



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Y LOGOPEDIA

Relación entre apego y fobia social en la edad adulta: Revisión bibliográfica

Trabajo Fin de Grado de Alejandro Mérida Sánchez,
tutorizado por Jesús Oliver Pece

Resumen

El apego es un vínculo afectivo que está formado entre un individuo y un número reducido de personas, que le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas a lo largo del tiempo. Las funciones básicas del apego son, entre otras, favorecer la supervivencia de las crías de la especie humana, y en los niños, obtener un sentimiento de seguridad a través del contacto con los cuidadores y recibir la estimulación necesaria para su desarrollo mental y comunicativo por parte de las figuras de apego. La fobia social consiste en experimentar 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. Objetivo: conocer la relación existente entre el apego en adultos con el posible desarrollo de la psicopatología de la fobia social. Método: revisión de la bibliografía existente empleando las siguientes bases de datos: PsycInfo, Psycodoc, PsicArticles, Proquest, Dialnet y Psychology Database. Resultados: hay una asociación significativa entre los estilos de apego inseguros y la ansiedad social. Conclusiones: algunos estudios relacionan los estilos de apego temeroso y preocupado con la ansiedad social, mientras que otros estudios otorgan un papel más importante al estilo de apego evitativo.

Palabras clave: apego adulto, apego seguro, apego preocupado, apego temeroso, apego evitativo, ansiedad social, fobia social.

Introducción

Existen numerosos estudios que han relacionado el estilo de apego con otras características del individuo. En este caso nos vamos a centrar en relacionar el apego con el desarrollo de las características de la personalidad y de las psicopatologías.

Las primeras investigaciones del estilo de apego adulto relacionaron de manera significativa el apego y la autoestima. Así, Greenberg, Siegel y Leitch (1983), y Armsden y Greenberg (1987) relacionaron la calidad de las relaciones de los adolescentes hacia sus figuras de apego, con su autoestima y satisfacción vital. Encontraron que la calidad en la relación hacia sus figuras de apego predecía una mayor autoestima y satisfacción que la calidad en la relación con los iguales. Por otro lado, hallaron que la calidad en la relación con sus figuras de apego se relaciona con un mejor funcionamiento emocional, esto es, predisponiendo a sufrir en menor medida ansiedad, ira, depresión, resentimiento y culpa. En otro estudio, Collins y Read (1990) hallaron una correlación positiva entre la autoestima y la comodidad en las relaciones, y una correlación negativa con la ansiedad por las relaciones. Por otro lado, Feeney y Noller (1990) revelaron que los sujetos seguros poseían una mayor autoestima personal y social que en el caso de los sujetos evitativos y los ansioso-ambivalentes.

Los resultados anteriores sugirieron una posible relación entre el estilo de apego con la dimensión de personalidad denominada neuroticismo o afectividad negativa (Shaver y Hazan, 1993). Por otro lado, la relación entre el estilo de apego y las medidas de sociabilidad, asertividad y confianza interpersonal (Collins y Read, 1990; Feeney y Noller, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991) sugirieron una posible conexión con la dimensión de extroversión de la personalidad.

Feeney, Noller y Hanrahan (1994) exploraron la relación entre los estilos de apego y las variables de personalidad mencionadas anteriormente. Para ello, evaluaron el apego y la personalidad de una muestra de estudiantes. Se obtuvieron relaciones significativas entre ambas variables. Así, se estableció una fuerte correlación entre el neuroticismo y las dimensiones de preocupación por las relaciones y necesidad de aprobación. Por otro lado, se encontró una fuerte correlación positiva entre la extroversión y la confianza en uno mismo y en los demás, y una correlación negativa con el hecho de considerar las relaciones como algo secundario al logro y la incomodidad con la cercanía.

Shaver y Brennan (1992) realizaron un estudio donde relacionaron de manera más detallada el estilo de apego con las cinco grandes dimensiones de personalidad. Se hallaron diferencias entre los grupos de apego y las puntuaciones de neuroticismo, extroversión y conformidad. Así, los individuos con un estilo de apego seguro lograron puntuaciones más bajas en neuroticismo y más altas en extroversión en comparación con los sujetos de apegos inseguros. Los individuos seguros también obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión de conformidad que los sujetos evitativos.

Por otro lado, se han establecido asociaciones entre el estilo de apego y la planificación de la conducta. Collins y Read (1994) explicaron que, dentro de una población adulta, según el estilo de apego, dicha planificación se puede realizar de diferentes maneras. En el caso de los adultos seguros, integran los factores cognitivos y emocionales, no dejándose llevar por ninguno de los dos. En cambio, los adultos ansioso-ambivalentes se dejan llevar por los factores emocionales (frente a los cognitivos). Por último, los adultos evitativos se centran en los factores cognitivos e ignoran o reprimen las emociones (como la ansiedad o el miedo).

Por último, se ha relacionado el apego con el desarrollo de las psicopatologías. West, Livesley, Reiffer y Sheldon (1986) sugirieron que el apego puede predisponer al individuo a vivir un estrés que pueda desencadenar dichos síntomas. Por otro lado, el estilo de apego puede predisponer al sujeto a establecer y emplear sus redes sociales ante situaciones adversas. Por último, hallaron que el apego puede influir en las aproximaciones y respuestas ante acontecimientos vitales estresantes. En estudios más recientes, se ha encontrado que los apegos inseguro y desorganizado suponen factores de riesgo en el desarrollo de psicopatologías y (especialmente de los trastornos de conducta) durante la etapa infantil (Aguilar, Sroufe, Egeland, y Carlson, 2000). Especialmente, los patrones de apego desorganizados constituyen uno de los factores de riesgo más influyentes en el desarrollo de la conducta desadaptativa durante la niñez, la adolescencia y la adultez (Sroufe, Egeland y Carlson, 2010). Dicha relación de apego desorganizada en la niñez se ha relacionado con el desarrollo de síntomas de disociación (Carlson, 1998; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson y Egeland, 1997), síntomas de trastorno límite de la personalidad (Carlson, Egeland, y Sroufe, 2009) y de comportamientos autolesivos en la adultez (Yates, Carlson & Egeland, 2008).

