparación de los grupos en el pretest tanto en las variables dependientes como en las sociodemográficas y clínicas, los resultados se analizaron aplicando un ANOVA de dos factores de medidas parcialmente repetidas en el que el factor intrasujetos fue la variable tiempo (pretest-postest) y el factor intersujetos el tratamiento. Para estimar la proporción de la varianza explicada por cada fuente se utilizó *eta cuadrado* (η^2 ; efecto significativo pero débil: $\eta^2 \leq 0,02$; moderado: $0,02 < \eta^2 \leq 0,09$; fuerte: $\eta^2 > 0,09$ –IBM Knowledge Center, 2019-).

Los análisis de la significación clínica (véase Ogles, Lunnen y Bonesteel, 2001) se realizaron a partir de la reducción/eliminación del número de situaciones sociales temidas/evitadas (NSSTE) informadas por los participantes en el pretest (sección de FS de la ADIS-IV-C), de entre las 12 más frecuentes. Los criterios fueron: (i) recuperación completa (remisión del 100% -deja de cumplir los criterios diagnósticos para la FS-); (ii) mejora/reducción (disminución del NSSTE entre el 75% y el 99%). Para comprobar si se presentaban diferencias utilizamos la prueba *chi-cuadrado* sobre cada tabla de contingencia.

Los análisis se realizaron con el paquete SPSS 25 (IBM Corporation, 2017).

Resultados

Equiparación de los grupos

En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en las variables cuantitativas. Los grupos se hallaron equiparados en el pretest en este grupo de variables.

Tabla 2
Equiparación de grupos en las variables cuantitativas

Variables	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad	1,920	0,059
Número de situaciones sociales temidas/evitadas	-0,333	0,740
Duración del contacto ocular	1,374	0,174
Neuroticismo	0,062	0,951
Extraversión	-0,206	0,838
Subescala de fobia social del Inventario de ansiedad y fobia social	0,083	0,934

En la tabla 3 presentamos los resultados de la equiparación del grupo de control y el tratado en las variables cualitativas. Al igual que sucedió con las variables cuantitativas, en las cualitativas también se constató la equiparación de ambos grupos.

Tabla 3
Equiparación de los grupos en las variables cualitativas

Variables	χ^2	<i>p</i>
Sexo	0,440	0,507
Curso	2,872	0,238
Trastorno de pánico	1,162	0,281
Agorafobia	0,318	0,573
Trastorno de personalidad por evitación	0,467	0,494
Mutismo selectivo	0,403	0,526
Ansiedad generalizada	3,482	0,062
Fobias específicas	0,501	0,479
Depresión mayor	2,051	0,152
Trastorno distímico	2,544	0,111
Abuso del consumo de alcohol	2,138	0,144
Abuso del consumo de otras sustancias tóxicas	0,346	0,556
Historia familiar de trastornos psicológicos	0,501	0,479

Significación estadística de las diferencias en el postest

Como puede observarse en la tabla 4, tras la aplicación del tratamiento los valores de todas las variables cuantificadas mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los valores del tamaño del efecto hallados son

muy elevados para todas las variables ($d \geq 0,8$), destacando el del SPAI-FS, seguido del contacto ocular, el número de situaciones sociales temidas/evitadas, el N y la E.

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas en las variables dependientes por grupo y en cada momento temporal y tamaño del efecto

