



# Deusto

Universidad de Deusto  
Deustuko Unibertsitatea  
University of Deusto

Facultad de Psicología y Educación  
Doctorado en Psicología

TESIS DOCTORAL

## **Estilo cognitivo de looming y ansiedad social: Influencias de esquemas disfuncionales y experiencias de maltrato**

---

**Autora**

Zahira González-Díez

**Directoras:**

Dra. Esther Calvete Zumalde

Dra. Izaskun Orue Sola

**Bilbao, 2016**



# **Estilo cognitivo de looming y ansiedad social: Influencias de esquemas disfuncionales y experiencias de maltrato**

---

**Autora**

Zahira González-Díez

**Directoras:**

Dra. Esther Calvete Zumalde

Dra. Izaskun Orue Sola

Doctoranda

Directoras de tesis

Esther Calvete Zumalde

Zahira González-Díez

Izaskun Orue Sola



*“Sé que la vulnerabilidad es el núcleo de la vergüenza, el miedo y de nuestra lucha por la dignidad. Pero también es donde nace la dicha, la creatividad, la pertenencia y el amor, aunque no lo creas, lo que te hace vulnerable también te hace hermoso...”*

*Brené Brown*



## **Agradecimientos**

*La línea de meta no es el final sino el comienzo de un nuevo reto. Una idea que resume a la perfección este instante en el que terminé mi proyecto de tesis doctoral. En ese proceso de transición y cambio es inevitable sentirse extraña, como suspendida en el aire, inmersa en una vorágine contradictoria de sensaciones y sentimientos; incertidumbre, miedo e inseguridad se entremezclan con la satisfacción, alegría y orgullo que aporta cumplir una meta. Sin duda alguna, echando la vista atrás, el sentimiento que prevalece es el de gratitud hacia las vivencias y aprendizajes obtenidos (no solamente académicos) que han formado parte de este proyecto, pero sobretodo gratitud hacia las personas que los hicieron posibles, estuvieron presentes y les dieron sentido.*

*La primera y más especial mención va dirigida, como no podía ser de otra manera, a mis directoras de tesis: Esther Calvete e Izaskun Orue. Casi con toda certeza sé que mis palabras no expresaran como quisiera lo agradecida que les estoy. Gracias Esther por tus consejos, tu apoyo y cariño en momentos complicados, tu generosidad y por haberme dejado formar parte del equipo. Gracias Izaskun por tu comprensión, escucha, paciencia (mucho) y disponibilidad para ayudarme en todo momento. Con toda certeza sé que he sido muy afortunada al teneros cerca, aprender de vosotras y contar con vuestro apoyo, siempre podréis contar conmigo.*

*A mi madre, de ti he heredado la fuerza y el convencimiento para enfrentar la vida como viene y plantarle cara a cualquier adversidad. A mi padre, tan duro en apariencia como vulnerable, de ti aprendí a fijarme más en lo que se quiere decir con hechos y no tanto con palabras. No puedo dejar de agradecer al resto de mi familia, mi abuela, mis primos (los que veo siempre y los que aunque no vea siento cerca) y mi abuelo, que aunque se fue pronto siempre he tenido presente. A todos ellos gracias por comprender mis agobios, soportar mis fallos y alegraros por mis triunfos.*

*Gracias Idoia por tu apoyo, por animarme a emprender este camino y hacerme ver que esa chica de 16 años, impulsiva y abogada de las causas perdidas sería capaz de conseguir lo que se propusiese. Gracias por estar presente todos estos años.*

*Por supuesto gracias a todas las personas que forman y formaron parte de Deusto Stress Research. Han sido muchas las horas compartidas, muchos y muy buenos momentos compartidos, ha sido maravilloso tener la oportunidad de aprender siempre algo de cada una de vosotras. Gracias por esos descansos que a veces parecían terapias grupales, gracias por todo a Ainara, Lucia, Erika, Nerea, Joana, Anik, Julen, Liria e Iratxe, os deseo lo mejor. Gracias a Sofia, amiga desde la universidad, compañera de batallas, y siempre dispuesta a escucharme y a ayudarme. Elena, sin duda ya lo sabes, sino te lo digo yo, gracias por ser como eres y por poner alma en todo lo que haces. A María Cámara y Carlota Las Hayas, por sus consejos, positividad y filosofía de vida.*

*A mis amigas, a las que veo siempre y a las que no tanto como me gustaría, todas aquellas personas que han compartido conmigo momentos y vivencias geniales, viajes y confidencias. Gracias por estar ahí, por aguantar las tempestades y escucharme, por entender mis palabras y lo que es más difícil, mis silencios, y aceptarme como soy. Gracias a Nerea y Ainhoa, por enseñarme a cruzar los puentes cuando se presentan, ni antes, ni después.*

*Gracias a ti que sin nombre ya sabes quien eres, siempre lo has sabido, más tarde o más temprano nos volveremos a encontrar...*

*Por último me gustaría extender mi agradecimiento a todos y a cada uno de los participantes del estudio, los profesores y las instituciones que pusieron los medios materiales y humanos para que este proyecto fuera posible. A la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto, al Gobierno Vasco, al profesor Stefan Hofmann por acogerme durante mi estancia en Boston y a todos los profesionales que han estado presente de una manera u otra en este proceso y me han brindado valiosas oportunidades de cara a mi formación profesional y personal de forma honesta y desinteresada.*

*Gracias a todos por inspirarme y motivarme para hacer que este proyecto haya sido posible, ayudarme a crecer como investigadora y en definitiva por estar ahí. Nos vemos en el camino.*

*Zahira*

*Bilbao, 8 de Julio de 2016*



## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>17</b>
<b>1. LA ANSIEDAD SOCIAL.....</b>	<b>21</b>
1.1. DEFINICIÓN .....	24
1.1.1. <i>Epidemiología, curso y diferencias de género en el trastorno de ansiedad social.</i>	29
1.1.2. <i>Impacto y factores asociados en el trastorno de ansiedad social.</i>	32
<b>1.2. FACTORES DE RIESGO Y PREDICTORES EN LA VULNERABILIDAD COGNITIVA RELACIONADA AL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL .....</b>	<b>37</b>
1.2.1. FACTORES COGNITIVOS EN EL ORIGEN Y MANTENIMIENTO DE LA ANSIEDAD SOCIAL .....	38
1.2.1.1. <i>El procesamiento de la información.</i> .....	38
1.2.1.2. <i>Las creencias centrales en el trastorno de ansiedad social.</i> .....	45
1.2.2. TRATAMIENTO Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA .....	47
1.2.3. EXPERIENCIAS TEMPRANAS Y ANSIEDAD SOCIAL .....	50
<b>1.3. EL MODELO DE VULNERABILIDAD DEL LOOMING.....</b>	<b>52</b>
1.3.1. EL ESTILO COGNITIVO DE LOOMING .....	53
1.3.2. EL ECL Y SUS CONSECUENCIAS EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	55
1.3.3. TIPOS DE LOOMING Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	56
1.3.4. ORÍGENES DEL ESTILO COGNITIVO DE LOOMING .....	57
<b>1.4. LA TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS .....</b>	<b>60</b>
1.4.1. LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS .....	60
1.4.2. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y SU RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA ..	62
1.4.3. RELACIÓN DE LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y LA ANSIEDAD SOCIAL..	63
1.4.4. EXPERIENCIAS TEMPRANAS Y FORMACIÓN DE ESQUEMAS .....	64
<b>1.5. CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN DE PARTE TEÓRICA .....</b>	<b>70</b>
<b>2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>72</b>
2.1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	72
2.2. GARANTÍAS ÉTICAS .....	74
<b>ESTUDIO 1 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DEL ESTILO COGNITIVO DE <i>LOOMING</i> EN JÓVENES ESPAÑOLES .....</b>	<b>77</b>
3.1. RESUMEN .....	79
3.2. INTRODUCTION .....	81
3.3. METHOD.....	83
3.3.1. <i>Participants.</i> .....	83
3.3.2. <i>Instruments.</i> .....	83
3.3.3. <i>Procedure.</i> .....	84
3.4. RESULTS.....	86
3.4.1. <i>Factor Structure.</i> .....	86
3.4.2. <i>Gender differences.</i> .....	88

3.4.3. <i>Correlations among Looming, Anxiety, Social Anxiety, and Depression.</i> .....	90
3.4.4. <i>Internal Consistency.</i> .....	91
3.4.5. <i>Stability of Looming.</i> .....	91
3.5. DISCUSSION.....	93
3.6. ACKNOWLEDGMENTS .....	96
3.7. REFERENCES.....	97

**ESTUDIO 2 EL PAPEL DEL MALTRATO EMOCIONAL Y EL ESTILO COGNITIVO DE *LOOMING* EN EL DESARROLLO DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES ..... 101**

4.1. RESUMEN .....	103
4.2. INTRODUCTION.....	105
4.2.1. <i>Emotional Abuse and Social Anxiety.</i> .....	105
4.2.2. <i>Looming Cognitive Style as a Mediator of the Relationship between Emotional Abuse and Social Anxiety.</i> .....	107
4.2.3. <i>Moderating Role of Gender in the Relationship between Abuse, Social Looming and Social Anxiety.</i> .....	109
4.3. HYPOTHESIS AND OVERVIEW OF THE PRESENT STUDY.....	110
4.4. METHOD.....	111
4.4.1. <i>Participants.</i> .....	111
4.4.2. <i>Procedure.</i> .....	111
4.4.3. <i>Instruments.</i> .....	112
4.5. RESULTS.....	113
4.5.1. <i>Descriptive Analysis.</i> .....	114
4.5.2. <i>Social LCS as a Mediator between Parents' Emotional Abuse, Peer Victimization, and Social Anxiety Symptoms.</i> .....	116
4.6. DISCUSSION.....	122
4.6.1. <i>Clinical implications.</i> .....	124
4.6.2. <i>Strengths, Limitations, and Future Directions.</i> .....	124
4.7. ACKNOWLEDGMENTS .....	126
4.8. REFERENCES.....	127

**ESTUDIO 3 ANÁLISIS DE UN MODELO ESTRUCTURAL DE LAS RELACIONES ENTRE EL ESTILO COGNITIVO DE *LOOMING* Y ANSIEDAD SOCIAL: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE 12 MESES ..... 139**

5.1. RESUMEN .....	141
5.2. INTRODUCTION.....	143
5.3. METHOD.....	149
5.3.1. <i>Participants.</i> .....	149
5.3.2. <i>Measures.</i> .....	149
5.3.3. <i>Procedure.</i> .....	151
5.4. RESULTS.....	151
5.4.1. <i>Descriptive Analyses.</i> .....	151
5.4.2. <i>Schema domains and social anxiety.</i> .....	153

5.4.3. <i>Looming as a mediator of the association among schema domains and social anxiety</i> .....	154
5.5. DISCUSSION.....	156
5.5.1. <i>The Role of schema Domains in the Prediction of Social Anxiety Symptoms</i> .....	156
5.5.2. <i>Mediational role of social looming vulnerability between schema domains and social anxiety</i> .....	158
5.5.3. <i>Strengths, Limitations, and Future Directions</i> .....	159
5.6. ACKNOWLEDGMENTS.....	161
5.7. REFERENCES.....	162
<b>6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES.....</b>	<b>169</b>
6.1 DISCUSIÓN.....	169
6.1.1 <i>Propiedades psicométricas del cuestionario del estilo cognitivo de looming en jóvenes españoles</i> .....	169
6.1.2 <i>El papel del maltrato emocional y el estilo cognitivo de looming en el desarrollo de síntomas de ansiedad social en adolescentes</i> .....	171
6.1.3 <i>El papel del maltrato emocional y el estilo cognitivo de looming en el desarrollo de síntomas de ansiedad social en adolescentes</i> .....	172
6.2. CONCLUSIONES GENERALES.....	173
6.3. IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....	175
6.4. LIMITACIONES, FORTALEZAS Y LÍNEAS FUTURAS.....	176
<b>7. REFERENCIAS GENERALES.....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>213</b>
ANEXO A. LMSQ. ORIGINAL VERSION.....	215
ANEXO B. LMSQ VERSION CASTELLANO.....	219