Por tanto, hay un gran apoyo empírico a la idea de que el apego puede influir de manera relevante en el desarrollo de la personalidad y de las psicopatologías.

La fobia social se caracteriza por “un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas” (APA, 2002, p. 502). Es un trastorno crónico

que interfiere en el rendimiento escolar y en el funcionamiento individual (Beidel et al., 2001). Las consecuencias más destacables de dicha patología son un bajo rendimiento académico y el abandono escolar (Beidel y Turner, 1998), el desarrollo de trastornos afectivos o de ansiedad, además del inicio en el consumo de alcohol o de otras sustancias tóxicas (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb y Wittchen, 2001). En el caso del subtipo más grave de la fobia social generalizada (término incluido por primera vez en el DSM-III-R para diferenciarla de la fobia social específica (APA, 1987), en la cual se experimenta temor y evitación ante casi todas las situaciones sociales, las consecuencias pueden acarrear mayor sufrimiento, como un inicio más temprano, un nivel educativo inferior, una tasa mayor de desempleo, un porcentaje mayor de solteros y un consumo superior de psicofármacos (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson, 2000; Heimberg et al., 1990).

En el nivel corporal, las reacciones más frecuentes son el sufrir taquicardia o palpitaciones, temblor en la voz o en las manos, sonrojamiento, sudoración, malestar gastrointestinal, tensión muscular, cefalea, náuseas, urgencia para orinar, sequedad de boca y escalofríos. En el nivel cognitivo predominan los pensamientos negativos que llevan implícitos sesgos cognitivos, como evaluar de manera excesivamente negativa la propia actuación social o exagerar la importancia de los errores cometidos (Bados, 2001). Por último, en el nivel conductual las consecuencias más importantes son la evitación de situaciones temidas, evitar ser el centro de atención, o el miedo a manifestar los síntomas temidos. Para ello, emplean conductas de búsqueda de seguridad o defensivas como consumir alcohol o tranquilizantes, evitar el contacto visual, controlar continuamente lo que se dice o si está causando una buena impresión, etc. (Bados, 2001).

Como se ha mencionado antes, hemos encontrado una amplia bibliografía que relaciona el desarrollo de la personalidad y de las psicopatologías con los diferentes patrones de apego existentes. Por otro lado, se han expuesto los graves perjuicios que genera el padecimiento del trastorno de fobia social en los individuos afectados por la misma. Se considera que es importante conocer la relación entre ambas variables ya que el apego es una característica individual que se constituye durante la infancia y marca el devenir del desarrollo psíquico de la persona, para obtener información de cómo actuar en la prevención del desarrollo de síntomas de fobia social en los futuros adultos.

El objetivo del siguiente estudio va a ser conocer qué relación existe entre el apego individual que posee la persona adulta con el posible desarrollo de la psicopatología de la fobia social. Para ello, se va a llevar a cabo una revisión de la bibliografía existente empleando las siguientes bases: PsycInfo, Psycodoc, PsicArticles, Proquest, Dialnet y Psychology Database. La hipótesis inicial de esta investigación es que se va a encontrar una asociación entre los patrones de apego inseguros y el desarrollo de la fobia social.

Apego

La teoría del apego fue formulada por primera vez por el psicoanalista John Bowlby (1907-1990). Se basa en el psicoanálisis y se ha nutrido de aportaciones de otras disciplinas como la etología, la teoría de sistemas y la psicología cognitiva. La teoría habla sobre la necesidad innata del ser humano de vincularse de manera estable con otros individuos determinados (necesidad denominada por él como apego).

El apego es un vínculo afectivo que se forma entre un individuo y un número reducido de personas, que le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas a lo largo del tiempo. Se trata de una conducta que se activa y modula durante las situaciones interpersonales, originándose a partir los primeros 6 meses de vida y cristalizando a partir de los 2 años. Se producen algunos cambios en las conductas y en las figuras de apego a partir de la adolescencia y la adultez aunque permanece la conducta de apego durante toda la vida (Bowlby, 1980a, 1980b, 1982).

Funciones básicas del apego (López et al., 2008)

La supervivencia de las crías de la especie humana, proporcionando los cuidadores la ayuda necesaria y apartándoles de los peligros del ambiente. La proximidad y el contacto entre ambos es necesaria para que sobrevivan los niños.

En los niños, buscar el sentimiento de seguridad a través del contacto con los cuidadores.

Las figuras de apego o cuidadores proporcionan la estimulación necesaria para el desarrollo del niño mental y comunicativo del niño. Por otro lado, se encargan de regular gran parte de los intercambios que se producen entre el niño y el entorno.

Relacionado con lo anterior, unas relaciones adecuadas de apego impulsan la salud física y psicológica.

El apego es fundamental en el desarrollo social. El niño aprende a comunicarse con los demás a través de las relaciones con las figuras de apego. La relación privilegiada que el niño establece con

su o sus cuidadores promueve experimentar sensaciones de empatía, la cual es necesaria para una adecuada conducta prosocial.

Por último, las conductas implicadas en el apego pueden ser placenteras, siendo, por tanto, el placer obtenido el objetivo de la conducta.