Variable (instrumento)	Momento de la medida	Grupo tratado M (DT) (n= 34)	Grupo de control M (DT) (n= 33)	d de Cohen
Ansiedad social (SPAI-FS)	Pretest	117,71 (11,92)	117,48 (9,81)	5,257
	Postet	68,00 (21,60)	125,91 (8,24)	
	Seguimiento 6 m	56,12 (19,20)	--	
	Seguimiento 12 m	49,29 (18,68)	--	
Nº situaciones sociales temidas/evitadas	Pretest	5,71 (1,90)	5,85 (1,58)	2,581
	Postet	1,53 (2,05)	6,24 (1,58)	
	Seguimiento 6 m	0,82 (1,60)	--	
	Seguimiento 12 m	0,53 (0,90)	--	
Contacto ocular ¹	Pretest	45,53 (11,25)	41,88 (10,46)	4,194
	Postet	88,59 (26,69)	39,82 (12,02)	
	Seguimiento 6 m	92,65 (27,05)	--	
	Seguimiento 12 m	111,91 (20,68)	--	
Neuroticismo (N)	Pretest	17,94 (2,20)	17,90 (2,01)	2,517
	Postet	13,67 (1,59)	19,00 (2,76)	
	Seguimiento 6 m	12,50 (1,52)	--	
	Seguimiento 12 m	12,03 (1,73)	--	
Extraversión (E)	Pretest	9,00 (4,31)	9,21 (4,11)	1,009
	Postet	12,91 (3,22)	8,82 (4,06)	
	Seguimiento 6 m	14,79 (7,00)	--	
	Seguimiento 12 m	15,56 (8,39)	--	

Notas: SPAI-FS= Inventario de ansiedad y fobia social - Subescala de fobia social. ¹Tiempo mirando en la dirección del interlocutor.

Los resultados del análisis de la interacción del tratamiento con el momento temporal se presentan en la tabla 5. Como se puede observar se produjo una mejora estadísticamente significativa de los participantes del GT entre el pretest, el postet y en las medidas de seguimiento en las variables dependientes, con un alto porcentaje de varianza explicada (fuerte en todos los casos $-\eta^2 > 0,09$ - salvo en el *factor grupo* en E donde fue moderada $-0,02 < \eta^2 \leq 0,09$ -). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la interacción entre el tipo de tratamiento y el momento de la evaluación.

Estudio de la significación clínica de los efectos del tratamiento

La significación clínica de los cambios se cuantificó mediante el porcentaje de participantes que reducían completa o parcialmente el NSSTE. Como puede observarse en la tabla 6, en el postet, el análisis estadístico de los resultados relativos a la eliminación del trastorno presenta diferencias estadísticamente significativas entre GT y GC, tanto respecto al criterio "recuperación" como al de

“mejoría”. En las medidas de seguimiento, a los seis y 12 meses, los participantes tratados siguieron aumentando su tasa de recuperación, mostrándose sin cambios la de mejoría.

Tabla 5
ANOVA mixto de las medidas parcialmente repetidas de las variables dependientes

Variable (instrumento)	Factores	$F(gl); p$	η^2
Ansiedad social (SPAI-FS)	Tiempo	$F(1, 65)= 97,46; < 0,001$	0,60
	Interacción	$F(1, 65)= 193,25; < 0,001$	0,75
	Grupo	$F(1, 65)= 121,13; < 0,001$	0,64
Nº situaciones sociales temidas/evitadas	Tiempo	$F(1, 65)= 143,12; < 0,001$	0,69
	Interacción	$F(1, 65)= 208,95; < 0,001$	0,76
	Grupo	$F(1, 65)= 35,31; < 0,001$	0,35
Contacto ocular ¹	Tiempo	$F(1, 65)= 60,01; < 0,001$	0,48
	Interacción	$F(1, 65)= 72,68; < 0,001$	0,53
	Grupo	$F(1, 65)= 72,70; < 0,001$	0,53
Neuroticismo (N)	Tiempo	$F(1, 65)= 42,28; < 0,001$	0,39
	Interacción	$F(1, 65)= 120,39; < 0,001$	0,65
	Grupo	$F(1, 65)= 31,33; < 0,001$	0,33
Extraversión (E)	Tiempo	$F(1, 65)= 49,41; < 0,001$	0,43
	Interacción	$F(1, 65)= 74,02; < 0,001$	0,53
	Grupo	$F(1, 65)= 4,34; = 0,041$	0,06

Notas: SPAI-FS= Inventario de ansiedad y fobia social - Subescala de fobia social. ¹Tiempo mirando en la dirección del interlocutor. Se aplicó el supuesto de esfericidad asumida.