## ÍNDICE DE TABLAS

### INTRODUCCIÓN

Tabla 1.1. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social del DSM-V.....	28
Tabla 1.2. Descripción de dominios y esquemas (Young et al., 2003).....	66
Tabla 1.3. Estudios sobre esquemas disfuncionales tempranos y ansiedad social.....	69

### ESTUDIO UNO

Tabla 3.1. Diferencias de género en el <i>Looming Maladaptive Style Questionnaire</i> .....	88
Tabla 3.2. Correlaciones entre las variables del estudio.....	90
Tabla 3.3. Correlaciones parciales entre las variables del estudio.....	91
Tabla 3.4. Estabilidad relativa y absoluta de las variables de <i>looming</i> .....	92

### ESTUDIO DOS

Tabla 4.1. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables del estudio.....	114
Tabla 4.2. Diferencias de género entre las variables del estudio.....	115
Tabla 4.3. Cargas factoriales para las variables latentes del estudio en cada medida.....	117

### ESTUDIO TRES

Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos y correlaciones.....	152
---	-----

## ÍNDICE DE FIGURAS

### INTRODUCCIÓN

- Figura 1.1. Modelo cognitivo de ansiedad social (Rapee y Heimberg, 1997).....43
- Figura 1.2. Modelo cognitivo de ansiedad social (Clark y Wells, 1995).....44
- Figura 1.3. Modelo de vulnerabilidad del *looming* (Riskind, Williams y Joiner, 2006)...59

### ESTUDIO UNO

- Figura 3.1. Análisis factorial confirmatorio del *Looming Maladaptive Style Questionnaire*.....87

### ESTUDIO DOS

- Figura 4.1. Modelo mediacional propuesto entre la victimización por parte de iguales, el abuso emocional, *looming* social y ansiedad social.....119
- Figura 4.2. Modelo mediacional propuesto entre la victimización por parte de iguales, el abuso emocional, *looming* social y ansiedad social para chicas y chicos.....121

### ESTUDIO TRES

- Figura 5.1. Modelo mediacional propuesto entre los esquemas disfuncionales tempranos, *looming* social y ansiedad social.....155



## **ESTILO COGNITIVO DE LOOMING Y ANSIEDAD SOCIAL: INFLUENCIAS DE ESQUEMAS DISFUNCIONALES Y EXPERIENCIAS DE MALTRATO**

### **RESUMEN**

El presente trabajo pretende contribuir en el avance del conocimiento del trastorno de ansiedad social a través de las variables cognitivas que confieren vulnerabilidad al desarrollo del mismo.

Para ello, esta investigación se propone analizar las contribuciones que dos modelos de vulnerabilidad cognitiva, el modelo de terapia de esquemas (Young, Young, Klosko y Weishaar, 2003) y el modelo de vulnerabilidad de looming (Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak y Cortina, 2000), aportan al trastorno de ansiedad social de manera conjunta. Además, otro de los objetivos de este trabajo es examinar el papel que tienen las experiencias de maltrato emocional por parte de padres e iguales en el desarrollo del estilo disfuncional de looming, al igual que otros estudios han hecho con la terapia de esquemas y comprender cuales son los mecanismos mediadores de la relación entre abuso emocional y ansiedad social. Para la consecución de estos objetivos la presente Tesis Doctoral se compone de tres trabajos empíricos, cada uno de los cuales aborda diferentes cuestiones de estos objetivos.

La tesis se divide en ocho secciones. A continuación se expone un breve resumen de dichas secciones:

La primera sección comienza con una aproximación teórica al trastorno de ansiedad social, empezando por su definición, criterios diagnósticos, prevalencia, edad

de aparición, consecuencias y diferencias de género. A continuación se exponen los modelos cognitivos tradicionales, base fundamental en el estudio y comprensión de la ansiedad social y sobre la que parten modelos más recientes, así como su contribución al estudio de ansiedad social. Esta sección finaliza con unas breves conclusiones que integran lo expuesto hasta el momento en esta sección.

La sección dos presenta de manera detalla los objetivos e hipótesis generales de la tesis. Seguidamente, las secciones tres, cuatro y cinco se componen de los estudios empíricos publicados, y, en último lugar, la sección seis muestra la discusión general de los estudios presentados en el presente trabajo, seguido de las conclusiones generales e implicaciones prácticas de los hallazgos. En este apartado se exponen además las limitaciones, fortalezas de este trabajo y posibles líneas futuras de este estudio. Para finalizar se incluye una sección con las referencias bibliográficas utilizadas en la introducción general teórica. Por último se presentan los cuestionarios utilizados en los estudios.

Los estudios de la presente Tesis Doctoral se presentan a través de los siguientes artículos:

**González-Díez, Z.,** Orue, I., Calvete, E. y Riskind, J.H. (2014). Psychometric properties of the Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ) in young Spanish adults. *Psicothema*, 26, 260-266. doi:10.7334/psicothema2013.20

**González-Díez, Z.,** Orue, I. y Calvete, E. (2016). The role of emotional maltreatment and looming cognitive style in the development of social anxiety symptoms in late adolescents. *Anxiety, Stress & Coping*, 1-13. doi:10.1080/10615806.2016.1188920

**González Díez, Z.,** Calvete, E., Riskind, J.H. y Orue. I. (2015). Test of an hypothesized structural model of the relationships between cognitive style and social anxiety: A 12 month prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 59-65. doi:10.1016/j.janxdis.2014.12.014



## **1. LA ANSIEDAD SOCIAL**

Resulta complicado recordar momentos vitales importantes en los que las relaciones personales y sociales no hayan estado presentes de una manera u otra. Nuestro aprendizaje y desarrollo está estrechamente vinculado a las relaciones que vamos estableciendo a lo largo de nuestra vida, primero con nuestra familia y después, especialmente durante la adolescencia, con nuestra propia red social compuesta por amigos y compañeros, tanto en el ámbito académico como laboral. Gracias a estas relaciones, muchas de nuestras necesidades de afiliación, reconocimiento y autorrealización, entre otras muchas, se ven satisfechas (Maslow, 1943). De cara a nuestro desarrollo, nuestra habilidad y éxito a la hora de establecerlas y desarrollarlas se traduce en un éxito social altamente deseado y valorado hoy en día. Contar con relaciones significativas se vincula a un buen ajuste psicológico y a una mejor calidad de vida, mientras que lo contrario puede provocar una sensación de fracaso que, de permanecer un tiempo, puede desembocar en una peor salud mental y física (Aderka et al., 2012; Gilbert, 2001). Desde un punto de vista evolutivo, la afiliación ha adquirido en la actualidad valor de supervivencia (Gilbert, 2001). Conscientes de la importancia e influencia que puede tener la opinión de los demás, es en ocasiones comprensible que las personas sientan algunos estados o síntomas de ansiedad en algunas situaciones sociales, como por ejemplo cuando conocen a un grupo nuevo de gente, tienen que hablar en público o ser asertivas y exponer sus derechos y necesidades personales. Los síntomas de ansiedad social pueden surgir en determinados momentos o situaciones puntuales, es decir, ser un comportamiento puramente adaptativo que no impide responder de manera adecuada a la mayoría de las situaciones, o sin embargo resultar tan frecuentes y acusados que hacen muy complicado tener un funcionamiento adecuado. Su presencia continuada perjudica la capacidad de adaptación de una persona a la situación, lo que hace que se sobrepase la línea que separa la experimentación de cierta incomodidad y se convierta en algo realmente

insoportable, lo que provoca respuestas disfuncionales que impactan negativamente en la vida de la persona y le impiden completar satisfactoriamente sus metas y objetivos (Epkins y Heckler, 2011; Kashdan et al., 2013).

El grado de importancia y prioridad que se da a las relaciones sociales varía a lo largo del ciclo vital. Partiendo de que en cualquier etapa esa importancia es elevada, esta alcanza su máximo nivel durante la adolescencia (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas, 2008). Esta etapa se caracteriza por ser una época de autoconocimiento y desarrollo crucial en la que las demandas crecen paulatinamente a varios niveles y desde diferentes ámbitos, a nivel familiar y social, en los que el éxito social se valora muy positivamente (Botella, Baños y Perpiñá, 2003). Además, es una época en la que aumenta la independencia y autonomía (Goodwin, Mrug, Borch y Cillessen, 2012; Pace, Cacioppo, Cascio, Guzzo y Passanisi, 2016), lo que se refleja en cómo y con quien los adolescentes se relacionan y obtienen soporte emocional. Hasta ese momento, los padres eran el principal recurso de socialización y apoyo social, pero durante la adolescencia ese papel lo toman los iguales y la red social que los adolescentes empiezan a establecer (Furman, McDunn y Young, 2009). De ahí que la importancia que se le da a las mismas y la necesidad de aceptación crezcan exponencialmente, al mismo tiempo que lo hace el miedo al rechazo. Es además un periodo en el que los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales se combinan con la ocurrencia de muchas situaciones novedosas y en el que, a la misma vez, las herramientas importantes que tienen que ver con el afrontamiento de las mismas aún están aprendiéndose (Persike y Seiffge-krenke, 2012). Todo ello conlleva un enorme estrés y vulnerabilidad que puede influir negativamente en la salud mental de la persona (La Greca y Harrison, 2005).

Experimentar síntomas de ansiedad social puede provocar que el adolescente se sienta diferente, raro o menos válido que el resto, provocando sentimientos negativos y de incompetencia elevados en comparación con su entorno a la hora de establecer relaciones

significativas. Esto se traduce en un alto nivel de sufrimiento que condiciona su ajuste psicológico posterior además de la manera en la que la persona se relacionará con los demás a lo largo de su vida.

Gracias a los modelos cognitivos, que han puesto énfasis en analizar el papel que tiene la manera en la que interpretamos el mundo en el desarrollo de la psicopatología, han surgido modelos explicativos sobre la ansiedad social (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997) que han supuesto la base para el desarrollo de una importante cantidad de investigación al respecto, permitiendo conocer qué elementos son los implicados en su aparición y mantenimiento.

Además de conocer estos factores, es necesario conocer cómo se relacionan entre sí y estudiar cuál es el origen de los mismos de cara a su mejor comprensión y a una visión global del trastorno mucho más enriquecedora y útil. Es decir, se debe profundizar en conocer cuáles son las creencias y experiencias vitales previas, y cómo estas se relacionan con estos factores, dando lugar a la existencia de vulnerabilidad al padecimiento de síntomas de ansiedad social. Solo de esta manera seremos capaces de reducir el impacto negativo de los mismos mediante el desarrollo de tratamientos y estrategias de prevención más eficientes.

Para ello el presente trabajo se centra en dos modelos de vulnerabilidad cognitiva relativamente recientes que han sido investigados por separado: la terapia de esquemas (Young, Klosko y Weishaar, 2003) y el modelo de vulnerabilidad del looming (Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak y Cortina, 2000). Además de las aportaciones que cada uno de ellos realiza al conocimiento de la ansiedad social, este trabajo expone como estos modelos se relacionan, ofreciendo así un modelo más integrador del funcionamiento cognitivo en personas con ansiedad social, teniendo en cuenta además las experiencias sociales, en concreto las experiencias de maltrato emocional importantes en su formación.

## **1.1. DEFINICIÓN**

El trastorno de ansiedad social encuentra su definición más actual en el DSM-5 (American Psychiatric Association; APA, 2013). Consiste en la presencia de un miedo o ansiedad elevada ante situaciones sociales en las que la persona se siente sometida al escrutinio o evaluación por parte de los demás. El miedo principal se focaliza en la evaluación negativa por parte de los demás. Por eso, la persona teme que actuará de modo inadecuado o que el mostrar síntomas de ansiedad provocará una evaluación negativa, razón por la cual es probable que la persona evite muchas situaciones sociales para evitar así el malestar ocasionado.