Tres componentes del sistema de apego (López et al., 2008)

1. Componentes **conductuales**: son conductas que tienen como fin lograr y mantener la proximidad y el contacto con las figuras de apego. Estas conductas consisten en llorar, sonreír, vigilar y seguir de forma visual y auditiva a las figuras de apego, aproximarse y seguirla físicamente, contactos táctiles, gestos, etc. Son conductas que pertenecen al sistema de apego porque se usan de forma preferencial hacia las figuras de apego.
2. Componentes **cognitivos**: durante su desarrollo los niños construyen modelos representacionales de la realidad, de los objetos, de las personas, de sí mismo y de las relaciones. El modelo interno activo consiste en la representación de la figura de apego y de uno mismo. Tal como explica Bowlby (1969), a partir de las experiencias de interacción el niño construye un modelo interno de la relación de apego, en el cual se incluyen las expectativas, creencias y emociones relacionadas con la accesibilidad y la disponibilidad de la figura de apego, y la capacidad que posee uno mismo para recibir el afecto y la protección. Los elementos más destacados en esta interacción son la percepción de la disponibilidad incondicional y de la eficacia de la figura de apego en el caso de necesitarla. Dichas creencias y expectativas poseen una tendencia a mantenerse estables y son la base a partir de la cual se asentarán las demás relaciones socio-afectivas. El modelo interno es una representación construida a partir de una generalización de acontecimientos significativos para el sistema de apego y que incluye componentes afectivos y cognitivos (Main, Kaplan y Cassidy, 1985).
3. Componentes **afectivos**: consiste en los sentimientos implícitos en las relaciones con la figura de apego y con uno mismo. Los sentimientos de seguridad surgirán cuando existe una relación adecuada con las figuras de apego, lo cual llevará a buscar la proximidad y a establecer un contacto privilegiado con ellas, además de mantener la creencia de que las figuras de apego estarán incondicionalmente cuando sea necesario. Surgirán sentimientos de angustia o miedo cuando se percibe una situación como amenazante, activándose las conductas de apego con el fin de reestablecer la situación.

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) observaron los patrones de conducta relacionados con la figura de apego en una situación de observación controlada (Strange Situation o Situación Extraña). Esta prueba consta de ocho episodios de 3 minutos donde el niño es observado en una habitación repleta de juguetes. Primero se observa al niño junto a su madre (o a su figura de apego) los dos solos. A continuación, entra un desconocido en la habitación, posteriormente la madre deja al niño solo junto al desconocido y, finalmente, regresa la madre. Tras analizar las conductas de los niños en las situaciones, postularon la siguiente clasificación de **patrones infantiles de apego**:

1. Grupo A (patrón de apego **evitativo**): no necesitan a la figura de apego para explorar a su alrededor y apenas muestran interacción afectiva con ella. No se inmutan cuando su figura de apego abandona la habitación. Tratan de forma similar al desconocido y a su figura de apego. Cuando ella vuelve, la evitan o la reciben fríamente. Este patrón de apego se produce por el bloqueo de la figura de apego al niño que lo busca. Se identificaron con este patrón de apego un 22% de los niños evaluados.
2. Grupo B (patrón de apego **seguro**): emplean a su figura de apego como base segura para la exploración. Tras la separación se sienten cómodos con ella y no se muestran muy tristes o enfadados. El trato con ella es diferente respecto con el desconocido. Este patrón de apego se produce por la accesibilidad/disponibilidad de la figura al niño que lo busca. Un 66% de los niños evaluados se identificaron con este tipo de apego.
3. Grupo C (patrón de apego **ambivalente**): ambivalentes respecto al contacto con la figura de apego. Buscan activamente el contacto con ella pero, cuando lo obtienen, lo rechazan. Su exploración se ve entorpecida por su preocupación acerca de la permanencia o no de la figura de apego. Manifiestan su disgusto cuando su figura de apego abandona la habitación pero, cuando regresa, muestran un comportamiento ambivalente alternando su búsqueda activa de proximidad con rechazo y llanto. Se caracterizan por su afectividad enfadada, ansiosa o de resistencia emocional. Este patrón se produce por la impredecibilidad de la accesibilidad de la figura de apego. Con este patrón de apego fueron identificados un 12% del total de niños evaluados.

4. Grupo D (patrón de apego **desorganizado/desorientado**): se trata de una categoría añadida posteriormente a las categorías originales de Ainsworth (Main & Salomon, 1986). Esta categoría se aplica a niños que actúan de forma contradictoria, es decir, se acercan a la figura de apego con la cabeza girada hacia otro lado, controlan erróneamente la expresión de sentimientos. Cuando regresa la figura de apego muestran miedo, confusión o, a veces, depresión. Este caótico patrón de apego se produce debido a que el cuidador asusta al niño (puede ser debido a cuidadores que abusan o maltratan a los niños).

En un meta-análisis realizado por Van Ijzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg (1999) se obtuvo la siguiente distribución de los 4 patrones de apego descritos arriba:

- a) Un 62% de niños poseen un estilo de apego seguro.
- b) Un 15% son identificados con el patrón de apego evitativo.
- c) Un 9% se corresponde con un estilo ambivalente.
- d) Por último, un 15% corresponden a un estilo desorganizado.

Las conductas de apego se mantienen a lo largo del ciclo vital. Weiss (1982) explicó las diferencias entre el apego de niños y adultos. En los adultos, la principal figura de apego suele ser la pareja y hay simetría entre ambos (tanto uno como otro pueden ofrecer o recibir cuidados). En cambio, en los niños, las principales figuras de apego son sus principales cuidadores y la relación es asimétrica, ya que el cuidador ofrece protección y cuidados mientras que el niño los busca.