Tabla 6
Resultados de la relevancia clínica de los efectos del IAFS en el postest y en el seguimiento

Momento de la medición	Grupo	Recuperación n (%)	Mejoría n (75%-99,99%)
Postest	Tratado	20 (50%)	2 (15%)
	Control	0 (0%)	0 (0%)
		$\chi^2(1)= 27,01; p < 0,001$	$\chi^2(1)= 2,00; p= 0,157$
Seguimiento 6 m.	Tratado	26 (76,47%)	4 (11,76%)
Seguimiento 12 m.	Tratado	30 (88,24%)	4 (11,76%)

Nota: n (%)= número de participantes que se recuperan o mejoran y porcentaje respecto del total de cada grupo.

Discusión

Nuestros resultados confirman las hipótesis que habíamos formulado sobre la eficacia del tratamiento IAFS, en línea con los resultados obtenidos en estudios previos (p. ej., Olivares, 2013) y los proporcionados por la última revisión

cuantitativa publicada que confirma, una vez más, la eficacia y la superioridad del tratamiento cognitivo conductual frente a otras modalidades tanto en las ratios de recuperación de niños y adolescentes con el trastorno por ansiedad/fobia social como en la mejora de su funcionamiento cotidiano y en la calidad de vida (véase Zhou *et al.*, 2019).

Así, como podemos ver en la tabla 4, tal como habíamos supuesto, se han producido diferencias pretest-postest entre las medias de los grupos GC y GT que han alcanzado tamaños del efecto grandes ($TE \geq 0,8$) en las respuestas de ansiedad social (SPAI-FS), en el tiempo mirando en la dirección del interlocutor durante el test situacional (CO) y en la eliminación/reducción de las situaciones temidas/evitadas informadas por los participantes (NSSTE). Es decir, los cambios pretest-postest en GT, tanto para las reducciones esperadas en el SPAI-FS y el NSSTE como respecto del incremento hipotetizado para el CO, presentan valores del 57,76% y 26,79% respectivamente, y en la última un incremento del 51%; en cambio, en el GC sus promedios en el postest se mantienen en valores muy próximos a los del pretest. En el caso concreto del NSSTE, que hemos utilizado para el cálculo de la relevancia clínica del efecto del tratamiento, las medidas postest y las de seguimiento muestran un incremento progresivo de su magnitud para la recuperación y para la mejoría (salvo en el seguimiento a 12 meses de esta última); en cambio, ninguno de los participantes del GC se recupera ni informa mejoría en el postest.

Los resultados del ANOVA mixto abundan en la misma dirección para estas tres variables al mostrar la relevancia de los TE en los tres factores y, especialmente, la varianza explicada por el factor interacción.

El incremento del número de adolescentes que se recuperan (dejan de cumplir los criterios diagnósticos) o mejoran tras terminar la aplicación del tratamiento en esta investigación es coherente con lo que generalmente ocurre en esta modalidad de intervención cuando se aplica a la FS (véase Bados, 2009 o Mörtberg, Clark y Bejerot, 2011). Nuestra hipótesis es que ello sucede porque la exposición planificada a los estímulos temidos/evitados reduce progresivamente el valor inicial de la sensibilidad de los participantes hacia éstos, hasta invertirla y dar paso a la habituación y con ella al cambio en su percepción en la mayor parte de los participantes tratados (véase Stein y Stein, 2008). Este fenómeno, provocado por el tratamiento recibido conllevaría la modificación del estilo de interacción entre el participante tratado y sus situaciones temidas/evitadas, dando lugar a una mejora sustancial en su calidad de vida (Eng, Coles, Heimberg y Safren, 2001; Zhou *et al.*, 2019).