El trastorno de ansiedad social es un trastorno complejo, cuya definición ha sido objeto de constantes revisiones gracias al trabajo realizado por investigadores y clínicos. Esto se refleja en sus características definatorias y en sus criterios diagnósticos. Es importante exponer los cambios realizados en esta edición del DSM que surgen como respuesta a los problemas a los que investigadores y clínicos de la ansiedad social se han enfrentado en los últimos años. Desde la primera delimitación operativa, proporcionada por Marks y Gelder en 1966, en la que proponían una nueva categoría diagnóstica y clínica, y su primera aparición en el DSM-III (APA, 1980) hasta llegar a la definición actual han sido varios los cambios realizados (Bögels et al., 2010). En versiones anteriores del DSM, la ansiedad social era denominada fobia social (APA, 2000), y la etiqueta de trastorno de ansiedad social era usada de manera secundaria. Una de las razones principales del cambio reside en la diferenciación respecto a las características de la fobia simple, resaltando su condición transversal y altamente incapacitante (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers y Stein, 2000). De esta manera, se pone de manifiesto la complejidad del trastorno lo que sirve de ayuda para una mejor comprensión del mismo. Algunas investigaciones ponen de manifiesto la importancia

que tiene una correcta terminología puesto que influye de manera directa en la percepción que tiene la persona respecto a su problemática y la necesidad o no de buscar ayuda (Heimberg et al., 2014). Algunos de los síntomas y características asociados al trastorno de ansiedad social han provocado un gran debate respecto a su relación con otros trastornos, así como sus diferencias y criterios clínicos que delimitan de manera clara cuál es la línea que separa la ansiedad social clínica de la que no lo es. Los estudios sugieren que la ansiedad social existe en un continuo que va desde la ausencia de miedos, hasta miedos más intensos e incapacitantes (Crome y Baillie, 2014). Diferentes autores señalan que las consecuencias negativas del padecimiento de estos síntomas puede tener gran peso en la vida de la persona a pesar de no tener un diagnóstico de ansiedad social (Belzer, Mckee y Liebowitz, 2005; Fehm, Beesdo-Baum, Jacobi y Fiedler, 2008).

La humillación o vergüenza constituye la manifestación de un miedo muy vinculado a la ansiedad social que puede darse en situaciones en las que la persona se siente observada, en las que tiene que hacer algo (p. ej. Hablar en público) o tiene que relacionarse con los demás. Se constató que este criterio era incompleto al observar que muchas personas mostraban un elevado nivel de estrés en situaciones sociales que suponían un deterioro claro en su calidad de vida a pesar de ser conscientes de que la humillación o burla no ocurriría. El miedo a la evaluación negativa pasa en esta nueva definición a ser el miedo principal gracias a los avances realizados al respecto que han tenido como base los modelos de Clark y Wells (1995) y Rapee y Heimberg (1997).

El DSM-5 pone énfasis en el juicio del clínico más que en el reconocimiento por parte del paciente de que su miedo es irracional. Teniendo en cuenta los sesgos que existen en dichas personas ya que en ocasiones el paciente tiende a subestimar la calidad de sus interacciones y sobreestimar la probabilidad de que se den consecuencias negativas, y estar

sesgado (Bögels et al., 2010). La Tabla 1.1 muestra los criterios actuales del DSM para el diagnóstico de ansiedad social (APA, 2013).

Por otra parte, una de las grandes controversias respecto al concepto de ansiedad social se encontraba en la separación de subtipos que se hacía hasta el momento. La diferenciación consistía en ansiedad social simple y ansiedad social generalizada bajo el criterio “El miedo incluye la mayor parte de situaciones”. La dificultad venía en delimitar cuando esta era generalizada puesto que no era un criterio claro, sujeto en ocasiones a la subjetividad del investigador o clínico. Diversas investigaciones realizadas con adolescentes españoles exponen la dificultad en cuanto a la diferenciación de subtipos concluyendo que esta es más bien cuantitativa, es decir, situando el trastorno de ansiedad en un continuo de gravedad ordenado de menor a mayor gravedad y centrándose en el número de situaciones temidas más que en las características de las mismas (García-López, 2007; Zubeidat, Sierra y Fernández-Parra, 2007). Lo anterior se reflejó en el DSM-IV-R, que se caracterizó por no marcar unas directrices claras que explicitasen la distinción entre ansiedad social específica y generalizada. En el DSM-5 se ha optado por sustituir la etiqueta generalizada por “ansiedad de actuación” si esta se aplica solamente a hablar o actuar en público. Esta decisión se basa en que este tipo de ansiedad es etiológicamente diferente. En el caso de este tipo de ansiedad la edad de aparición es posterior, la respuesta fisiológica es mucho más pronunciada y la respuesta al tratamiento es diferente. Su aparición no se vincula directamente a rasgos de la personalidad como la timidez o la inhibición conductual. En la mayor parte de los casos este tipo de ansiedad está circunscrita a un hecho traumático determinado (Blöte, Kint, Miers y Westenberg, 2009).

En cualquier caso, el trastorno de ansiedad social es un fenómeno complejo que no se caracteriza por la presencia o ausencia total del mismo. El hecho de no cumplir criterios diagnósticos no debe hacernos pensar que la gravedad y la afectación en la vida diaria sea

menor. Existen niveles de ansiedad social que, sin llegar a constituir parte de un criterio diagnóstico generan deterioro y consecuencias negativas en la vida de una persona (Crome, Baillie, Slade y Ruscio, 2010; Fehm et al., 2008; Knappe et al. 2009).

Lo cierto es que, además de conocer las definiciones actuales, la investigación relativa al trastorno de ansiedad social se ha interesado por identificar cuáles son los factores que influyen tanto en su origen como en su mantenimiento. De ahí ha surgido la necesidad de disponer de modelos explicativos que incluyan los elementos que son importantes en la aparición y mantenimiento del trastorno, tanto los que se dan en el momento actual (p. ej. sesgos en el procesamiento de la información) como los que se originan antes de que el trastorno ocurra para lograr comprender mejor las diferencias existentes además de captar su complejidad y problemas asociados.

Tabla 1.1. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social DSM-5.

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

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

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

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

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

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

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. 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 relacionado es excesiva.

### **1.1.1. Epidemiología, curso y diferencias de género en el trastorno de ansiedad social.**

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por ser uno de los trastornos más predominantes con unas tasas que se sitúan entre el 6.7 y 12.1% (Caballo, Salazar, Iurrtia, Arias y Hofmann, 2012; Kessler et al., 2005; 2012; Ruscio et al., 2008). Es uno de los trastornos más prevalentes en población clínica, tanto en adultos como jóvenes (Burstein, Ameli-Grillon y Merikangas, 2011; Fehm et al., 2008; Merikangas et al., 2010; Ruscio et al., 2008). Además, según diversos estudios, en torno a un 6 y un 13% de la población general cumplirá en algún momento de su vida los criterios diagnósticos de ansiedad social (Beesdo-Baum et al. 2007; Fehm, Pelissolo, Furmark y Wittchen, 2005; Kessler et al., 1994). De manera general, los estudios epidemiológicos tienden a subestimar la importancia que tienen los niveles subclínicos en este trastorno (Epkins y Heckler, 2011). Además, una de las dificultades añadidas, especialmente durante adolescencia, es que los síntomas de ansiedad social pueden confundirse o camuflarse bajo otras condiciones, como por ejemplo con rasgos de timidez propios de la etapa, lo que puede causar una infravaloración de dicha problemática y dificultar su detección y correcto tratamiento. Es por ello que se hace necesario contar con modelos explicativos orientados a conocer sus características y diferencias respecto a estas condiciones (García-López, Piqueras, Diaz-Castela e Inglés, 2008). Puesto que la diferenciación no es sencilla, uno de los criterios que debe prevalecer es el nivel de afectación que suponga para la persona. Una cantidad importante de adolescentes y jóvenes adultos informaron de miedos sociales que, a pesar de que no cumplían criterios suficientes para el diagnóstico de ansiedad social, eran muy parecidos a los informados por personas diagnosticadas con el trastorno y generaban los mismos costes emocionales, sociales y económicos directos e indirectos (Acarturk et al., 2009) y se asociaron con niveles altos de deterioro y comorbilidad (Fehm et al., 2008). Las diferentes tasas de prevalencia observadas se explican en la mayor parte de los casos por diferencias procedimentales y metodológicas,

como ya se ha mencionado, aunque es cierto que en muchos casos las diferencias culturales tienen un enorme peso en cuanto a la tolerancia de la inhibición social (McGinn y Newman, 2013). El porcentaje manejado en este trastorno ha variado a lo largo de diferentes estudios dependiendo de la muestra y la metodología utilizada, además de los criterios diagnósticos utilizados que en su mayoría han sido los pertenecientes al DSM-IV-TR (APA, 2000). Un estudio reciente con muestra clínica de personas con un diagnóstico de ansiedad sitúan a la ansiedad social como uno de los trastornos de ansiedad más comunes, con un 18.8% (Bernaldo de- Quirós et al., 2012). Los resultados muestran que el trastorno de ansiedad social es mayor en países desarrollados (6.1%) que en países en vías de desarrollo (2.1%), aunque las situaciones sociales temidas son similares en todas las culturas (Bernaldo de- Quirós et al., 2012; McGinn y Newman, 2013).

Como se ha apuntado con anterioridad, este trastorno tiene una prevalencia elevada entre la población infantil y adolescente. En nuestro país, la tasa de prevalencia es similar a los estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial con población general procedentes de diversas culturas, situándose en un rango que va desde el 5.5% (García-López, Díaz-Castela, Muela-Martínez y Espinosa-Fernández, 2014) y el 12.06% en adolescentes (Inglés et al., 2008). Los datos sobre este trastorno en población adulta y adolescente indican que se trata de un trastorno cuyo curso es crónico y estable, que de no ser tratado provoca que sus síntomas no solo no remitan con el paso del tiempo sino que se fijan, afectando cada vez a un mayor nivel y en diferentes ámbitos de la vida de la persona (García-López, 2007; Kessler et al., 2005).

La mayor parte de los estudios epidemiológicos sitúan el rango de edad para la aparición de ansiedad social entre los 12 y 16 años (Beesdo-Baum et al., 2007; Inglés et al., 2010; Kessler y Wang, 2008, Knappe, Sasagawa y Creswell, 2015) y raramente aparece

después de los 25 años (Faravelli et al., 2000; Grant et al., 2005), no mostrando diferencias de género respecto a la edad de aparición (McLean, Asnaani, Litz y Hofmann, 2011). Su aparición confluye en un periodo sumamente importante de aprendizaje y autoconocimiento lleno de cambios en cuanto a las relaciones que establecen con su entorno en el que se fijan las bases en muchas facetas personales y sociales, en los que la necesidad de aceptación y pertenencia es elevada (Schimmenti, Passanisi, Gervasi, Manzella y Fama, 2014). No es extraño entonces que sea uno de los trastornos psicológicos más comunes en la adolescencia y juventud temprana (Inglés et al., 2010; Tillfors y Furmark, 2007).

El hecho de que este trastorno aparezca en esta edad hace que sean necesarios modelos e intervenciones concretas en este periodo (Merikangas et al., 2010). Entre las situaciones que más ansiedad provocan entre los jóvenes están las de hablar en público (11%), ser observados por otros (9.7%), estar en una situación vergonzosa (9.3%) y ser rechazados (9%) (García-López et al., 2008).