Bartholomew y Horowitz (1991) postularon la existencia de cuatro **estilos de apego adulto**. Estos se constituyeron a partir de dos factores:

1. Modelo sobre sí mismo (dependencia o ansiedad) y sobre el otro (evitación).
2. Grado de dependencia y evitación respecto a la intimidad vivida en la relación.

A partir de esta doble dicotomía ellos propusieron esta clasificación de patrones de apego:

- a) Patrón **seguro**: tanto el modelo de sí mismo como el del otro es positivo. Estas personas se caracterizan por una valoración de las amistades íntimas, una capacidad de mantener relaciones cercanas sin perder la autonomía personal, y una coherencia y consideración al discutir las relaciones y cuestiones relacionadas.
- b) Patrón **evitativo**: el modelo de sí mismo es positivo, mientras que el del otro es negativo. Se caracteriza por una minimización de la importancia de las relaciones cercanas, una emocionalidad restringida, un énfasis en la independencia y la autosuficiencia, y una falta de credibilidad en las relaciones.
- c) Patrón **preocupado**: el modelo de sí mismo es negativo; sin embargo, el del otro es positivo. Los individuos con este estilo de apego se caracterizan por una sobreimplicación en las relaciones cercanas, una dependencia de la aceptación de otras personas para sentirse bien, una tendencia a idealizar a otras personas, y la incoherencia y una emocionalidad exagerada al discutir en las relaciones.
- d) Patrón **temeroso**: ambos modelos son negativos. Por tanto, destacan por una evitación de las relaciones cercanas debido al miedo al rechazo, un sentimiento de inseguridad personal y una desconfianza hacia los demás.

Fobia social

Criterios del trastorno según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014):

El individuo experimenta 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. Ejemplos de estas situaciones son las interacciones sociales (como mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (Comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (como dar una charla).

El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, situaciones que se traduzcan en ser humillado o sentir vergüenza delante de otras personas).

Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en el aspecto social, laboral y en otras áreas importantes del funcionamiento.

El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica y no se explica mejor por los síntomas

de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

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

Diagnóstico diferencial

Fobia social y **timidez**: están muy relacionados. En ambos se presenta un miedo a ser valorados de forma negativa en las interacciones sociales. La diferencia es de carácter cuantitativo más que cualitativo (se manifiesta mayor evitación y afectación diaria en la fobia social).

Fobia social y **trastorno de pánico con agorafobia**: en ambos se da el miedo a las situaciones sociales. Sin embargo, en el primer trastorno, el miedo principal es a sufrir una crisis inesperada de pánico, siendo el miedo social algo secundario. En cambio, en la fobia social el miedo se manifiesta directamente ante situaciones sociales.

Fobia social y **depresión**: en ambos se experimentan retraimiento social y evitación de las situaciones sociales. El origen del mismo en el caso de la depresión es causado por la falta de energía (anhedonia). En el caso de la fobia social, la evitación procede del miedo a ser evaluado de manera negativa por los demás.

Fobia social y **trastorno de personalidad por evitación**: en el caso del trastorno por evitación se manifiesta una mayor ansiedad social, mayor afectación en la vida diaria y mayor comorbilidad que en el caso de la fobia social.

Subtipos

Diferenciada: temen situaciones donde se realiza una actividad aparejada a espectadores, como comer, hablar o escribir en público.

Generalizada: además de lo anterior, temen situaciones de interacción social (Mannuzza et al., 1995). Este grupo padece una mayor disfuncionalidad en su vida diaria, además de un mayor padecimiento clínico (Heimberg, Hope et al., 1990; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Turner et al., 1992).

Comorbilidad

Depresión: este trastorno afectivo comienza después de la fobia social en la mayor parte de los casos (Schneier et al., 1992; Stein et al., 1990). Relacionado con la depresión, se ha comprobado la abundancia de ideas suicidas en fóbicos sociales (Schneier et al., 1992). Sin embargo, no hay evidencias de que los intentos de suicidio sean más elevados de lo normal (Amies et al., 1983; Schneier et al., 1992).

Relaciones interpersonales: se ha hallado que los varones con timidez se casan y tienen su primer hijo tres años más tarde que los varones no tímidos (Caspi et al., 1988). Sin embargo, esto no sucede en las mujeres.

Eficiencia profesional: es menos probable que elijan oficios que requieran relaciones interpersonales (Bruch et al., 1986; Philips y Bruch, 1988).

Aspectos somáticos, sociales y cognitivos

Somáticos: se presentan sudores, temblores, rubor, palpitaciones y náuseas. Reich, Noyes y Yates (1988) aportan que predomina la sequedad de boca. Los fóbicos sociales manifiestan menor ansiedad que los individuos afectados por trastornos de pánico, obsesivo-compulsivos o ansiedad generalizada, aunque están más afectados que los individuos afectados por fobias simples (Rapee, Brown, Anthony y Barlow, 1992; Turner, McCann, Beidel y Mezzich, 1986).

Sociales: los individuos bajo ansiedad social manifiestan menor rendimiento social frente a los que no son ansiosos. Todo indica que las habilidades sociales, en personas con ansiedad social, se encuentran inhibidas pero no ausentes, estando menos dispuestos a adoptar dichas conductas y minusvalorando dicha habilidad (Hill, 1989).

Cognitivos: se pueden explicar en contenido y procesos cognitivos:

- a) Contenido: existe una tendencia en los fóbicos sociales a imaginar evaluaciones personales negativas, a generar una mala impresión en los demás, a preocuparse por su aspecto físico o a que los demás lo consideren estúpido.

