

Predictores de la Ansiedad Social desde una perspectiva transdiagnóstica: un estudio piloto

Maria d'Orey Roquete
mdorey@ucm.es

Resumen

El temor y la ansiedad social (AS), son dos fenómenos que responden a razones adaptativas, en las que se activan "alertas", ante situaciones sociales inciertas; cuando se presentan de manera disfuncional, pueden alcanzar niveles clínicos de malestar, tal es el caso del Trastorno de Ansiedad Social (TAS), caracterizado por el miedo intenso a ser evaluado por parte de los demás. El TAS muestra una marcada dimensionalidad, ya que sus características centrales se encuentran presentes, aunque en niveles diversos, también en población sub-clínica; además, presenta una tasa elevada de comorbilidad. En los últimos años, se ha reconocido la importancia de los estudios transdiagnósticos de cara a una mejor comprensión de la etiología y el mantenimiento del Trastorno. De allí que el presente estudio tenga como objetivo identificar el valor predictivo de la regulación emocional; la intolerancia ante la incertidumbre, los pensamientos repetitivos negativos, la auto-presentación perfeccionista, el perfeccionismo socialmente prescrito; así como el de las variables inherentes a la sintomatología psicopatológica del estrés, la ansiedad y la depresión; en relación a los síntomas de la AS presentes en la población general. Para ello, se propone una investigación transversal correlacional exploratoria, realizada con una muestra de 175 personas, mediante la aplicación de 9 cuestionarios psicométricos estandarizados de auto-informe. Se realizan pruebas χ^2 , correlación bivariada de Pearson, y regresión lineal múltiple. Se presentan y discuten los resultados y se proponen las conclusiones.

Abstract

Fear and social anxiety (SA) are two phenomena that respond to adaptive reasons, in which "alerts" are activated when faced with uncertain social situations; when they occur in a dysfunctional manner, they can reach clinical levels of discomfort, as is the case with Social Anxiety Disorder (SAD), characterized by intense fear of being evaluated by others. SAD shows a marked dimensionality, since its central characteristics are present, although at different levels, also in the sub-clinical population; in addition, it presents a high rate of comorbidity. In recent years, the importance of transdiagnostic studies for a better understanding of the etiology and maintenance of the disorder has been recognized. Hence, the present study aims to identify the predictive value of emotional regulation; intolerance to uncertainty, negative repetitive thoughts, perfectionist self-presentation, socially prescribed perfectionism; as well as the variables inherent to the psychopathological symptomatology of stress, anxiety and depression in relation to the symptoms of SA present in the general population. To this end, an exploratory correlational cross-sectional research is proposed, carried out with a sample of 175 people, through the application of 9 standardized psychometric self-report questionnaires. χ^2 , Pearson bivariate correlation, and multiple linear regression are performed. The results are presented and discussed and conclusions are proposed.

Palabras clave: Ansiedad social; trastorno de ansiedad social; transdiagnóstico; sintomatología psicopatológica; comorbilidad.

Keywords: Social anxiety; social anxiety disorder; diagnosis; psychopathological symptomatology; comorbidity.

La Ansiedad Social y su Trastorno

El temor y la ansiedad social (AS), son dos fenómenos que se manifiestan con diferentes grados de intensidad. Responden a razones adaptativas, en las que se activan "alertas", ante situaciones sociales inciertas; cuando se presentan de manera disfuncional, pueden alcanzar niveles clínicos de malestar, tal es el caso del Trastorno de Ansiedad Social (TAS), también conocido como Fobia Social (FS) (McNeil & Randall, 2014).

Estudios epidemiológicos, presentan una prevalencia del TAS a 30 días, 12 meses y a lo largo de la vida, de 1.3, 2.4, y 4%, respectivamente, en todos los países. (Stein et al., 2017).

El 89.9% de los pacientes con TAS, presentan al menos un trastorno comórbido; el 40.9% presenta dos; y el 10.1% incluso tres. (Koyuncu et al., 2014). Pero no existe todavía suficiente evidencia, para establecer si el TAS es la causa o el efecto de dicha comorbilidad, o si esta condición remite a algún patrón común subyacente para más de un trastorno (Spence & Rapee, 2016).