#### ***1.1.2.1. Diferencias de género en el trastorno de ansiedad social.***

La mayor parte de estudios epidemiológicos señalan las diferencias de género existentes en dicho trastorno (Gren-Landell et al., 2009; McLean et al., 2011). Muchos estudios prueban que el género juega un papel muy importante en el desarrollo de la ansiedad social, siendo las mujeres las que exhiben mayor puntuación que los hombres (Caballo et al., 2015; Inglés, La Greca, Marzo, García-López y García-Fernández, 2010; Xu et al., 2012). Además de más prevalente, el trastorno de ansiedad social es más incapacitante para las mujeres (Mclean et al., 2011; Yonkers, Dyck y Keller, 2001). Diferentes estudios exponen que las mujeres con trastorno de ansiedad muestran un número mayor de miedos que los hombres con la misma condición y que además, estos miedos se relacionan, en mayor medida con situaciones laborales (Caballo et al., 2015; Olivares, Piqueras y Alcázar, 2006). Esto

puede explicar que la tasa de desempleo de las mujeres con ansiedad social sea más elevada en relación a la de los hombres con ansiedad social. Asimismo, la probabilidad de ataques de pánico provocados por los síntomas de ansiedad social es mayor en mujeres que en hombres (Xu et al., 2012). Parece ser que estas diferencias ya se dan durante la adolescencia. Un estudio realizado en esta población concluyó que las chicas muestran mayores niveles de ansiedad social que los chicos, aunque no existen diferencias en el tipo de situaciones temidas en ambos sexos como por ejemplo hablar en público, sentirse observados o ser rechazados. Estos miedos reflejan la necesidad de los adolescentes de ser aceptados y valorados por su entorno (García-López, Inglés y García Fernández, 2008; Zubeidat et al., 2008).

### **1.1.2. Impacto y factores asociados en el trastorno de ansiedad social.**

El hecho de que las relaciones sociales estén presentes en la mayoría de las dimensiones de la vida de una persona hace que el padecimiento de síntomas de ansiedad social tenga un impacto importante en la vida de una persona (Beesdo-Baum, Knappe y Pine, 2009). El deterioro ocasionado y la disminución en la calidad de vida dependerá de la gravedad de los síntomas, de las áreas de funcionamiento afectadas, de la edad de aparición, del tiempo que estos síntomas han estado presentes y de la presencia de comorbilidad (Aderka et al., 2012). En este sentido, una edad de aparición más temprana provoca una afectación de un mayor número de áreas debido al curso fijo y continuado de sus síntomas, sobre todo en ausencia de tratamiento. La aparición del trastorno también se relaciona con la presencia de comorbilidad. El inicio de síntomas de ansiedad social antes de los 14 años se relaciona con un mayor riesgo en el desarrollo de trastornos comórbidos (Chartier, Walker y Stein, 2003; Koyuncu et al., 2015). La presencia de otros trastornos provoca que los efectos

de los síntomas de ansiedad social sean mayores dificultando el abordaje psicológico del mismo y aumentando el sufrimiento.

Las repercusiones se extienden a nivel personal, social y académico y/o laboral. A nivel personal, el trastorno de ansiedad social afecta al plano fisiológico (p. ej., rubor, sudoración, temblores, mareos y taquicardias), cognitivo (p. ej., pensamientos negativos, miedo a manifestar su ansiedad, ser criticado, tener la creencia de que es peor que el resto, que es más débil, autoimagen negativa) conductual (p.ej., evitación conductual, tartamudeo, quedarse paralizado) y emocional (p.ej., angustia, preocupación, sentimiento de culpa) (Aderka et al., 2012; Kashdan et al., 2013).

A nivel emocional, el trastorno de ansiedad social influye en la regulación emocional de la persona, con una tendencia más acentuada a la no expresión de emociones negativas ni positivas (Kashdan et al., 2013). Otros aspectos como la autoestima y el autoconcepto también se ven afectados (Delgado, Ingles y García-Fernández, 2014; Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz, 2016; Zubeidat et al., 2008). La ansiedad social puede derivar en otra problemática como el aislamiento social, trastornos de depresión, comportamientos antisociales o dependencia y abuso de sustancias y alcohol (Buckner et al., 2008; Zimmermann et al., 2003). Algunos estudios han situado el padecimiento de la ansiedad como un predictor importante a tener en cuenta en el desarrollo de depresión mayor y abuso de sustancias (Zaider, Heimberg y Lida, 2010; Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas, 2007). El trastorno de ansiedad social presenta una alta tasa de comorbilidad con tasas que se sitúan entre el 70% y el 90% en especial entre los jóvenes (Beesdo-Baum et al., 2009).

A medida que van aumentando los síntomas también lo hacen los costes indirectos a través de las repercusiones que se dan en el ámbito social, académico y laboral. Con el objetivo de evitar la angustia y sufrimiento generado por las situaciones sociales la persona

tiene una tendencia acusada a evitar situaciones en la medida de lo posible, en un intento por manejar la situación (Caballo, Salazar, Irurtia, y Guillén, 2010; Kashdan et al., 2013; Tillfors y Furmark, 2007). Este comportamiento evitativo se hace con el objetivo de aminorar la sensación de ansiedad momentáneamente, aunque, al mismo tiempo, es uno de los principales elementos que mantienen y refuerzan los síntomas de ansiedad a largo plazo. La adolescencia constituye un momento evolutivo clave en el autoconocimiento y aprendizaje a nivel académico y social (Delgado et al., 2014). No es extraño que uno de los ámbitos en los que los efectos de la ansiedad social pueden ser más perjudiciales sea precisamente el ámbito académico (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen y Marttunen, 2009) destacando el bajo rendimiento o incluso el abandono escolar en los casos más extremos, condicionando de alguna manera su aprendizaje y correcto desarrollo en cuanto a su nivel educativo (Bruch, Fallon y Heimberg, 2003; Moitra, Beard, Weisberg, y Keller, 2011). En muchas ocasiones el aprendizaje y el avance, tanto en el ámbito académico como en el laboral, lleva implícita la interacción con personas desconocidas así como la necesidad de llevar a cabo comportamientos asertivos, con conductas expuestas a la evaluación por parte de los demás (Moitra et al., 2011; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Muller, y Liebowitz, 2000). Por ello el trastorno de ansiedad social también puede tener repercusiones en el ámbito laboral en forma de baja productividad y/o absentismo laboral (Acarturk et al., 2009, Stuhldreher et al., 2014).

Paradójicamente, aunque los comportamientos evitativos propios de la ansiedad social vayan encaminados a evitar un posible rechazo social, estos pueden ser interpretados como un exceso de recelo personal y falta de reciprocidad en las relaciones cercanas (Inglés, Delgado, García-Fernández, Ruíz Esteban y Díaz-Herrero, 2010; Van Zalk, Van Zalk, Kerr y Stattin, 2011). Esto se traduce en falta de aceptación social, lo que provoca de alguna manera la validación de las creencias que originaron ese miedo y que se expondrán más adelante. Otras de las consecuencias trascienden a las habilidades sociales. Un estudio concluyó que en

comparación con los adolescentes que no padecían ansiedad social, los adolescentes con síntomas de ansiedad social muestran un desempeño de habilidades sociales más bajo (Beidel et al., 2014). Sin embargo, no existe consenso suficiente respecto a la dirección de esta relación. Algunos estudios argumentan que el nivel más bajo en cuanto a la existencia de habilidades sociales surge como una de las consecuencias derivadas del padecimiento del trastorno, mientras que otros argumentan que la falta de habilidades sociales es un factor de riesgo para el desarrollo de la ansiedad social (Caballo et al., 2014; Erath, Flanagan y Bierman, 2007; Siegel, La Greca y Harrison, 2009). En este sentido, esto pone de manifiesto que algunas de las consecuencias del padecimiento de ansiedad social pueden conceptualizarse al mismo tiempo como factores de riesgo para la aparición del trastorno. Es decir, existe un solapamiento entre consecuencias y factores de riesgo que dificulta en muchas ocasiones la clara delimitación de los mismos. Esto puede deberse, por una parte a la falta de estudios longitudinales centrados en muestras compuestas de adolescentes. Otro ejemplo de esto se encuentra en la relación existente entre acoso y victimización con los síntomas de ansiedad social. Por una parte, las situaciones de victimización, en combinación con aspectos como una competencia social autopercibida más baja y la baja aceptación, pueden actuar como factores de riesgo en la aparición de trastornos de ansiedad social (Miers, Blote, de Rooij, Bokhorst y Westenberg, 2013). Y por otra, es posible, tal y como señalan algunos estudios, que las relaciones de acoso por parte de los demás ocurran como consecuencia de los síntomas y conductas de ansiedad (Acquah, Topalli, Wilson, Junttila y Niemi, 2015). Es por ello que, conscientes de esta complejidad, algunos estudios concluyen que en el caso de la victimización y la ansiedad social las consecuencias y los factores de riesgo se solapan y no sea sencilla su diferenciación (Caballo, Arias, Calderero, Salazar e Irurtia, 2011; Calderero, Salazar y Caballo, 2011; García-López, Irurtia, Caballo y Díaz-Castela, 2011; Ranøyen, Jozefiak, Wallander, Lydersen y Indredavik, 2014).

La información referida a la prevalencia de este problema indica que su diagnóstico tiende a disminuir con la edad y los casos de remisión espontánea son escasos (Bruce et al., 2005; Inglés, La Greca, Marzo, García-López y García-Fernández, 2010; García-López et al., 2008; Ranta et al., 2009; Sibrava et al., 2013). La tasa de remisión en una muestra de adolescentes o jóvenes es de 15.1% (Beesdo-Baum et al., 2012). Aunque existen casos en los que las personas con ansiedad social se reponen de los síntomas, un 80% de las personas con ansiedad social no reciben tratamiento, situándose la media de edad a la que acceden a su primer tratamiento entorno a los 27 años de edad (Grant et al., 2005). Solo una pequeña parte de las personas que padecen ansiedad social buscan tratamiento por este motivo (Nordgreen et al., 2012). La principal razón por la que se demanda ayuda se encuentra en que las consecuencias derivadas de la ansiedad social se tornan insoportables (Dalrymple y Zimmerman, 2011) siendo los hombres los que acuden con mayor probabilidad que las mujeres, aunque como ya se ha mencionado para las mujeres supone un nivel incapacitante mayor (McClean et al., 2011; Ramsawh, Weisberg, Dyck, Stout y Keller, 2011).

Por todo lo expuesto hasta el momento la adolescencia constituye el periodo ideal para el análisis de modelos que expliquen cuáles son los factores de vulnerabilidad y diseñar intervenciones tempranas dirigidas a la prevención del desarrollo de la problemática relacionada con el trastorno de ansiedad social.

## **1.2. FACTORES DE RIESGO Y PREDICTORES EN LA VULNERABILIDAD COGNITIVA RELACIONADA AL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL**

Los factores de riesgo en el desarrollo de la ansiedad social son variados, como por ejemplo factores genéticos y estructuras cerebrales (Kimbrel, 2008; Scaini, Belotti y Ogliari, 2014) o variables y estilos de personalidad como el neuroticismo, la inhibición comportamental o el rasgo de timidez (Rapee y Spence, 2004; Schmidt y Riniolo, 1999). Algunos autores señalan que estos factores por si mismos no explican la aparición del trastorno, y que la contribución de los mismos al desarrollo del trastorno se comprende mejor si tenemos en cuenta además los factores ambientales, en concreto las relaciones parentales y con iguales (Rapee y Spence, 2004).

Los modelos cognitivos argumentan que las personas que desarrollan ansiedad tienen un estilo cognitivo basado en la existencia de esquemas distorsionados que guían el procesamiento de la información (Beck et al., 1985) y que estos son los causantes de la aparición y desarrollo de estos síntomas (Dozois y Beck, 2008).