- b) Proceso cognitivo: prestan mayor atención a sí mismos (Hope, Heimberg y Keim, 1990; Ingram, 1990). Destaca la autoconciencia pública, que consiste en verse como un objeto social, lo cual favorece una mayor atención a los aspectos externos de la persona (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975). También prestan mayor atención a las amenazas externas (Dalglish y Watts, 1990).

En cuanto a la edad de aparición de la fobia social, ésta se sitúa entre los 15-20 años (Mannuzza, Fyer, Liebowitz y Klein, 1990). También se ha hallado que la conciencia sobre sí mismo y el temor relacionado con la evaluación negativa de los demás surge a partir de los ocho años (Crozier y Burnham, 1990; Bennett y Gillingham, 1991).

Los principales modelos que han tratado de explicar cómo surge la ansiedad social y su mantenimiento son los siguientes:

1. Modelo de **Barlow** (1988).

Barlow (1988) sostuvo que la persona debe ser vulnerable tanto biológica como psicológicamente a la aprehensión ansiosa, es decir, debe poseer una expectativa aprensiva ante el futuro.

Barlow parte de los conceptos de las “falsas alarmas” y las “alarmas reales”. La alarma real se produce ante las amenazas objetivas y reales (por ejemplo, un león), predisponiéndonos el miedo a movilizarnos física y cognitivamente. Sin embargo, las falsas alarmas producen ansiedad en ausencia de una amenaza real para la integridad física propia o ajena.

Este modelo plantea tres formas de adquirir la fobia social.

- a) La primera vía consiste en disponer de una vulnerabilidad biológica a desarrollar ansiedad social o a ser socialmente inhibido. Esta tendencia se manifestará de manera más habitual e intensa durante la adolescencia.
- b) En segundo lugar, bajo situaciones de estrés, la persona puede experimentar un ataque de pánico inesperado (ejemplo de una falsa alarma) en una situación social y, a partir de ahí, ir desarrollando ansiedad hacia otras situaciones similares por el temor a volver a sufrir un ataque de ansiedad similar.
- c) Por último, la fobia social puede establecerse mediante el condicionamiento directo, es decir, por haber vivido alguna experiencia traumática en una situación social (ejemplo de una alarma real).

2. Modelo de **Schlenker y Leary** (1982). La Teoría de la Autopresentación.

Esta teoría postula que la ansiedad social se desarrollará cuando la persona esté motivada para producir una determinada impresión y, por contra, no se sienta segura de lograrlo (Schlenker y Leary, 1982). Por tanto, la ansiedad social dependerá de dos factores: la motivación que tenga la persona para producir una determinada impresión, y la probabilidad subjetiva de lograrlo. De esta manera, a medida que aumente nuestra motivación para lograr una impresión determinada o que no confiemos de nuestra capacidad de lograrlo, aumentará la ansiedad que experimentemos.

3. Modelo de **Clark y Wells** (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997)

Este modelo parte del mismo supuesto que el modelo de Schlenker y Leary (1982): la persona con ansiedad social está motivada para lograr una impresión favorable de sí misma, pero se siente insegura ante su capacidad para conseguirlo en determinadas situaciones. Este modelo introdujo el concepto de contemplar al sí mismo como un objeto social, con lo que es su procesamiento el que guía el comportamiento de la persona. El sí mismo como objeto social consiste en la imagen que posee la persona sobre cómo cree ella que le ven los demás.

Estos autores contemplan los siguientes factores de vulnerabilidad para adquirir la fobia social:

- a) Reglas rígidas: ejemplos de estas reglas son “siempre debo mostrarme muy ingenioso y con una gran fluidez verbal”, “siempre debo tener algo interesante que decir”
- b) Supuestos disfuncionales: estos predisponen a un procesamiento disfuncional autofocalizado que es un pilar central en la fobia social. Consisten en representaciones de las consecuencias catastróficas tras comportarse de una cierta manera (“si estoy callado pensarán que soy aburrido”, “si me ven temblar, pensarán que soy estúpido”).
- c) Creencias negativas acerca de sí mismo: se centran sobre el sí mismo como un objeto social y se activan solamente durante las situaciones sociales, no estando crónicamente activadas (“soy estúpido”, “soy aburrido”, “soy raro”).

Por otro lado, Clark y Wells propusieron que hay tres procesos que implicados en el mantenimiento de la fobia social:

- a) Procesamiento del sí mismo como un objeto social: las personas con fobia social aumentarán la atención sobre ellas mismas. Esto provoca la reducción de los recursos atencionales disponibles para procesar la información externa, como por ejemplo el feedback procedente de los demás. Este cambio en la atención produce un incremento en la autoconciencia, con lo cual el procesamiento de la información de uno mismo se hace en términos de objeto social (por ejemplo, “estoy siendo el centro de atención”).
- b) Conductas de evitación y de seguridad: el objetivo que persigue la persona es eliminar el riesgo de fracasar en la ejecución de la conducta. Sin embargo, esto le lleva a disminuir las oportunidades de desmentir sus juicios y creencias negativos, por lo que el miedo se mantendrá. En caso de que la evitación no sea posible, se pondrán en marcha “conductas de seguridad” con el objetivo de reducir el riesgo de fracaso social. Por ejemplo, si la persona teme que le vean sudar, llevará ropa ligera o no se quitará la chaqueta.
- c) Síntomas cognitivos o somáticos: a medida que se incrementa la intensidad de los síntomas, debido en parte al efecto paradójico de las conductas de seguridad, se incrementa la percepción de peligro y la hipervigilancia, afectando negativamente el contenido de la imagen pública del self. Esta afectación producirá más síntomas.