El rango de sintomatología del TAS puede no ser homogéneo, conllevando a la heterogeneidad diagnóstica (Hyett & McEvoy, 2018). Además, las características centrales de la FS, muestran una marcada dimensionalidad, ya que se presentan, aunque en grado diverso, también en población sub-clínica (Weeks, Norton, & Heimberg, 2009).

En cuanto a su etiología, existe una amplia aceptación de la importancia de las predisposiciones genéticas y temperamentales como factores de riesgo temprano; además de los sesgos cognitivos, las experiencias vitales negativas, las relaciones entre padre(s) e hijo(s) y con el grupo de pares. Se ha puesto menos énfasis, en los factores biológicos, el déficit en el desempeño, y los procesos de aprendizaje, además de en la influencia de los factores culturales (Wong & Rapee, 2016).

Diferentes combinaciones de factores de riesgo (genética y neurobiología) pueden dar lugar al desarrollo del TAS (*equifinalidad*); pero cualquier factor de riesgo, puede estar asociado a su vez, con otros trastornos (*multifinalidad*) (Spence & Rapee, 2016); noción ésta, que está a la base de la aproximación transdiagnóstica de la psicopatología (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

Las evidencias apuntan hacia la necesidad de encontrar enfoques novedosos, que permitan esclarecer las diferentes influencias de los factores etiológicos transdiagnósticos en el TAS.

El abordaje transdiagnóstico en la psicología

El enfoque transdiagnóstico va de la mano de la evidencia clínica de comorbilidad en los trastornos psicológicos; subraya que existen muchos procesos cognitivo-conductuales compartidos, entre ellos (Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2009).

Desde una perspectiva dimensional de la psicopatología, y contrariamente a lo que hasta ahora han establecido los manuales de clasificación de los trastornos mentales DSM y CIE, se asume que no existen límites precisos estipulados a priori entre la normalidad y la enfermedad mental. La explicación del paso de un nivel a otro, supone recurrir a otros factores igualmente dimensionales, que repercuten de forma disfuncional en el bienestar del individuo (Belloch, 2012).

Para Krueger & Eaton (2015), los estudios sobre la dimensionalidad de los trastornos, así como de su comorbilidad, han revelado que muchos de ellos, son manifestaciones de pocas dimensiones básicas subyacentes.

Identificación de variables transdiagnósticas

Algunas de las variables transdiagnósticas (VT) que han sido reconocidas en la bibliografía científica, son la regulación emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010); el perfeccionismo (Egan et al., 2011); la intolerancia a la incertidumbre (Carleton et al., 2012); y los pensamientos intrusivos, (Belloch, 2012).

Según Mansell & McEvoy (2017), se han identificado, al menos 30 procesos potencialmente transdiagnósticos. Una pregunta central, para este abordaje de investigación sería: qué síntomas están correlacionados y cuántas dimensiones definen (Lahey, Krueger, Rathouz, Waldman, & Zald, 2017).

Objetivos de Investigación

General

Establecer si las variables transdiagnósticas (VT) predicen mejor que las variables clínicas (VC), los niveles de Ansiedad Social (AS) en población sub-clínica.

Específicos

- 1) Explorar el grado de asociación de las variables demográficas incluidas en el estudio.
- 2) Establecer diferencias en los niveles de AS, según la región.
- 3) Identificar los correlatos clínicos y transdiagnósticos de la AS para población sub-clínica.
- 4) Establecer los predictores de la AS para la población sub-clínica.

Hipótesis

H1 Se espera que el poder predictivo de las VT para el temor a la interacción social, sea mayor que el de las VC.

H2 Se espera el poder predictivo de las VT para el temor al escrutinio de los demás, sea mayor que el de las VC.

Método

El presente diseño de investigación es un estudio exploratorio, transversal cuantitativo de tipo correlacional. Se llevará a cabo a partir de la aplicación y el análisis estadístico de 9 cuestionarios de auto-informe.

Participantes

La muestra de tipo incidental, se obtuvo partir de las respuestas a un formulario online; y está conformada por 175 personas (70.3% mujeres y 29.7% hombres), con una media de edad 30.6 (DT=9.835, Rango=18-60).