La manera en la que pensamos influye sin duda en cómo vivimos nuestras experiencias, las emociones que las acompañan y, en definitiva, la manera en la que nos sentimos. Los modelos cognitivos han cobrado vital importancia en las últimas décadas debido a su utilidad para explicar los factores implicados en la aparición y mantenimiento de un gran número de trastornos psicológicos, así como para desarrollar estrategias de intervención y tratamiento eficientes (Chambless y Ollendick, 2001; Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001; Stewart, Chambless y Baron, 2012).

### **1.2.1. Factores cognitivos en el origen y mantenimiento de la ansiedad social**

Sin duda, el enfoque cognitivo ha tenido una gran influencia en el estudio y explicación de la psicopatología en general y del trastorno de ansiedad social en particular (Hofmann, 2007) aportando multitud de elementos sobre los que trabajar a nivel clínico e investigador. A partir de este enfoque se encuentran muchas intervenciones utilizadas en el abordaje de este trastorno (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012). A continuación se describen dos de los elementos principales para su comprensión, el procesamiento de la información y los esquemas.

#### **1.2.1.1. El procesamiento de la información.**

Son muchos los modelos propuestos basados en este enfoque, comenzando por el modelo propuesto por Beck et al (1985) sobre el que se fundamentaron modelos esenciales en la explicación de la ansiedad social, como el de Clark y Wells (1995) (Fig. 1.1) y el de Rapee y Heimberg (1997) (Fig. 1.2). Ambos modelos suponen la base teórica a partir de la cual han surgido gran número de investigaciones que han supuesto un importante avance en el conocimiento y tratamiento del trastorno de ansiedad social (Schultz y Heimberg, 2008). Estos modelos cuentan con más similitudes que diferencias, las cuales tienen que ver principalmente con la importancia que cada uno de los modelos da a un elemento u otro. En cuanto a las similitudes, ambos modelos resaltan el papel de los procesos atencionales. Estos son activados cuando ocurre una situación social. Su papel es el de identificar elementos amenazantes, algo propio de las personas con ansiedad social. Sin embargo, aunque los dos modelos comparten la existencia de sesgos atencionales, difieren en cuál es el foco de los mismos. Clark y Wells (1995) exponen que el sesgo atencional principal consiste en que la persona centra toda su atención en los elementos internos de la experiencia que hacen que la persona no sea capaz de atender las reacciones reales de los demás. Así, focalizan su atención

en las emociones negativas, sensaciones físicas y pensamientos negativos que están experimentando en ese instante, limitando su capacidad de atención en el exterior y sesgando su evaluación (Heeren, Mogoşe, Philippot y McNally, 2015, Norton y Abbott, 2016; Stopa y Waters, 2005). El propósito es que se da una necesidad acuciante de controlar y valorar todas sus reacciones (Morrison y Heimberg, 2013) con la intención de evitar en última instancia valoraciones o respuestas negativas (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2007). Por otra parte, el excesivo foco en sí mismos puede provocar el rechazo social que se pretende evitar (Inglés et al., 2010) (p.ej., evitar el contacto ocular puede interpretarse como falta de interés, estar muy atento a lo que pienso me hace estar menos atento a lo que la otra persona dice). Esto además puede provocar el efecto contrario al deseado, puesto que la atención en sí mismos, impide poner atención en detalles importantes de la interacción social, que pueden ser percibidos como falta de interés, apatía y enfado por parte del interlocutor (Hofmann, 2007).

Por su parte, Rapee y Heimberg (1997) argumentan que, aunque el incremento de la atención a los elementos internos de la experiencia crezca como respuesta al incremento de la ansiedad durante la interacción, la persona también centra su atención a los elementos externos en ese momento, en búsqueda de señales amenazantes o evaluativas (Heimberg, Brozovich y Rapee, 2010). De esta manera, el modelo de Rapee y Heimberg describe un proceso más interactivo, en el que los elementos amenazantes internos y externos se retroalimentan (Schultz y Heimberg, 2008). Este modelo expone además que no solo existen creencias disfuncionales en relación a uno mismo sino también en los demás (Heimberg et al., 2010).

Otra de las similitudes se encuentra en que ninguno de los modelos considera que la falta de habilidades sociales sea algo universal en la aparición del trastorno, dando mayor relevancia a la existencia de pensamientos negativos y conductas de seguridad como

responsables de generar la impresión de esa falta de habilidades. Además, otros autores (Moscovitch, 2009; Moscovitch y Hofmann, 2007) argumentan que mucho más importante que la falta o no de habilidades es la percepción que la persona tiene sobre las mismas y es esta percepción la que tiene un papel determinante. Es decir, se puede dar el caso en el que las habilidades sociales no estén objetivamente dañadas o sean más bajas, y sin embargo que la persona tenga una percepción mucho más baja de las mismas (Hofmann, 2007).

Como se ha expuesto anteriormente, las diferencias se encuentran en el grado de importancia que se le da a determinados elementos. En este sentido, las conductas de seguridad tienen mayor o menor importancia como factor de mantenimiento del trastorno de ansiedad social. Así, por ejemplo aunque Rapee y Heimberg (1997) reconocen la existencia de estas conductas de seguridad, no creen que sean los elementos más problemáticos en relación al mantenimiento de la ansiedad social, mientras que el modelo de Clark y Wells las posiciona como elementos muy importantes en la aparición y mantenimiento de la ansiedad social.

Gracias a la investigación continuada de ambos modelos han surgido nuevos modelos que han aportado elementos interesantes a añadir a los que ya se estudiaban. Un ejemplo es el modelo expuesto por Hofmann (2007). Este modelo incluye algunos componentes a tener en cuenta como el énfasis en la necesidad de que la persona establezca metas claras y aumente su percepción acerca del autocontrol emocional.

Estos modelos argumentan que la activación excesiva de recursos cognitivos en situaciones sociales que se perciben como peligrosas, es la principal responsable de la aparición de ansiedad patológica (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006). Otro de los procesos que se traduce en el mantenimiento de síntomas de ansiedad se encuentra en los sesgos que se dan en la interpretación (Amir, Beard y Bower, 2005). A pesar de que la mayor

parte de las veces las situaciones sociales son ambiguas, las personas con ansiedad social muestran una clara tendencia a hacerlo de manera negativa (Coles, Heimberg y Schofield, 2008). Las intervenciones dirigidas a la disminución de los sesgos de probabilidad e interpretación de consecuencias sociales negativas se vinculan a una reducción significativa de la ansiedad social (Hofmann, 2004; Smits, Rosenfield, McDonald y Telch, 2006).

Además de los sesgos atencionales e interpretativos que se dan en el momento de la interacción o situación social, muchos autores señalan que los momentos anteriores y posteriores juegan un papel tan importante como estos, y que son procesos estrechamente vinculados y relacionados. Se entiende por procesamiento posterior al momento en el que la persona evalúa su actuación social después de que haya sucedido (Chen, Rapee y Abbott, 2013). Por lo general, esta evaluación tiene una valoración negativa, resultado de los sesgos atencionales e interpretativos, lo que contribuye al aumento del temor a la próxima interacción social. El procesamiento posterior actúa como un intermediario entre las interpretaciones iniciales y el posterior recuerdo, reforzando el círculo continuo de la ansiedad (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997, Hofmann, 2007). Entre los estudios que han investigado el papel que posee el procesamiento posterior en el mantenimiento de la ansiedad social se encuentra el de Brozovich y Heimberg (2011). Estos autores investigan su papel en una muestra de mujeres con ansiedad social. Las conclusiones derivadas de este estudio exponen que las evaluaciones que las personas hacen respecto a su actuación social, son mucho más negativas cuando estas tienen síntomas de ansiedad social en comparación con personas con ausencia de dicho trastorno bajo las mismas condiciones. La limitación principal a tenerse en cuenta en este estudio se encuentra en el hecho de que la muestra se componía solamente de mujeres y que no se tuvieron en cuenta los efectos de los síntomas de depresión que algunas mujeres manifestaban podían tener en esa valoración negativa posterior (Brozovich y Heimberg, 2011). Una investigación llevada a cabo ese mismo año en

una muestra de 75 personas que se componía de hombres y mujeres diagnosticados de fobia social llegó a conclusiones similares en cuanto al papel del procesamiento posterior en un contexto de exposiciones grabadas en video en un periodo de 4 semanas (Laposa y Rector , 2011). Además determinó que el comportamiento de rumiación sobre el fracaso percibido constituía un factor independiente al procesamiento posterior en la ansiedad social. Puede que esta tendencia a repasar su actuación y fijarse en los elementos negativos refuerce la tendencia al recuerdo negativo (Amir, Coles, Brigidi y Foa, 2001; Makkar y Grisham, 2011) y sea una de las variables que explique por qué las personas con ansiedad social son más propensas a recordar eventos negativos (Amir et al., 2001; Hirsch, Meynen y Clark, 2004; Mitte, 2008). La predicción de consecuencias fatales e inevitables es importante en la anticipación de eventos sociales y por tanto en los síntomas de ansiedad social (Amir et al., 2005; Stopa y Clark 2000). Los resultados derivados de una mala actuación social son anticipados por las personas con ansiedad social como más negativos y con mayor coste para su autoestima o bienestar (Bitran y Hofmann, 2010).

Figura 1.1. Modelo cognitivo de ansiedad social (Rapee y Heimberg, 1997).