Con relación a los rasgos de personalidad N y E que hemos medido, esperábamos que no se produjesen diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones experimentales, respecto de sus valores en el pretest y los del postest, en línea con la posición de quienes defienden la estabilidad de éstos. Es decir, partíamos del supuesto de que, aunque resultase paradójico, nuestros participantes tratados mejorarían sustancialmente de su trastorno principal, tal como ha sucedido, pero no mostrarían cambios significativos pretest-postest en los valores de N y E. Esta hipótesis no se ha cumplido. La estrecha relación que el N y la E han mostrado con la ansiedad social (véase Bienvenu *et al.*, 2007; Boelen y

Reijntjes, 2009; Caballo *et al.*, 2010; Delgado *et al.*, 2018; Hettema *et al.*, 2006; Kaplan *et al.*, 2015; Realo y Allik, 1998; Rice y Markey, 2009 o Stemberger *et al.*, 1995) se ha mantenido y cuando ésta ha cambiado entonces N y E también lo han hecho: el primero reduciéndose y el segundo incrementándose.

Por otra parte, estos resultados están en línea con los informados por Brown y Barlow (2009) respecto al N y la E, aunque difieren en la magnitud del cambio en E. Ellos hallaron que mientras que el N cambió mucho (presentó el mayor cambio en valor absoluto dentro los que se habían cuantificado), el valor de la E lo hizo poco.

Asimismo, son coherentes con los de las intervenciones conductuales destinadas a tratar específicamente las vulnerabilidades temperamentales logrando cambios significativos en los valores del N y la E. Dos ejemplos en este sentido son el de Kennedy, Rappe y Edwards (2009) en niños y padres con trastornos de ansiedad y el de Mata *et al.* (2012) con adultos que presentaban trastorno depresivo mayor.

Por otra parte, también están en línea con los de los estudios longitudinales que muestran que las magnitudes de estos dos rasgos cambian en la población normal como efecto del paso del tiempo (véase Roberts, Walton y Vietchbauer, 2006), aunque lo hagan lentamente (Clark, 2009). A este respecto, recordemos que, por ejemplo, Kagan describió inicialmente su conceptualización de la inhibición conductual (IC) como hereditaria y estable (Kagan, 1989); sin embargo, la evidencia empírica hallada, incluida la de la su propia investigación, sugiere que solo el 30% de los niños que cumplen los criterios de la IC desarrollan trastornos de ansiedad (véase Hirshfeld-Becker *et al.*, 2007). Datos de esta naturaleza han llevado a Kagan a revisar su posición inicial y redefinir la IC como una variable temperamental sujeta a las influencias ambientales (Brozina y Abela, 2006).

A este respecto, las circunstancias imprevistas que pueden desencadenar cambios inesperados en la FS también deberían de afectar al N y a la E, con los que se presenta asociada. De hecho, los resultados obtenidos nos llevan a planear que si esto ocurre, entonces esperamos que si se intensifica negativa/desadaptativamente la FS se incrementará el N y disminuirá la magnitud de la E. En cambio, si le afectan positiva/adaptativamente, entonces habrá de producirse lo contrario: decremento del N e incremento de la E. Esto es lo que podría ocurrir cuando se produce una "recuperación espontánea" de la FS propiciada, por ejemplo, por el fenómeno de la inhibición de la consolidación y la reconsolidación (Labrador y Restrepo-Castro, 2015).

En el caso concreto de la FSG, el hecho de que la probabilidad de su remisión/"recuperación espontánea" sea baja (DSM-5; APA, 2013) puede llevar a pensar que esta característica del trastorno es una muestra de la "estabilidad" de los valores de N y E que se presentan asociados, los cuales también permanecerían "transitoriamente estables". Desde nuestro punto de vista, esta interpretación, contraria a resultados como los obtenidos en este trabajo, se debería a los errores conceptuales señalados por Ribes (1990) con relación a los enfoques tradicionales de la personalidad cuando establecen categorías para clasificar las diferencias individuales con base en criterios poblacionales (se incluyen clases de individuos *a priori*) e identifican las consistencias individuales como formas particulares o

generales de comportamiento (omitiendo el papel de la situación y los efectos de la interacción "individuo x situación").