Instrumentos

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS); (Mattick & Clarke, 1998)

Evalúa los temores de interacción social. Consta de 20 ítems, que se responden con una escala de Likert de 0-4. Presenta buenas propiedades psicométricas (Mattick & Clarke, 1998).

En nuestro estudio, se obtuvo un índice de fiabilidad $\alpha = .903$.

Social Phobia Scale (SPS); (Mattick & Clarke, 1998)

Identifica el temor al escrutinio por parte de los demás, cuando se realiza una determinada tarea. Consta de 20 ítems que se responden con una escala de Likert de 0-4. Sus propiedades psicométricas han sido comprobadas (Mattick & Clarke, 1998). En esta investigación, $\alpha = .906$.

Depression–Anxiety–Stress Scales (DASS-21); (Lovibond & Lovibond, 1995)

Evalúa la presencia de sintomatología emocional negativa (ansiedad, depresión y estrés), durante la última semana. Consta de 21 ítems, tomados de la versión integral *Depression–Anxiety–Stress Scales (DASS)*. Puntúa con una escala Likert de 0-3. Diversos estudios aseguran su fortaleza psicométrica (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998). La fiabilidad en este estudio, $\alpha = .933$.

Perfectionism Self-Presentation Scale (PSPS); (Hewitt et al., 2003)

Evalúa la preocupación por parecer perfecto. El cuestionario está formado por 27 ítems y se responde con una escala Likert de 1-7. Se han obtenido buenos índices de fiabilidad (Hewitt et al., 2003). $\alpha = .921$ para el presente estudio.

Multidimensional Perfectionism Scale (HFMPs); (Hewitt & Flett, 1991)

En esta investigación, se empleará únicamente la sub-escala dirigida a evaluar la percepción, de que bien sea otras personas, que la sociedad en general, le imponen perfección al yo. Cuenta con 15 ítems y se responde con una escala Likert de 1-7. La escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas (Hewitt & Flett, 1991) Para nuestra investigación $\alpha = .820$.

The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ); (Gross & John, 2003)

Evalúa las diferencias individuales en el uso habitual de dos estrategias de regulación de emocional: la reevaluación cognitiva y la supresión. Compuesta por 10 ítems, puntúa con una escala Likert de 1-7. La escala ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas (Gross & John, 2003). En nuestro estudio, la sub-escala de supresión $\alpha = .818$; y la sub-escala de reevaluación cognitiva $\alpha = .803$.

Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ); (Hofmann, Carpenter, & Curtiss, 2016)

Contiene 20 ítems, que evalúan estrategias de regulación emocional interpersonales; es decir, la forma en que las personas se valen de otras, para regular sus propias emociones. La escala ha demostrado una excelente consistencia interna. El cuestionario se responde con una escala Likert de 1-5 (Hofmann et al., 2016). En nuestra investigación $\alpha = .910$.

Intolerance of Uncertainty Scale-Short Version (IUS-12); (Carleton, Norton, & Asmundson, 2007)

Compuesto por 12 ítems, dirigidos a evaluar los niveles de intolerancia a la incertidumbre, se contesta con una escala likert de 1-5. La escala cuenta con una probada fortaleza psicométrica (Carleton, Norton, et al., 2007). Para esta investigación $\alpha = .904$.

The Repetitive Thinking Questionnaire–10 (RTQ-10); (McEvoy, Thibodeau, & Asmundson, 2014)

Evalúa la presencia de pensamientos negativos repetitivos. Compuesta por 10 ítems, que se responden con una escala de Likert de 1-5 puntos. El cuestionario tiene excelentes propiedades psicométricas (McEvoy et al., 2014). En el presente estudio $\alpha = .917$.

Variables incluidas en el estudio

Variables dependientes: 1) temor a la interacción social; 2) temor al escrutinio de los demás.

Variables independientes:

- *Clínicas:* (1) síntomas de ansiedad, depresión y estrés.
- *Transdiagnósticas:* 1) auto-presentación perfeccionista; 2) perfeccionismo socialmente prescrito; 3) estrategias de regulación emocional intrapersonales (supresión y Reevaluación cognitiva); 4) estrategias de regulación de emocional interpersonales; 5) intolerancia a la incertidumbre; y 6) pensamientos negativos repetitivos.