Por último, este modelo postula la existencia de dos tipos de procesamiento que contribuyen a la autofocalización:

- a) Procesamiento anticipatorio: antes de enfrentarse a una situación, la persona revisará detalladamente lo que según ella podría ocurrir y de qué manera podrá hacer frente a los problemas concretos. Al comenzar a pensar en la situación, empieza a sentir ansiedad y sus pensamientos son dominados por recuerdos y predicciones negativas. Si estos pensamientos no hacen que la persona evite la situación, probablemente producirán que la persona se enfrente a ella con una elevada ansiedad y habiendo activado un modo de procesamiento autofocalizado.
- b) Procesamiento posterior: la conducta, una vez efectuada, es revisada con el objetivo de planificar mejores formas de enfrentamiento en el futuro o de reducir la incertidumbre sobre la impresión que ha causado en los demás. Esta revisión está marcada por la percepción negativa de sí mismo, siendo probable que la persona analice su ejecución de la conducta de manera más negativa de lo que realmente fue.

Modelo de Rapee y Heimberg (1997)

Rapee y Heimberg (1997), tal y como sostienen Clark y Wells (1995), afirman que las personas con fobia social parten del supuesto de que los demás son inherentemente críticos. Rapee y Heimberg también postulan que otra creencia básica de las personas con fobia social es el hecho de otorgar una importancia fundamental al hecho de ser valorado positivamente por los demás. De esta manera, cuando la persona con fobia social se encuentra en una situación social, forma una representación mental de su apariencia externa y su conducta tal como ella cree que son vistas por la audiencia. A la misma vez, focaliza sus recursos atencionales tanto hacia su representación interna como hacia cualquier amenaza percibida en el entorno social.

Por tanto, este modelo sostiene que la información mental de la apariencia y de la conducta se construye a partir de varias fuentes: información de la memoria a largo plazo (como la apariencia general, la experiencia anterior en situaciones similares, etc.); señales internas (por ejemplo, los síntomas físicos); y señales externas (principalmente feedback de la audiencia).

Método

Como se ha mencionado en la introducción, el objetivo de este estudio va a ser conocer la relación existente entre el apego individual de las personas adultas con el desarrollo del trastorno de fobia social. Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía existente mediante el empleo de las siguientes bases de datos: PsycInfo, Psycodoc, PsycArticles, Proquest, Dialnet y Psychology Database. Los artículos encontrados datan de una antigüedad de hasta 17 años. La hipótesis de este estudio es que se va a encontrar una relación entre estilos de apego adulto inseguros con el desarrollo de la fobia social.

Resultados

En la siguiente tabla, se van a exponer los artículos en los que se ha encontrado una correlación significativa entre el tipo de apego y el trastorno de fobia social:

Tabla 1

Artículos que han relacionado el apego adulto con el desarrollo de la fobia social

Nombre del artículo	Rango de edad (media, desviación estándar)	Muestra (hombres, mujeres)	Resultados
Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression (Eng, Heimberg, Hart, Schneier y Liebowitz, 2001)	M = 32.43. DE = 10.37.	N = 118 H = 58,6 % M = 41,4 %	Individuos con un estilo de apego ansioso-preocupado mostraron mucho más miedo y evitación social ($p < .001$), que aquellos que estaban seguros. Mismo patrón en las muestras de replicación.
Attachment: Developmental pathways to affective dysregulation in young people at ultra-high risk of developing psychosis (Gajwani, Patterson y Birchwood, 2013)	M = 19 DE = 3.09	N = 51. H = 33; M = 18	Diferencia significativa entre la unión segura e insegura en la ansiedad social ($F(1,50) = 9,43, p < .01$) y la fobia social ($F(1,50) = 8,10, p < .01$). Diferencias significativas entre los estilos de apego y el nivel informado de fobia social ($F(3,48) = 6,03, p < .01$) y ansiedad social ($F(3,48) = 8,47, p < .001$).
Attachment style and oxytocin receptor gene variation interact in influencing social anxiety (Notzon et al., 2016)	M = 24.7 DE = 4.7	N = 388 H = 169 M = 219	Hubo una correlación positiva significativa entre la subescala "Ansiedad" de la escala AAS de apego y la escala SPAI de ansiedad social ($r = 0.38, p = .001$).
Social anxiety as a potential mediator of the association between attachment and depression (Manes et al., 2016)	No disponible	N = 194 M = 52,6% M = 47,8%	Un apego seguro está relacionado con menos ansiedad social en los siguientes cuestionarios: BQCE: $t(169) = -3.95, p < .001$ ECR-RD: $t(169) = -3.00, p = .003$ LSAS: $t(169) = -4.26, p < .001$
Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia (Eikenæs, Pedersen y Wilberg, 2016)	M = 37.6 DE = 10.2	N = 90 H = 35% M = 65%	La categoría Temeroso fue significativamente más frecuente ($p = .05$) en el grupo TPE (46%) que en el grupo FS (20%), mientras que el estilo Evitativo fue significativamente más frecuente ($p = .05$) en el grupo FS (40%) que el grupo TPE (18%).
Changes of attachment characteristics during psychotherapy of patients with social anxiety disorder: Results from the SOPHO-Net trial (Strauss et al., 2018)	M = 35, 2 DE = no disponible	N = 495 H = 45.5% M = 54.5%	Ligera relación positiva entre los indicadores de apego inseguro y síntomas de ansiedad social (ansiedad de apego: $r = .29, p < .05$ evitación de apego: $r = .28, p < .05$).
Social anxiety in first-episode psychosis: The role of childhood trauma and adult attachment (Michail y Birchwood, 2014)	No disponible	N = 84 (porcentajes de género no disponibles)	Mayor nivel de apego adulto inseguro ($\chi^2=38.5, p < 0.01$) en el grupo de ansiedad social (con o sin psicosis) en comparación con el de solo psicosis y controles sanos. En el grupo de ansiedad social (con y sin psicosis), el 78,4% se clasificó con un estilo de apego adulto inseguro.
The relationship between attachment styles and social anxiety: An investigation with Turkish university students (Erozkan, 2009)	M = 21.80 DE = 2.20	N = 600 H = 300 M = 300	Los estilos de apego influyen significativamente sobre la ansiedad social, explicando el 12.9% de la varianza de ansiedad social ($F = 13.582; p < .001$). Hay diferencias entre el apego seguro y los inseguros. Se han encontrado asociaciones entre la ansiedad social y los estilos de apego temerosos, preocupados y evitativos, con un nivel de significación de $p < .05$ o $p < .01$.