Entendemos que esta posible confusión es lo que pudo llevar a investigadores como los del grupo de Hettema (véase Bienvenu *et al.*, 2007; Hettema *et al.*, 2006) a subrayar las implicaciones que podía tener para la ansiedad social la elevada magnitud de la relación hallada entre los factores genéticos y las variaciones individuales de los valores de N (véase también Stein y Stein, 2008). Pensamos que no se plantearon que el "sustancial solapamiento" al que hacen referencia puede ser un error de artefacto, habida cuenta de que esta conclusión se extrae casi siempre de estudios correlacionales basados en medidas de autoinforme (véase Ribes, 1990). Es decir, no interpretamos que nuestros resultados respecto a N y E, al tratar la FSG de nuestros participantes, nieguen la estabilidad que pueden presentar los modos del comportamiento que llamamos "rasgos", si no que es transitoria y está, al menos en parte, directamente determinada por el grado de estabilidad de las variables que conforman la situación.

Lo que los resultados de este estudio parecen cuestionar es que, por una parte, las respuestas que integran estos constructos (N y E) sólo puedan sufrir cambios poco relevantes en sus magnitudes; por otra, que ello se deba sólo a variables propias del individuo y no a los resultados de su interacción con la situación (Ribes, 1990). Además, los resultados también muestran que es altamente probable que, tras el aprendizaje que resulta del tratamiento para afrontar de otra manera la relación con las situaciones sociales temidas, el significado estimular de éstas cambia, lo que se reflejaría en la cuantía asignada a N y a E en las medidas de autoinforme antes y después del tratamiento, en línea con los hallazgos de Kennedy *et al.* (2009).

A este respecto, el fenómeno de la habituación, provocado por el tratamiento, propiciaría la modificación del estilo de interacción entre los participantes tratados que se recuperan y mejoran respecto a las situaciones temidas, produciendo una modificación sustancial en su calidad de vida (Eng, Coles, Heimberg y Safren, 2001) que reiteradamente se observa en esta modalidad de intervención psicológica (Zhou *et al.*, 2019). Así, los resultados obtenidos nos permiten estar más cerca de lo indicado por Ribes (1990) que de lo defendido por los teóricos de la personalidad, cuando el primero afirmaba que "La individualidad, aun cuando representa la constancia que identifica a una persona psicológicamente (...), es una condición cambiante en el transcurso biográfico" (Ribes, 1990; p. 13).

Por último, hemos de indicar que estos resultados han de tomarse con cautela por lo que respecta a los cambios en N y en E, dado que nuestra investigación presenta varias limitaciones. Entre ellas destacamos dos: la relativa a la validez externa y la que afecta al modo como hemos medido N y E. La primera se deriva del carácter local de la muestra y a su rango de edad, porque ambas reducen la posibilidad de generalización a otras poblaciones de características geográficas y edades distintas. La segunda se debe al uso de un único instrumento para medir, en cada rango de edad, N y E porque, entre otras cuestiones, limita la información que hemos manejado en las declaraciones de los adolescentes tratados, así como a

una forma concreta de entender la naturaleza y el modo de cuantificar estos dos constructos.

Referencias

- Aghajani, M., Veer, I. M., Van Tol, M. J., Aleman, A., Van Buchem, M. A., Veltman, D. J., Rombouts, S. A. R. B. y van der Wee, N. J. (2014). Neuroticism and extraversion are associated with amygdala resting-state functional connectivity. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *14*, 836-848.
- Alcázar-Córcoles, M. Á., Verdejo-García, A., Bouso-Sáiz, J. C., Revuelta-Menéndez, J. y Ramírez-Lira, E. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de personalidad EPQ-A en una muestra de adolescentes hispanohablantes. *Anuario de Psicología Jurídica*, *27*, 51-56.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor.
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, *29*, 1038-1059.
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63211/1/Fobia%20social.pdf>
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R. y Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: back to the future. *Clinical Psychological Science*, *2*, 344-365.
- Bienvenu, O. J., Hettema, J. M., Neale, M. C., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (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*, 1714-1721.
- Boelen, P. A. y Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 130-135.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, *21*, 256-271.
- Brozina, K. y Abela, J. (2006). Behavioral inhibition, anxious symptoms, and depressive symptoms: a short-term prospective examination of the diathesis-stress model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1337-1346.
- Caballo, V., Guillén, J. y Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, *40*, 319-327.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruña, M. J. y Rosa-Alcázar, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, *11*(3), 539-562.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B. y Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *18*, 259-277.
- Clark, L. A. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current Directions in Psychological Science*, *18*, 27-31.
- Delgado, B., Inglés, C. J., Aparisi Sierra, 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 – e Avaliação Psicológica*, *46*, 81-92.

- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G. y Safren, S. A. (2001). Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: preliminary findings. *Depression and Anxiety*, 13, 192-193.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. Londres: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1989). *EPQ-J y A. Cuestionario de personalidad para niños y adultos*. Madrid: TEA.
- Eysenck, S. B. G. y Seisdodos, N. (1978). Estudio internacional de la personalidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 33, 271-281.
- Fox, N. A., Hane, A. A., y Pine, D. S. (2007). Plasticity for affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 1-5.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 857- 864.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J. F., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K. y Rosenbaum, J. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: a five year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 225-233.
- IBM Corporation (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows. Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- IBM Knowledge Center (2019). *Eta cuadrado*. Recuperado de https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/es/SS4QC9/com.ibm.solutions.wa_an_overview.2.0.0.doc/etasquared.html
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kaplan, S. C., Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Menatti, A. y Weeks, J. W. (2015). Social anxiety and the Big Five personality traits: the interactive relationship of trust and openness. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 212-222.
- Kennedy, S. J., Rapee, R. M. y Edwards, S. L. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged Children of parents with an anxiety disorder: effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 602-609.
- Kennis, M., Rademaker, A. R. y Geuze, E. (2013). Neural correlates of personality: an integrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 73-95.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.
- Labrador, F. J. y Restrepo-Castro, J. C. (2015). Intervención sobre el mecanismo de reconsolidación. *Universitas Psychologica*, 14, 961-966.
- Mata, J., Thompson, R. J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J. y Gotlib, I. (2012). Walk on the bright side: physical activity and affect in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 297-308.
- McCrae, R. y Costa, P. (1990). *Personality in adulthood. A five-factor theory perspective*. Nueva York, NY: Guilford.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T., Jr. (1991). Adding Liebe und Arbeit: the Full Five-Factor Model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227-232.
- Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person. *Annual Review of Psychology*, 55, 1-22.
- Mörtberg, E., Clark, D. M. y Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: sustained improvement at 5 year followup. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 994-1000

- Ogles, B. M., Lunnen, K. M. y Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: history, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Olivares, J. (dir.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (2013). Catorce años de intervención en adolescentes con fobia social (1997-2011). *Informació Psicològica*, 102, 90-109.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. y Beidel, D. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: reliability and validity in an adolescent Spanish population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 67-78.
- Pedrero-Pérez, E. J. (2018). Trastornos de la personalidad en personas con adicción: conglomerados diagnósticos y variables psicológicas asociadas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26, 473-493
- Realo, A. y Allik, J. (1998). The Estonian Self-Consciousness Scale and Its relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 70, 109-124.
- Ribes, E. (1990). La individualidad como problema psicológico: el estudio de la personalidad. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 16, 7-24.
- Rice, L. y Markey, P. M. (2009). The role of extraversion and neuroticism in influencing anxiety following computer-mediated interactions. *Personality and Individual Differences*, 46, 35-39.
- Roberts, B., Walton, K. y Vietchbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1-25.
- Silverman, W. y Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child Interview Schedule*. (ADIS-IV-C). Nueva York, NY: Graywind.
- Silverman, W., Saavedra, L., y Pina, A. (2001). Test-retest reliability of anxiety and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 10, 526-531.
- Stein, M. B. y Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371, 1115-1125.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Zhou, X., Zhang, Y., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Pu, J., Weisz, J. R., Yang, L., Hetrick, S. E., Del Giovane, C., Cohen, D., James, A. C., Yuan, S., Whittington, C., Jiang, X., Teng, T., Cipriani, A. y Xie, P. (2019). Different types and acceptability of psychotherapies for acute anxiety disorders in children and adolescents: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76, 41-50.

RECIBIDO: 27 de julio de 2018

ACEPTADO: 18 de enero de 2019