Análisis estadísticos

Utilizando el paquete estadístico SPSS 25, 1) se analizaron las variables demográficas, mediante una tabla de contingencia, prueba Chi-cuadrado, y prueba t de Student; 2) se realizaron análisis de relación entre variables mediante el coeficiente de correlación R de Pearson; 3) se presentaron 4 modelos de regresión lineal múltiple.

Resultados

En la tabla 1 se pueden observar las variables demográficas incluidas en el estudio.

Haber acudido a terapia durante los últimos 5 años, se relaciona de forma estadísticamente significativa con el acudir a terapia en la actualidad ($\chi^2 = 7.014$; $p < .05$); pero no se asocia significativamente con el recibir terapia farmacológica ($\chi^2 = .016$; $p > .05$).

Por otra parte, el temor a la interacción social de los sujetos españoles ($M=24.32$; $DT 11.81$) es significativamente mayor al de los venezolanos ($M=18.85$; $DT 12.56$), $t(151)=2.759$ $p<.05$. Del mismo modo, el temor a la evaluación de los demás es más elevado para los españoles ($M=17.40$; $DT 0.83$), que para los venezolanos ($M=10.83$; $DT 10.96$), $t(151)=3.717$ $p<.001$.

Tabla 1 Variables Demográficas

		Frecuencia	%
Edad	de 18 a 23	31	17.7
	de 24 a 29	73	41.7
	de 30 a 35	31	17.7
	de 36 a 41	19	10.9
	más de 41	21	12
Sexo	Hombre	52	29.7
	Mujer	123	70.3
Nivel de estudios	Sin estudios Superiores	2	1.1
	Formación Profesional	12	6.9
	Grado y/o Licenciatura	98	56.0
	Máster y/o Post-grado	52	29.7
	Doctorado	11	6.3
Área de formación	Sin estudios superiores	2	1.1
	Artes y Humanidades	38	21.7
	Ciencias	14	8
	Ciencias de la salud	28	16
	Ingeniería y Arquitectura	21	12
	Ciencias Sociales y Jurídicas	72	41.1
Nacionalidad	España	71	40.6
	Venezuela	82	46.9
	Otros Países europeos	5	2.9
	Otros países Iberoamericanos	17	9.7
País de residencia	España	85	48.6
	Venezuela	37	21.1
	Otros países europeos	12	6.9
	Otros países iberoamericanos	26	14.9
	Otros	15	8.6
Edo. Civil	Soltero/a	119	68
	Casado/a	43	24.6
	Divorciado/a	12	6.9
	Viudo/a	1	0.6
Situación económica	Muy buena	4	2.3
	Buena	57	32.6

		Frecuencia	%
	Suficientemente buena	65	37.1
	Precaria	40	22.9
	Muy Precaria	9	5.1
Situación laboral	Activo	120	68.6
	Inactivo	25	14.3
	Autónomo	16	9.1
	Becario/a	10	5.7
	Pre-jubilado	1	0.6
	Jubilado	3	1.7
Terapia actualmente	Sí	13	7.4
	No	162	92.6
Terapia los últimos 5 años	Sí	62	35.4
	No	113	64.6
Terapia farmacológica actual	Sí	8	4.6
	No	167	95.4

Correlatos Clínicos y Transdiagnósticos

En la tabla 2 se presenta la matriz de correlaciones obtenidas para las escalas incluidas en el estudio.

Tabla 2 Correlaciones de Pearson

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	M	DT	Rango
1: SIAS										20.9	12.55	0-58
2: SPS	.656**									13.48	11.32	0-66
3: DASS-21	.436**	.582**								16.27	11.70	0-57
4: EQR (RC)	-.051	-.092	-.030							13.06	5.69	7-42
5: EQR (S)	.317**	.231**	.198**	.067						29.95	6.61	4-28
6: IERQ	.121	.249**	.292**	.115	-.181*					58.29	14.81	23-98
7: HFMPs (SP)	.377**	.419**	.453**	-.011	.462**	.154*				29.39	9.57	15-89
8: PSPS	.428**	.527**	.439**	.001	.477**	.146	.663**			30.60	9.65	33-165
9: IUS-12	.384**	.517**	.516**	.072	.238**	.320**	.424**	.526**		93.21	27.36	13-52
10: RTQ-10	.350**	.494**	.590**	.068	.234**	.188*	.421**	.481**	.468**	43.72	13.77	10-50