Discusión

En los artículos mostrados anteriormente se ha encontrado una relación significativa entre el apego y la ansiedad o fobia social. En el estudio de Eng et al. (2001) ya se encontró que los participantes con un estilo de apego ansioso-preocupado mostraron un mayor temor a las situaciones de interacción social, a la evaluación negativa, a ser examinados por otros durante sus actividades cotidianas, además de una mayor evitación de situaciones temidas. Sin embargo, en este estudio se encontró que había participantes con un patrón de apego seguro que sufrían un trastorno de ansiedad social. Esto implica la posibilidad de que el poseer un apego no supondría el único camino para el desarrollo de la ansiedad social.

En el estudio de Gajwani et al. (2013), se halló que el apego adulto se asoció de manera significativa con la ansiedad social. Los participantes con un apego inseguro obtuvieron una puntuación elevada en la dimensión de ansiedad social, especialmente aquellos con estilos de apego temerosos y preocupados (que obtenían una mayor puntuación en dicha dimensión que los participantes con un apego seguro). Además, los participantes con un apego temeroso obtuvieron una puntuación más elevada en fobia social.

La relación entre un estilo de apego ansioso e inseguro con la ansiedad social también fue probada en el estudio de Notzon et al. (2016), apoyando estudios como el de Eng et al. (2001) expuesto anteriormente. Otro estudio también postula que el apego inseguro está relacionado con las cogniciones sociales de carácter ansioso y con la evitación de las interacciones sociales (Manes, Nodop, Altmann et al., 2016).

En el estudio de Eikenæs et al. (2016) se compararon los estilos de apego de pacientes con fobia social con otros que padecían trastorno de personalidad evitativo. Estos autores encontraron que la mayor parte de los dos grupos de diagnóstico tenían un apego inseguro y que sufrían un nivel alto tanto de ansiedad como de evitación por el apego. El estilo temeroso se manifestó con más frecuencia en los pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad evitativo, mientras que, en los pacientes con fobia social, sorprendentemente se halló una mayor frecuencia del estilo de apego evitativo. Este hallazgo debería ser tenido en cuenta en futuras investigaciones, ya que contradice a otros estudios que postulan un predominio del estilo de apego preocupado en los pacientes con fobia social. Strauss et al. (2018) también hallaron que los pacientes con un trastorno de ansiedad social puntuaban de forma más elevada tanto en ansiedad como en evitación por el apego. Estos resultados respaldan la opinión de que poseer un apego inseguro puede contribuir al desarrollo de la ansiedad sin olvidar que, tal y como advirtieron Eng et al. (2001), existen pacientes con ansiedad social que tienen un patrón de apego seguro.

También se han comparado los estilos de apego adulto en pacientes con trastorno de ansiedad social con psicosis y sin psicosis (Michail y Birchwood, 2014). Estos autores, en consonancia con hallazgos anteriores, encontraron que en los pacientes con ansiedad social (con o sin psicosis) se manifestaba con mayor frecuencia un apego adulto inseguro que en los pacientes con o sin psicosis pero sin ansiedad social. Este hallazgo confirma el vínculo entre apego inseguro y ansiedad social y que dicho vínculo también se manifiesta en pacientes con un trastorno psicótico. Otro hallazgo significativo de este estudio ha sido que los sucesos adversos en la etapa infantil no se han asociado con patrones disfuncionales en el apego adulto.

Por último, en el estudio de Erozkan (2009), además de hallar diferencias entre el apego seguro y los inseguros en los niveles de ansiedad social, establecieron una asociación entre la ansiedad social y los estilos preocupados, temerosos y evitativos.

Se han encontrado diferencias significativas entre el estilo de apego seguro frente a los estilos de apego inseguros, en relación a la presencia de la fobia social. De esta manera, se ha hallado una mayor incidencia de la fobia social en los individuos con unos estilos de apego preocupado, temeroso y evitativo. Como se ha apuntado anteriormente, esto no excluye la posibilidad de que un individuo con apego seguro pueda sufrir de ansiedad social; sin embargo, los resultados apuntan que será menos probable que ocurra. Se han hallado discrepancias entre qué estilos inseguros de apego concretamente predisponen a padecer de fobia social. Algunos estudios respaldan la idea de que los estilos de apego temeroso y preocupado (ambos con un modelo del sí mismo negativo) están más relacionados con la ansiedad social, mientras que otros estudios otorgan un papel más importante al estilo de apego evitativo. Aunque exista esta controversia, sin embargo, los resultados apuntan a una relación más clara entre la fobia social y la ansiedad y evitación en el apego. Por otro lado, la mayor parte de los estudios encontrados son de naturaleza transversal, lo que impide conocer las relaciones causales entre ambas variables. Esto supone que se deberán realizar en un futuro estudios longitudinales para hallar dicha causalidad.