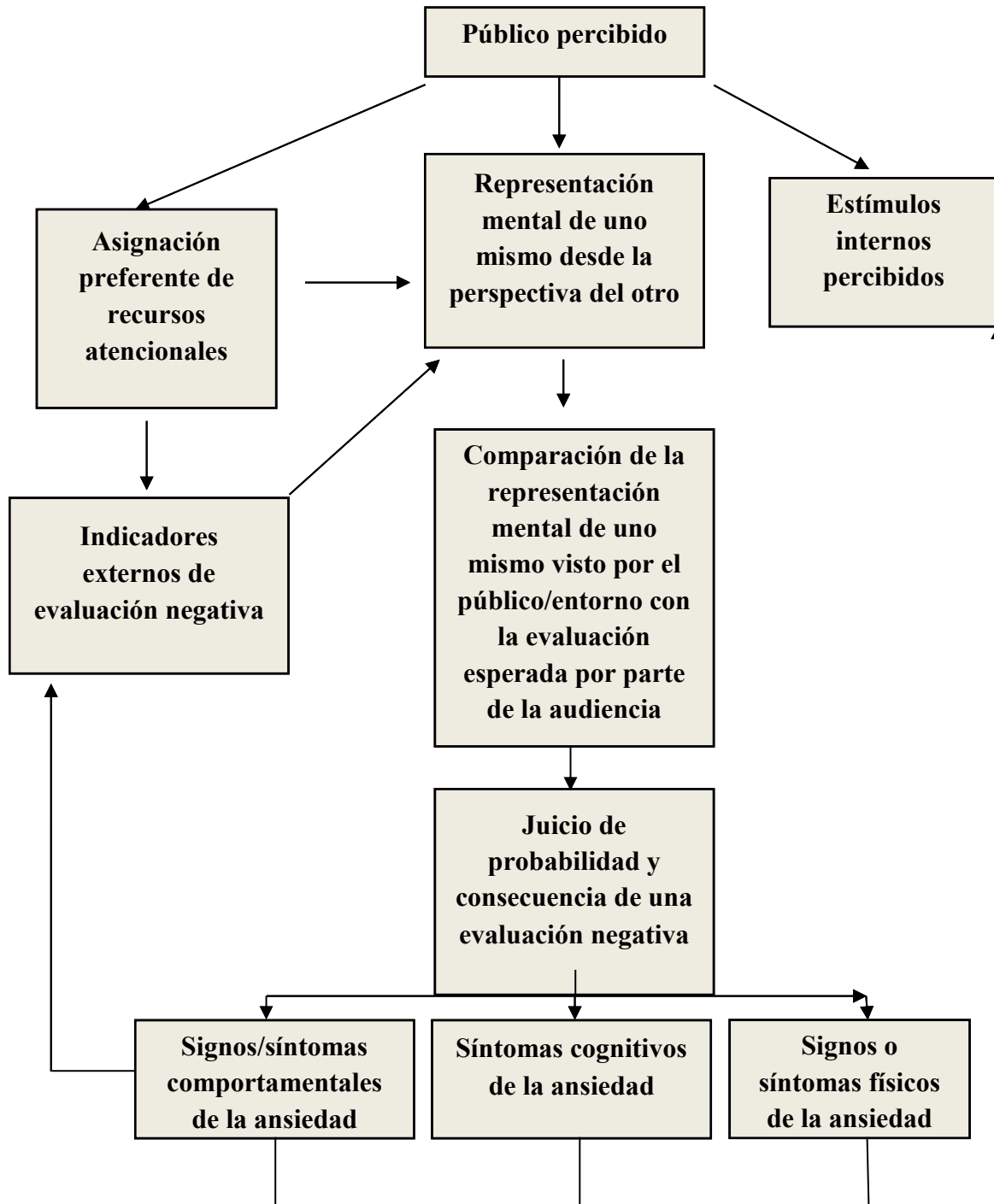
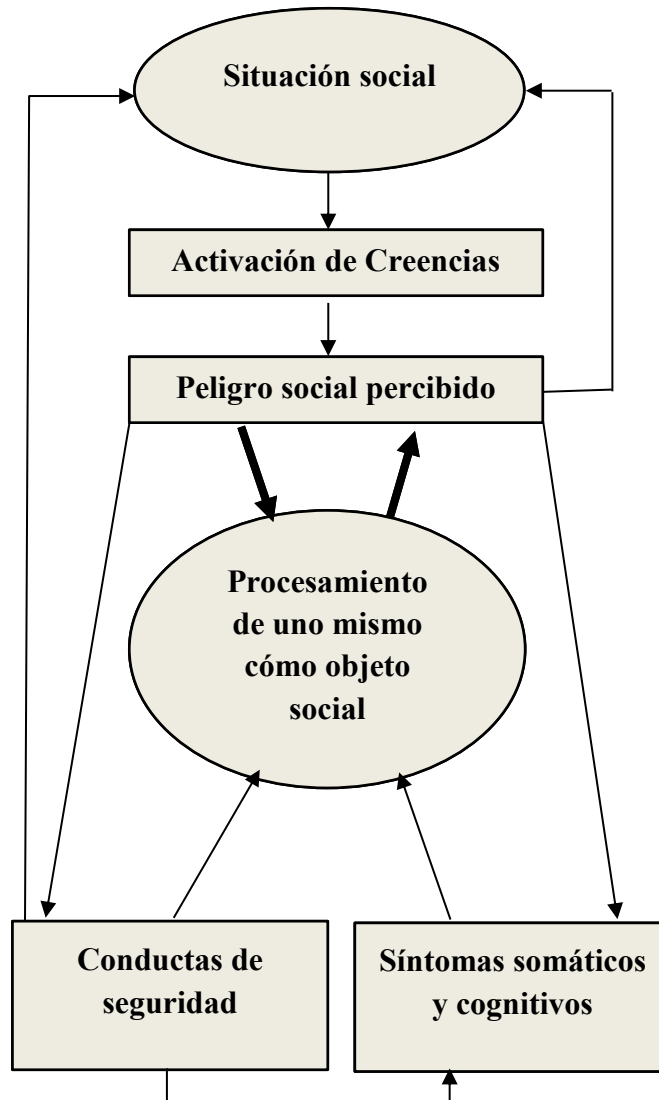


Figura 1.2. Modelo cognitivo de ansiedad social (Clark y Wells, 1995).



### **1.2.1.2. Las creencias centrales en el trastorno de ansiedad social.**

El modelo de Beck supone la base a partir de la cual se fundamentan modelos explicativos clave en el estudio del trastorno de la ansiedad social. Las personas tenemos una manera determinada de percibir y estructurar el mundo, de integrar tanto nuestra vida interior como nuestras experiencias en un marco determinado y de filtrar todas las vivencias a través de estos marcos: los esquemas. Los esquemas son creencias disfuncionales, estables, en los que se encuentra el origen de vulnerabilidad cognitiva y desarrollo de psicopatología (Beck y Dozois, 2011; Riso, du Toit, Stein y Young, 2007).

Los esquemas permanecen latentes hasta que un estado anímico o suceso vital negativo los activa. Una vez activados por eventos negativos (en el caso de la ansiedad social, pueden ser eventos actuales o anticipados), estos esquemas provocan la aparición de pensamientos negativos que influyen en la manera en la que la persona procesa la información, haciendo que está sobrevalore la probabilidad con la que ocurrirá un rechazo en su entorno, a la vez que minusvalora su capacidad de afrontamiento. Los esquemas son las estructuras cognitivas más profundas que sustentan el procesamiento de la información sesgado descrito en el apartado anterior. Las personas con ansiedad social se caracterizan por la necesidad de aceptación junto a la certeza sobre su incapacidad para que esta ocurra, percibiendo a los demás como críticos, evaluativos e hirientes (Rapee y Heimberg, 1997). Estas creencias convierten por tanto la situación social en una situación peligrosa, haciendo que la persona interprete la mayor parte de las veces lo que ocurre a su alrededor de manera negativa o amenazante, especialmente cuando las señales son ambiguas o no existen suficientes evidencias que expliciten señales negativas (Amir et al.2005; Amir y Taylor, 2012). Además, las personas con ansiedad social se caracterizan por tener unos estándares de actuación social elevados que se reflejan en su autodiálogo (p. ej., “no puedo mostrar ningún

síntoma de debilidad”; “debo parecer inteligente y ocurrente en todo momento”) (Hofmann, 2007). Al mismo tiempo, están convencidos respecto a su incapacidad para alcanzar dichos estándares, lo que provoca una serie de pensamientos negativos sobre consecuencias que tiene su actuación (p. ej., “si no estoy de acuerdo con alguien, pensará que soy estúpido y me rechazará”; “si me tiemblan las manos o se nota que estoy nervioso la gente pensara que soy raro o estúpido”) (Hirsch et al., 2004; Rheingold, Herbert y Franklin, 2003; Moscovitch, Rodebaugh y Hesch, 2012) y sobre su propia imagen (p. ej., “soy raro o diferente”; “soy aburrido”). Las imágenes negativas sobre uno mismo se dan, con mayor probabilidad en personas con ansiedad social (Alfano y Beidel, 2011; Brozovich y Heimberg, 2011; Hackmann et al., 2000). Estos pensamientos negativos influyen directamente en los procesos atencionales, provocando la aparición sesgos focalizados en los elementos que confirman dichos pensamientos, provocando así un círculo vicioso que hace que los síntomas se mantengan a lo largo del tiempo (Bar-Haim, et al. 2007; Heeren et al., 2015). Las creencias en las que se sustentan estos pensamientos no responden a la realidad, puesto que, tal y como se ha mencionado, se basan en un procesamiento sesgado, que mantenido en el tiempo puede convertirse en real. Así por ejemplo el convencimiento de que las habilidades sociales no están a la altura de determinado evento o entorno puede provocar una limitación autoimpuesta que haga que no existan oportunidades de llevarlas a cabo y, en consecuencia, no se desarrollen como deberían. El miedo a la evaluación negativa junto a un nivel de perfeccionismo excesivo en combinación con altos estándares de actuación son los esquemas centrales en las personas que desarrollan síntomas de ansiedad social (Moscovitch, 2009; Yap, Gibbs, Francis y Schuster, 2016). Las personas con ansiedad social categorizan sus fallos pasados como más determinantes que los sujetos sin ansiedad social, siendo más inflexibles en los juicios sobre sí mismos (Moscovitch et al., 2012). Además, minimizan los

aspectos positivos de su actuación y exageran los aspectos negativos (Hope, Burns, Hayes, Herbert y Warner, 2010; Moscovitch y Hofmann, 2007).

Las creencias disfuncionales y los sesgos en el procesamiento de la información son las responsables de la aparición de comportamientos de evitación, denominados conductas de seguridad (e. g., evitación ocular, retraimiento, evitación conductual; Stangier, Heidenreich y Schermelleh, 2006). Tal y como expone el modelo de Clark y Wells, las conductas evitativas, también denominadas conductas de seguridad pueden constituir un importante factor de mantenimiento de creencias o esquemas disfuncionales. Estas conductas, surgen en un primer momento, con la intención de evitar respuestas de ansiedad y/o escapar de un rechazo que la persona cree inevitable. Sin embargo, el hecho de que estas conductas se den sistemáticamente provoca, por una parte la imposibilidad de poner a prueba las creencias disfuncionales que subyacen al dicho comportamiento, haciendo creer erróneamente que el rechazo no ocurre porque se realizan conductas de seguridad, sin dar la opción a observar que el rechazo no ocurre porque en realidad esa situación no supone ningún peligro objetivo (Schultz y Heimberg, 2008). Por otra parte, estas conductas tienen efectos en el entorno puesto que como se ha mencionado con anterioridad son las responsables de hacer parecer a la persona retraída y poco accesible además de mostrarse más ansiosa (Taylor y Alden, 2010).

### **1.2.2. Tratamiento y limitaciones de la investigación realizada**

Diferentes estudios muestran que la aproximación cognitivo conductual es la más efectiva en reducir los síntomas de ansiedad (Butler, Chapman, Formany Beck, 2006; Clark et al., 2006; Jørstad-Stein y Heimberg, 2009; Ponniah y Hollon, 2008, Rapee, Gaston y Abbot, 2009; Stangier, Schramm, Heidenreich, Berger y Clark, 2011) además de ser el modelo que más investigación ha generado en este campo (Schultz y Heimberg, 2008). La

mayor parte de las investigaciones se han centrado en el papel de los sesgos en el procesamiento de la información, presentes cuando se da la situación social (Schultz y Heimberg, 2008; Norton y Abbott, 2016) con especial atención a los sesgos atencionales (Heeren, et al., 2015). Independientemente de la controversia existente respecto a la importancia de cada uno de los elementos presentes en el procesamiento de la información (Ouimet, Gawronski y Dozois, 2009) no debemos olvidarnos de la existencia de creencias que sustentan dicho procesamiento (Schulz, Alpers, y Hofmann, 2008) tal y como expone Beck en su teoría sobre la vulnerabilidad cognitiva. En este sentido, el trabajo realizado a nivel clínico sobre las creencias más profundas ha generado resultados altamente positivos a la hora de generar cambios duraderos que se expanden al procesamiento sesgado (Anderson, Goldin, Kuria y Gross, 2008; Ball, Otto, Pollack, Uccello, y Rosenbaum, 1995; Boden et al., 2012; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo y Cunha, 2006; Rapee et al., 2009).

Sin embargo, esto no se refleja en la investigación realizada en el campo de la ansiedad social, que cuenta con menos investigaciones centradas en las relaciones y mecanismos que se establecen entre las creencias disfuncionales y el procesamiento de la información (Acarturk, Cuijpers, van Straten y de Graaf, 2009; Boden et al., 2012; Canton, Scott y Glue, 2012; Pinto-Gouveia et al., 2006; Rapee et al., 2009). Existen diversas investigaciones que muestran que las creencias o esquemas disfuncionales influyen en la adhesión de la persona al tratamiento de la ansiedad (Hawley, Rector y Laposa, 2016). Por otra parte, aunque las intervenciones hayan demostrado ser eficaces, los resultados exitosos respecto al tratamiento varían entre el 40 y 70 % con tasas de abandono y recaída aun considerables variando entre el 20 y 30% (Fournier et al., 2009; García-López et al., 2008) lo que da a entender que existen aspectos que aún pueden mejorarse (Hofmann, 2004; Hofmann y Smits, 2008; Moscovitch, Rodebaugh, y Hesch, 2012; Smits et al., 2006). La multiplicidad de factores de riesgo implicados así como sus consecuencias genera un complejo entramado

que requiere no solo identificar los elementos cognitivos intervinientes sino la relación que se establece entre los mismos, dando lugar a la vulnerabilidad al trastorno de ansiedad para conseguir así una mejor comprensión del trastorno y en consecuencia, diseñar intervenciones mucho más eficientes, integrando el estudio de las creencias disfuncionales, el procesamiento de la información y el origen o experiencias tempranas y factores de personalidad que influyen en su origen (Riskind y Alloy, 2006; Schultz, Heimberg y Hofmann, 2008).