**p<.001; * p< .05

1 SIAS: Social Interaction Anxiety Scale; **2 SPS:** Social Phobia Scale; **3 DASS-21** Depression–Anxiety–Stress Scales; **4 ERQ (RC):** Sub-escala Reevaluación Cognitiva The Emotion Regulation Questionnaire; **5 ERQ (S):** Sub-escala Supresión The Emotion Regulation Questionnaire; **6 IERQ** The Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire; **7 HFMPs (SP):** Sub-escala Perfeccionismo socialmente prescrito Multidimensional Perfectionism Scale; **8 PSPS** Perfectionism Self-Presentation Scale; **9 IUS-12** Intolerance of Uncertainty Scale-Short Version; **10 RTQ-10:** The Repetitive Thinking Questionnaire–10.

Predictores de la ansiedad social

En la tabla 3 se presentan los resultados del modelo de regresión 1; introduciendo las VC en primer lugar, y las VT en segundo lugar. En la tabla 4, se presentan los resultados para el modelo de regresión 2, en el que se incluyeron primero las VT y las VC en un segundo momento.

Tabla 3 Predictores del temor a la interacción social (modelo 1)

Predictores	R ²	R ² Corregido	ΔR ²	B	β	t	F
PASO 1							
DASS-21	.190	.186	.190**	0,468	.436	6.377**	40.669**
Predictores	R ²	R ² Corregido	ΔR ²	B	β	t	F
PASO 2							
DASS-21				.268	.250	2.85*	
IUS-12				.145	.111	1.333	
RTQ-10	.287	.261	.096**	.036	.027	.320	11.256**
HFMPs				.034	.037	.402	
PSPS				.070	.153	.556	
ERQ (S)				.319	.145	.896	

Tabla 4 Predictores del temor a la interacción social (modelo 2)

Predictores	R ²	R ² corregido	ΔR ²	B	β	t	F
PASO 1							
IUS-12				.228	.175	2.136*	
RTQ-10				.166	.126	1.581	
HFMPs	.252	.230	.252**	.078	.086	.928	11.402**
PSPS				.0710	.155	1.547	
ERQ (S)				.292	.132	1.70	
Predictores	R ²	R ² corregido	ΔR ²	B	β	t	F
PASO 2							
IUS-12				.145	.111	1.333	
RTQ-10				.036	.027	.320	
HFMPs	.287	.261	.034*	.034	.037	.402	11.256**
PSPS				.070	.153	1.556	
ERQ				.319	.145	1.896	
DASS-21				.268	.250	2.85*	

**p<.001; *p<.05

SIAS: Social Interaction Anxiety Scale; **DASS-21:** Depression–Anxiety–Stress Scales; **IUS-12** Intolerance of Uncertainty Scale-Short Version; **RTQ-10:** The Repetitive Thinking Questionnaire–10; **HFMPs (SP):** Sub-escala Perfeccionismo socialmente prescrito Multidimensional Perfectionism Scale; **PSPS** Perfectionism Self-Presentation Scale; **ERQ (S):** Sub-escala Supresión The Emotion Regulation Questionnaire.

En la tabla 5 se presentan los resultados del modelo de regresión 3; en el que las VC fueron introducidas en primer lugar. En la tabla 6, por su parte, se presentan los resultados para el modelo de regresión 4, en el que se incluyeron primero las VT.