Referencias

- Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B. y Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12(2), 109-132.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA.

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA.
- Amies, P. L., Gelder, M. G. y Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *The British Journal of Psychiatry*, 142(2), 174-179.
- Armsden, G. C. y Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244.
- Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 831-846.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Bennett, M., & Gillingham, K. (1991). The role of self-focused attention in children's attributions of social emotions to the self. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 152(3), 303-309.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980a). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980b). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behavior*, 28(3), 649-656.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bruch, M.A., Giordano, S. y Pearl, L. (1986). Differences between fearful and self-conscious shy subtypes in background and current adjustment. *Journal of Research in Personality*, 20(2), 172-186.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Carlson, E. A., Egeland, B. y Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development of Psychopathology*, 21(4), 1311-1334.
- Caspi, A., Elder, G. H. y Bem, D. J. (1988). Moving away from the world: Life-course patterns of shy children. *Developmental Psychology*, 24(6), 824-831.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Comps.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York, Guilford Press.
- Collins, N. L. y Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Collins, N. L. y Read, S. J. (1994). Cognitive representations of adult attachment: The structure and function of working models. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships, Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 53-90). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Crozier, W. R. y Burnham, M. (1990). Age-related differences in children's understanding of shyness. *British Journal of Developmental Psychology*, 8(2), 179-185.
- Eikenæs, I., Pedersen, G. y Wilberg, T. (2016). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 245-260.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1(4), 365-380.
- Erozkan, A. (2009). The relationship between attachment styles and social anxiety: An investigation with Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37(6), 835-844.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and Comorbidity of Social Phobia and Social Fears in Adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 831-843.
- Feeney, J. A. y Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F. y Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 522-527. Dalglish y Watts, 1990.

- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30(6), 1335-1344.
- Gajwani, R., Patterson, P. y Birchwood, M. (2013). Attachment: Developmental pathways to affective dysregulation in young people at ultra-high risk of developing psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 424-437.
- Greenberg, M. T., Siegel, J. M. y Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(5), 373-386.
- Heimberg, R.G., Hope, D.A., Dodge, C.S. y Becker, R.E. (1990). DSM-III-R subtypes of phobia social: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 172-179.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G. y Hope, D.A. (1992). Avoidant personality disorder and generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 318-325.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Klein, J. F. (1990). Social anxiety and recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(2), 185-195.
- Ingram, R. E. (1990). Attentional nonspecificity in depressive and generalized anxious affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 25-35.
- Feeney, J. A., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En M. B. Sperling y W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). Nueva York: Guilford Press.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J. y Ortiz, M. J. (2008). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport: Ablex Publishing.
- Manes, S., Nodop, S., Altmann, U., Gawlytta, R., Dinger, U., Dymel, W., ... Willutzki, U. (2016). Social anxiety as a potential mediator of the association between attachment and depression. *Journal of Affective Disorders*, 205, 264-268.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. y Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52(3), 230-237.
- Michail, M. y Birchwood, M. (2014). Social anxiety in first-episode psychosis: The role of childhood trauma and adult attachment. *Journal of Affective Disorders*, 163, 102-109.
- [Notzon S., Domschke, K., Holitschke, K., Ziegler, C., Arolt, V., Pauli, P., ... Zwanzger, P.](#) (2016). Attachment style and oxytocin receptor gene variation interact in influencing social anxiety. *World Journal of Biological Psychiatry*, 17(1), 76-83.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9(4), 855-879.
- Phillips, S. D. y Bruch, M. A. (1988). Shyness and dysfunction in career development. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2), 159-165.
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Reich, J. H., Noyes, R. y Yates, W. (1988). Anxiety symptoms distinguishing social phobia from panic and generalized anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(8), 510-513.
- Rapee, Brown, Anthony y Barlow, 1992.
- Schlenker, B. R. y Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92(3), 641-669.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic samples. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 282-288.
- Shaver, P. R. y Brennan, K. A. (1992). Attachment Styles and the "Big Five" Personality Traits: Their Connections with Each Other and with Romantic Relationship Outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5), 536-545.

- Shaver, P. R. y Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. En D. Perlman y W. Jones (Eds.), *Advances in personal relationships* (pp. 29-70). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Sroufe, L. A., Egeland, B. y Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the role of early experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental Review*, 30(1), 36-51.
- Stein, M. B., Tancer, M. E., Gelernter, C. S., Vittone, B. J. y Uhde, T. W. (1990). Major depression in patients with social phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 147(5), 637-9.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251-256.
- Strauß, B., Altmann, U., Manes, S., Tholl, A., Koranyi, S., Nolte, T., ... Kirchmann, H. (2018). Changes of attachment characteristics during psychotherapy of patients with social anxiety disorder: Results from the SOPHO-Net trial. *PLoS ONE*, 13(3), 1-14.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Townsley, R.M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 326-331.
- Turner, S. M., McCann, B. S., Beidel, D. C. y Mezzich, J. E. (1986). DSM-III classification of the anxiety disorders: A psychometric study. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 168-172. Hill, 1989
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-Analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. En C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 111-184). Nueva York: Wiley.
- Wells, A. y Clark, D. M. (1997). Social phobia: A cognitive approach. En G. Davey (Comps.), *Phobias: A handbook of description, treatment and theory* (pp. 3-26). Chichester, Wiley.
- West, M., Livesley, W. J., Reiffer, L. y Sheldon, A. (1986). The place of attachment in the life events model of stress and illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(3), 202-207.
- Yates, T. M., Carlson, E. A. y Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20(2), 651-671.