Conocer las consecuencias psicológicas y emocionales cuando existe un trastorno psicológico, en este caso la ansiedad social, es diferente de conocer cuáles son los factores de vulnerabilidad. Los factores que mantienen determinado trastorno no tienen por qué ser los mismos que los factores de vulnerabilidad (Vazquez, Hervás, Hernangomez y Romero, 2010). El estudio de los factores de vulnerabilidad a la ansiedad social debe tener en cuenta los factores temperamentales (Beesdo-Baum et al., 2009; Clauss y Blackford, 2012; Van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhulst y Huizink, 2011) y familiares, como por ejemplo los estilos parentales y experiencias de maltrato (Knappe et al., 2009; Knappe, Beesdo-Baum, Fehm, Lieb y Wittchen, 2012; Schimmenti y Bifulco, 2015) que tienen un papel fundamental en el desarrollo de dicha vulnerabilidad cognitiva al trastorno de ansiedad social (Ledley, Fresco y Heimberg, 2006).

Los problemas surgen por una combinación de factores predisponentes (tanto físicos como aprendidos) y factores precipitantes en los que la intervención del ambiente o de determinados eventos es necesaria (Riskind y Alloy, 2006). Los modelos de vulnerabilidad cognitiva tienen su base en la combinación de factores de personalidad y las experiencias tempranas, como por ejemplo, los estilos parentales, muy importantes en el origen de muchos esquemas y maneras de entender el mundo además del procesamiento de la información (Miers, Blöte, De Rooij, Bokhorst, y Westenberg, 2013). Para la correcta constatación de una

vulnerabilidad cognitiva es importante que los factores que conceden dicha vulnerabilidad estén presentes antes de que se desarrollen los síntomas, y que además estos factores sean relativamente estables (Riskind y Alloy, 2006).

Además, se debe tener en cuenta que el estudio de las variables cognitivas ha sido mayoritariamente en adultos, por lo que sería recomendable observar el comportamiento de estas mismas variables en los periodos en los que la ansiedad social es más prevalente, y analizar cuáles suponen mayor influencia en ese momento (García-López y Storch, 2008).

### **1.2.3. Experiencias tempranas y ansiedad social**

Los padres y madres suponen la primera fuente de aprendizaje en cuanto a la vida social directa. El niño aprende de su interacción con los padres y la manera en la que los padres se relacionan, de la misma manera que ocurre con los iguales durante los primeros años de vida y socialización (La Greca y Harrison, 2005; McCabe, Miller, Laugesen, Antony y Young, 2010; Storch, Masia-Warner, Crisp y Klein, 2005). Las experiencias adversas en este sentido se han vinculado con la aparición de ansiedad social, entre dichas experiencias se encuentra por ejemplo la existencia de un control psicológico elevado por parte de los padres o la existencia de psicopatología en alguno de ellos (Luebbe et al., 2014; McLeod et al., 2007). Las experiencias negativas con iguales refuerzan el condicionamiento negativo hacia las situaciones sociales (García-López, Iruña, Caballo, y Díaz-Castela, 2011; Kearney 2006; Morris 2001; Ranta et al. 2009, 2013) especialmente durante la adolescencia en la que estas tienen una importancia elevada (Epkins y Heckler, 2011; La Greca y Harrison, 2005). Respecto a esto último, existen datos contradictorios acerca de la importancia que tienen unos factores y otros. Un estudio reciente realizado en estudiantes de enseñanza obligatoria en España muestra que los factores familiares siguen siendo tan importantes para el apoyo

emocional de los adolescentes como lo son las relaciones con los iguales (Gómez-Ortiz et al., 2016).

Centrando la atención en las experiencias adversas, nos encontramos con las diferentes formas de abuso como principales factores que dañan el vínculo que se establece entre la persona y su entorno familiar y social (Beesdo-Baum et al., 2009, Bifulco, Schimmenti, Jacobs, Bunn y Rusu, 2014, Muller, Thornback y Bedi, 2012). Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el abuso, en cualquiera de sus formas ha sido un importante predictor en la aparición de los síntomas de ansiedad social (Bishop, Rosenstein, Bakelaar y Seedat, 2014; García-López et al., 2011). De entre los tipos de abuso existentes (físico, psicológico/emocional y sexual), el abuso emocional recordado en la infancia se asoció en mayor medida con diagnóstico de ansiedad social en comparación con los otros tipos de abuso (Gibb, Chelminski y Zimmerman, 2007) además, su ocurrencia se asocia a una mayor gravedad y severidad de los síntomas de ansiedad social (Iffland, Sansen, Catani y Neuner, 2012; Kuo, Goldin, Werner, Heimberg y Gross, 2011), peor funcionamiento social, resiliencia y menor calidad de vida (Simon et al., 2009). El abuso emocional puede no ser tan obvio como lo son los otros dos tipos aunque sus consecuencias son especialmente relevantes para el desarrollo de la ansiedad social, (Calvete, 2014; Gibb, et al., 2007 2007; Knappe et al., 2009).

No queda demasiado claro cuál es el papel de estas experiencias adversas en el desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva relacionada con la ansiedad social a excepción del estudio realizado por Calvete (2014), que encontró que los esquemas disfuncionales tempranos (Young, 2003) mediaban la asociación predictiva entre el abuso emocional por parte de los padres e iguales con el desarrollo de ansiedad social y depresión. En ese estudio se encontró que el abuso emocional por parte de los padres predecía los síntomas de

depresión pero no los síntomas de ansiedad. Las experiencias tempranas se conciben como un factor importante en el desarrollo de vulnerabilidades cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad social, en las próximas dos secciones se describen dos de los principales modelos exponiendo sus contribuciones al estudio de ansiedad social y sus principales características.

### **1.3. EL MODELO DE VULNERABILIDAD DEL LOOMING**

Tal y como se ha apuntado en apartados anteriores, los modelos cognitivos tradicionales argumentan que la vulnerabilidad cognitiva a los síntomas de ansiedad social son el resultado de un procesamiento de la información sesgado del entorno hacia los elementos amenazantes del mismo, que cuestionan nuestra seguridad física y psicológica. Dicho procesamiento es resultado de la activación de ciertos esquemas o creencias disfuncionales profundas (Beck, et al., 1985). De manera general y en relación a los trastornos de ansiedad, los esfuerzos se han dirigido a identificar los elementos presentes en el procesamiento de la información que influyen en su mantenimiento, dejando a un lado el estudio de los factores cognitivos que se desarrollan antes de que se dé el trastorno (Riskind y Williams, 2006).

Riskind y colaboradores (2000) sugieren que además de en los contenidos, los estilos de procesamiento de la ansiedad y la depresión son diferentes. Mientras la depresión se fija en el pasado y la pérdida (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), la ansiedad lo hace en la manera de procesar, percibir y elaborar las amenazas futuras (Riskind et al., 2000). El modelo de vulnerabilidad del looming surge para reconceptualizar la vulnerabilidad cognitiva específica a los trastornos de ansiedad (Riskind, 1997; Riskind, et al., 2000; Williams, Shahar, Riskind y Joiner, 2005). El estilo cognitivo de looming es el responsable de la existencia de la mencionada vulnerabilidad cognitiva a los trastornos de ansiedad (Riskind, Black y Shahar, 2010; Riskind y Williams, 2005; Riskind et al., 2000).

### **1.3.1. El estilo cognitivo de looming**

El Estilo Cognitivo de Looming (ECL) se caracteriza porque las personas con este estilo cognitivo generan mentalmente escenarios dinámicos y amenazantes en los que el daño o la amenaza se intensifica y se aproxima más rápido de lo que pueden afrontar (Riskind y Williams, 1999, 2005; Riskind, et al., 2000).

Las personas con alto ECL interpretan escenarios ambiguos no solo como amenazantes sino como escenarios cambiantes y dinámicos. Según Riskind, es precisamente el énfasis en los elementos dinámicos y cambiantes de la experiencia el responsable de generar las respuestas de ansiedad además de las estimaciones sobre probabilidad y coste de un determinado evento. Un ejemplo que ilustra lo anterior es que la estimación sobre la probabilidad de daño ante una determinada amenaza, como por ejemplo el temor a ser rechazado socialmente, puede ser exactamente igual en dos personas y sin embargo diferir en cómo cada una de ellas percibe la rapidez con la que esa amenaza se intensifica y aproxima (Riskind, Rector y Cassin, 2011). Así por ejemplo una persona con un elevado ECL y marcada ansiedad social percibe los elementos amenazantes (p. ej. bostezo, mirada perdida) con una progresión rápida, prueba del rechazo que ocurrirá inevitablemente más rápido de lo que podrá responder, lo que le provoca una necesidad de responder ante esa progresión. El problema surge porque sus conclusiones a veces tienen poca o ninguna base en la realidad y responden a interpretaciones o expectativas internas. Es decir, es la propia persona la que genera los escenarios amenazantes, actuando bajo un patrón instaurado y recurrente que se vuelve disfuncional denominado ECL (Riskind y Williams, 2006).

Una de las principales diferencias del modelo de vulnerabilidad del looming respecto a los modelos cognitivos tradicionales se encuentra en la manera de definir la amenaza, entendida de manera dinámica, por su velocidad, su crecimiento, la aceleración a cada

instante y su dirección hacia el individuo (Riskind y Williams, 1999). Esto tiene sus repercusiones no solamente en la explicación de la vulnerabilidad en sí, sino en el tratamiento de los síntomas. El ECL se relaciona no solamente con los sesgos atencionales del procesamiento de la información, sino también con los sesgos interpretativos, resaltando la alta interacción de estos procesamientos en el desarrollo de ansiedad y aportando una explicación más precisa a cómo actúan estos dos procesamientos en el mantenimiento, ya que hace más difícil que la persona se habitúe al objeto o situación temida puesto que esta es más sensible hacia los signos cambiantes y amenazantes de una situación, imposibilitando la puesta en marcha de estrategias que podrían ser más adaptativas (Williams et al., 2005).

Diversos estudios longitudinales muestran que el ECL actúa como un factor de vulnerabilidad cognitiva a los trastornos de ansiedad (Adler y Strunk, 2010; Elwood, Riskind, et al., 2013; Riskind y Olatunji, 2011; Sica, Caudek, Chiri, Ghisi y Marchetti, 2012). Aunque está vinculado con constructos relacionados en el estudio de la ansiedad como la intolerancia a la incertidumbre o a la sensibilidad a la ansiedad, el ECL ha demostrado ser un constructo independiente en la predicción de trastornos de ansiedad (Elwood et al., 2011; Reardon y Williams, 2007; Riskind et al., 2013), actuando como un potente predictor de la intensidad de las reacciones de temor (del Palacio González y Clark, 2015), vinculado al miedo a la pérdida de control, además de creencias y esquemas disfuncionales (Riskind y Kleiman, 2012) y relacionado con la dificultad en la regulación emocional (del Palacio González y Clark, 2015; Riskind y Kleiman, 2012).

Aunque el efecto del ECL se relaciona con los trastornos de ansiedad, un estudio reciente mostró que es un predictor robusto de los cambios en el trastorno de depresión a lo largo del tiempo (Riskind et al., 2013; Tzur-Bitan, Meiran, Steinberg y Shahar, 2012) y con efectos en la calidad de vida percibida (Levin, Riskind y Li, 2010).