Tabla 5 Predictores del temor al escrutinio por parte de los demás (modelo 3)

Predictores	R ²	R ² corregido	ΔR ²	B	β	t	F
PASO 1							
DASS-21	.338	0.335	.338**	.563	.582	9.408**	88.510**
PASO 2							
DASS-21				.306	.316	4.085**	
IUS-12				.186	.159	2.131*	
RTQ-10				.127	.107	1.434	
HFMPs	.460	.437	.122**	-.011	-.014	-.172	20.332**
PSPS				.106	.255	2.973*	
ERQ (S)				-.001	-.001	-.008	
IERQ				.039	.050	.788	

Tabla 6 Predictores del temor al escrutinio de los demás (modelo 4)

Predictores	R ²	R ² corregido	ΔR ²	B	β	t	F
PASO 1							
IUS-12				.268	.228	3.01*	
RTQ-10				.272	.230	3.22*	
HFMPs	.406	.385	.406**	.035	.042	.509	19.152**
PSPS				.106	.257	2.861*	
ERQ S				-.007	-.003	-.046	
IERQ				.067	.088	1.325	
PASO 2							
IUS-12				.186	.159	2.131*	
RTQ-10				.127	.107	1.434	
HFMPs				-.011	-.014	-.172	
PSPS	.460	.437	.054**	.106	.255	2.973*	20.332**
ERQ S				-.001	-.001	-.008	
IERQ				.039	.050	.788	
DASS-21				.306	.316	4.085**	

**p<.001; *p<.05

SPS: Social Phobia Scale; **DASS-21:** Depression–Anxiety–Stress Scales; **IUS-12** Intolerance of Uncertainty Scale–Short Version; **RTQ-10:** The Repetitive Thinking Questionnaire–10; **HFMPs (SP):** Sub-escala Perfeccionismo socialmente prescrito Multidimensional Perfectionism Scale; **PSPS** Perfectionism Self-Presentation Scale; **ERQ (S):** Sub-escala Supresión The Emotion Regulation Questionnaire; **IERQ** The Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire.

Discusión

El hecho de que se hayan encontrado diferencias significativas entre la SIAS y la SPS, según la nacionalidad; nos permite estimar que variables culturales podrían estar incidiendo en el grado de AS; lo cual estaría en línea con Schreier et al. (2010), quienes señalan que la cultura latinoamericana, presenta un elemento gregario muy valorado: la simpatía, que supone comportamientos cercanos, respetuosos y corteses; evitando conflictos y las críticas a los demás. Dicha característica socio-cultural, podría estar atenuando los niveles de AS.

En la tabla 2 se puede observar que tanto el SIAS, como el SPS, se asocian significativamente a las VC de estrés, depresión y ansiedad (DASS-21), lo cual es consistente con la evidencia de que el TAS suele concurrir, junto a otros trastornos de ansiedad, y el trastorno depresivo mayor (APA, 2013; Koyuncu et al., 2014; Stein et al., 2017).

Las VT por su parte, muestran asociaciones significativas con el SIAS y el SPS; excepto en el caso de las estrategias de regulación emocional interpersonales (IERQ), para el SIAS, y las intrapersonales (ERQ RC), para ambos temores sociales. Es posible, que de las estrategias de regulación emocional incluidas en este estudio, la supresión sea la más utilizada por los sujetos con mayores niveles de AS; de hecho, según English, Lee, John, & Gross, (2016), la supresión está particularmente vinculada a las características sociales del contexto, y suele emplearse más en presencia de otras personas, sobre todo cuando éstas no son personas cercanas. La reevaluación cognitiva en cambio, se asocia más a la búsqueda del bienestar personal.

En relación a la H1, podemos observar en la tabla 3 y 4, que las variables incluidas predicen, en ambos casos, el 26% de la varianza del SIAS; sin embargo, en el segundo modelo (tabla 4), en el que se introducen en primer lugar las VT, se obtiene un $\Delta R^2 = .252$ $p < .001$; índice significativamente mayor al obtenido en el modelo de la tabla 3, en el que se introdujeron las VC en primer lugar, $\Delta R^2 = .190$ $p < .001$. Tal como esperábamos, las VT predicen mejor los niveles de temor a la interacción social, de lo que lo hacen las VC.

Los resultados obtenidos para la H2, se aprecian en las tablas 5 y 6; en las que ambos modelos predicen un 46% de la varianza del SPS; pero en el modelo 3 (tabla 5), $\Delta R^2 = .338$ $p < .001$; mientras que en el modelo 4 (tabla 6), $\Delta R^2 = .406$ $p < .001$; de allí que podamos aceptar la H2, en la que pronosticábamos que las VT predicarían, mejor que las VC, los niveles de temor al escrutinio de los demás.

Estos resultados son coherentes con el reconocimiento de la presencia de los procesos transdiagnósticos, como factores etiológicos básicos, inherentes a diferentes psicopatologías, entre ellas el TAS (Hyett & McEvoy, 2018; Mansell & McEvoy, 2017; Spence & Rapee, 2016). Asumir la centralidad de dichos factores en el abordaje del TAS tiene importantes implicaciones.

Tomando en cuenta que la AS es una condición humana, su comprensión y atención tempranas pueden prevenir y evitar el futuro desarrollo del TAS; y la incidencia en las VT incluidas en este estudio, nos permitiría influir de forma preventiva, en elementos potencialmente detonantes del TAS. De cara a futuros estudios, sería oportuno comparar el conjunto de VT propias de diversos contextos geográfico-culturales, y diseñar intervenciones adecuadas según la región.

Referencias bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* (5th. ed). Washington, DC: Author.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*(2), 176–181. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Belloch, A. (2012). Propuestas Para Un Enfoque Transdiagnóstico De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento : *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica, 17*(3), 295–311.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 468–479. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(1), 105–117.

<http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>

- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- English, T., Lee, I. A., John, O. P., & Gross, J. J. (2016). Emotion regulation strategy selection in daily life: The role of social context and goals. *Motivation and Emotion*, (Gross 1998), 1–13. <http://doi.org/10.1007/s11031-016-9597-z>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., ... Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303–1325. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.84.6.1303>
- Hofmann, S. G., Carpenter, J. K., & Curtiss, J. (2016). Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale Development and Psychometric Characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 341–356. <http://doi.org/10.1007/s10608-016-9756-2>
- Hyett, M. P., & McEvoy, P. M. (2018). Social anxiety disorder: looking back and moving forward. *Psychological Medicine*, (1621), 1–8. <http://doi.org/10.1017/S0033291717003816>
- Khawaja, N. G., & Yu, L. N. H. (2010). A comparison of the 27-item and 12-item intolerance of uncertainty scales. *Clinical Psychologist*, 14(3), 97–106. <http://doi.org/10.1080/13284207.2010.502542>
- Koyuncu, A., Ertekin, E., Binbay, Z., Özyıldırım, O., Yüksel, Ç., & Tükel, R. (2014). The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 363–369. <http://doi.org/10.1007/s00406-006-0632-z>
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27–29. <http://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D., & Zald, D. H. (2017). A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychological Bulletin*, 143(2), 142–186. <http://doi.org/10.1037/bul0000069>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](http://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <http://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Mansell, W., & McEvoy, P. M. (2017). A test of the core process account of psychopathology in a heterogenous clinical sample of anxiety and depression: A case of the blind men and the elephant? *Journal of Anxiety Disorders*, 46(file:///Users/mariadrnc/Downloads/hong2014.pdf), 4–10. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.008>
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455–470. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)
- McEvoy, P., Thibodeau, M., & Asmundson, G. (2014). Trait Repetitive Negative Thinking: A Brief Transdiagnostic Assessment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(3), 382–398. <http://doi.org/10.5127/jep.037813>
- McNeil, D. W., & Randall, C. L. (2014). Conceptualizing and Describing Social Anxiety and Its Disorders. In P. Hofmann, S. and Di Bartolo (Ed.), *Social Anxiety* (Third Edit, pp. 3–26). Elsevier. <http://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00001-7>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589–609. <http://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Schreier, S. S., Heinrichs, N., Alden, L., Rapee, R. M., Hofmann, S. G., Chen, J., ... Bögels, S.

- (2010). Social anxiety and social norms in individualistic and collectivistic countries. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1128–1134. <http://doi.org/10.1002/da.20746>
- Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50–67. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 143. <http://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Sternheim, L., Startup, H., & Schmidt, U. (2011). Journal of Anxiety Disorders An experimental exploration of behavioral and cognitive – emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(6), 806–812. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.020>
- Weeks, J. W., Norton, P. J., & Heimberg, R. G. (2009). Exploring the latent structure of two cognitive components of social anxiety: Taxometric analyses of fears of negative and positive evaluation. *Depression and Anxiety*, 26(2), 40–48. <http://doi.org/10.1002/da.20414>
- Wong, Q. J., & Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84–100. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.069>