Black, Riskind y Kleiman (2010) demostraron que en las personas en las que la presencia de un alto nivel de ECL era mayor, la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad también lo era en mayor medida que en las personas que no tenían este estilo cognitivo elevado. La investigación realizada respecto al ECL muestra que este estilo predice los incrementos futuros de ansiedad, especialmente cuando ocurren eventos negativos (Adler y Strunk, 2010; Riskind, Tzur, Mann y Shahar, 2007). Este estilo cognitivo se relaciona con la información retrospectiva de desórdenes de ansiedad pese a no padecer en la actualidad de ninguno (Black, Riskind y Kleiman, 2010).

### **1.3.2. El ECL y sus consecuencias en el procesamiento de la información**

El ECL influye directamente en la manera en la que la persona procesa la información (Williams et al., 2005), en especial cuando las situaciones son ambiguas, que en el caso de situaciones sociales, ocurre la mayor parte de las veces (Riskind et al., 2000; Moscovitch y Hofmann, 2007).

El hecho de que la persona perciba los elementos amenazadores como elementos dinámicos que no permanecen estáticos da como resultado una conducta hipervigilante que alimenta la percepción hacia estos elementos. Es decir, no solo se experimenta ansiedad después de un evento o situación social estresante sino que las personas con este estilo cognitivo pueden propagar y generar esos eventos a lo largo del tiempo (Riskind, Black y Shahar, 2010) creando un círculo vicioso que alimenta sus síntomas de ansiedad. Esto provoca el consumo de gran parte de los recursos cognitivos de autorregulación de los que una persona dispone, lo que se refleja en los estilos de afrontamiento utilizados (Riskind y Williams, 2006). Como consecuencia se crea una situación con una marcada sensación de urgencia que requiere una actuación inmediata para afrontar y neutralizar la escalada de la amenaza que supone ese estado de alerta provocado por el ECL. La rápida intensificación

provoca que la persona sienta que no tiene tiempo para poner en marcha estilos de afrontamiento más adaptados, eligiendo por tanto alternativas interiorizadas aunque no adaptativas, como la evitación conductual o cognitiva, cuando la primera no es posible. Estas conductas proporcionan un bienestar a corto plazo, aunque por otra parte, refuerzan la sintomatología ansiosa e impiden la desconfirmación (Riskind et al., 2000; Riskind, Kleiman, Seifritz y Neuhoff, 2014). La Figura 2.1 muestra conceptualmente el modelo de vulnerabilidad de looming.

### **1.3.3. Tipos de looming y su relación con los trastornos de ansiedad**

Aunque el ECL se define como una vulnerabilidad general a la ansiedad, el contenido de la amenaza será el que determine la naturaleza del miedo. Los estudios que avalan la validez de este modelo comenzaron en el año 2000 por Riskind y colaboradores. Su estudio se extendió a un amplio rango de trastornos de ansiedad (Reardon y Williams, 2007; Williams et al., 2005) como la ansiedad generalizada en población clínica y no clínica (Riskind, 2005; Riskind y Williams, 2005), trastorno obsesivo compulsivo (Elwood, Williams, Olatunji y Lohr, 2007; Riskind y Rector, 2007), estrés postraumático (Taylor, 2009; Elwood, et al., 2007) o ansiedad social (Brown y Stopa, 2008; Haikal y Hong, 2010; Riskind et al., 2000; Riskind y Williams, 2006; Williams et al., 2005). Existe evidencia que muestra que el ECL es un factor de vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad y a favor de la asociación específica entre diversos trastornos de ansiedad y su correspondiente contenido disfuncional de ECL en muestras clínicas (Riskind et al., 2011).

El ECL se divide en dos tipos, el ECL social, en el que el foco de la amenaza se centra en eventos estresantes que se dan en un contexto social (p. ej. ser rechazado o cuestionado, asistir a un evento social importante) y el ECL físico, en el que el posible daño físico es el que constituye la principal amenaza. El ECL social actúa como una vulnerabilidad

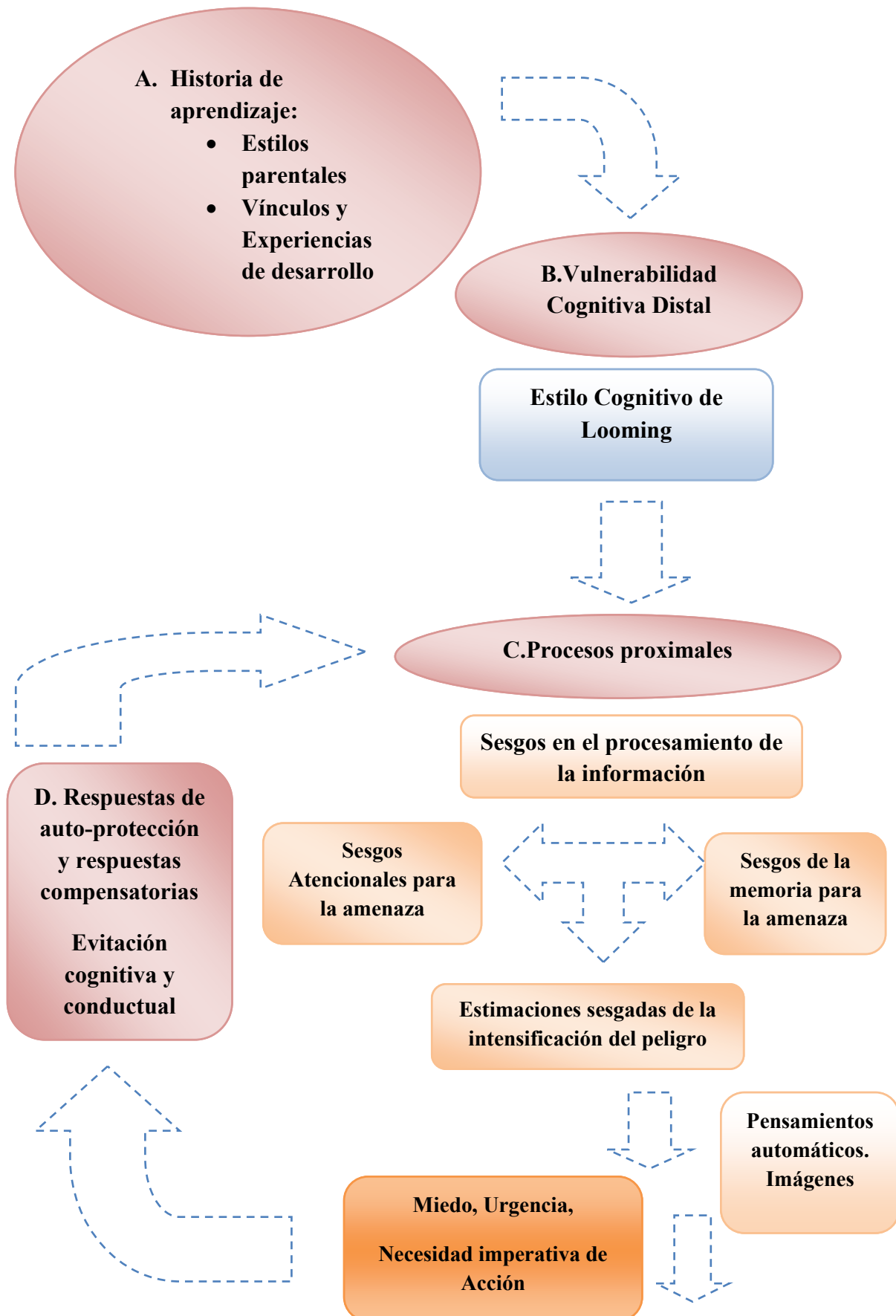
a la ansiedad social asociándose de manera independiente al trastorno de ansiedad social en muestras clínicas (Riskind et al., 2011) y no clínicas (Black et al., 2010; Brown y Stopa, 2008; Reardon y Williams, 2007; Riskind et al., 2007; Williams et al. 2005). Un estudio con metodología experimental mostró que las manipulaciones en el ECL y el miedo a la evaluación negativa contribuían de manera separada al desarrollo de la ansiedad social (Haikal y Hong, 2010).

#### **1.3.4. Orígenes del Estilo Cognitivo de Looming**

El modelo de vulnerabilidad del looming asume que el ECL tiene su base en un mecanismo evolutivo dirigido a garantizar la supervivencia, basado en la capacidad de distinguir entre las amenazas más urgentes y cambiantes que requieren una respuesta inmediata de las que no lo son, activando los mecanismos de protección pertinentes que están presentes en muchas especies (Riskind, Williams y Joiner, 2006). Es por eso por lo que en ocasiones objetivamente peligrosas resulta un mecanismo adaptativo al fomentar una respuesta inmediata (Riskind y Williams 2006). Las experiencias tempranas y los vínculos establecidos a temprana edad son importantes a la hora de desarrollar una posible vulnerabilidad a un trastorno de ansiedad. Algunos estudios apuntan a los estilos de apego inseguro y las relaciones de abuso como antecedentes de la aparición del ECL (Riskind et al., 2004; Williams y Riskind, 2004), que tendrían un efecto profundo en la manera en la que la persona percibe y procesa la información. Es decir las experiencias tempranas son elementos importantes en la formación de este estilo. Las experiencias de crianza tienen una importante influencia en cuanto al tipo de ECL que más predomina. Por ejemplo, el hecho de que las experiencias tempranas se caractericen porque la aceptación y la valía está condicionada por el cumplimiento de unos estándares sociales demasiado exigentes, puede provocar la existencia de un sesgo marcado hacia los elementos que amenazan esa aceptación y valía

(Williams et al., 2005). Así, el ECL hace que el individuo genere escenarios que tienen que ver con el cuestionamiento de la valía personal con un alto temor a ser rechazado, lo que constituye una de las creencias centrales en el trastorno de ansiedad social. En el caso del maltrato emocional, el niño quiere predecir ese maltrato y va aprendiendo a prestar mucha atención a los elementos del ambiente cambiante y amenazante que preceden a una situación de abuso. Muchas de las integraciones de las vivencias que se dieron en la niñez se dan en la adolescencia. Es por eso que ese periodo resulta esencial en la aparición de este sesgo en el que se interpretan e integran muchas vivencias pasadas que repercutirán en la imagen que la persona tiene de sí misma y que serán de gran influencia en el tipo de vulnerabilidad cognitiva resultante (Riskind y Williams, 2006). Estos resultados sugieren que el ECL de la contribuyendo al avance del conocimiento de las vulnerabilidades cognitivas específicas a los trastornos de ansiedad (Hughes, Alloy y Cogswell, 2008).

Figura 1.3. Modelo de vulnerabilidad del *looming* (Riskind, Williams y Joiner, 2006).



#### **1.4. LA TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS**

La terapia centrada en los esquemas es un modelo de terapia integradora basada en técnicas y enfoques de varias escuelas diferentes, entre las que se encuentran técnicas cognitivo-conductuales, elementos psicodinámicos, experienciales y de apego. Está enfocada al tratamiento de trastornos de personalidad y de trastornos psicológicos de larga duración y/o problemática crónica (Kellog y Young, 2006).

Algunos pacientes no responden a la terapia cognitiva estándar y tampoco consiguen avances significativos, por lo que necesitan tratamientos más extensos que aborden su problemática desde diferentes enfoques. Una de las causas de esta dificultad se encuentra en que muchos pacientes muestran una gran dificultad para identificar, acceder y cambiar sus pensamientos y emociones negativas. Basado en su experiencia clínica, Young desarrolla la terapia centrada en los esquemas con el objetivo de tratar las dificultades en el mantenimiento de relaciones significativas con los demás (Young, Klosko y Weishaar, 2003). Aunque en un primer momento este modelo se dirigía fundamentalmente a los trastornos de personalidad, la investigación realizada al respecto sugiere que la terapia centrada en los esquemas puede aplicarse con éxito tanto a los trastornos de estado de ánimo como a los trastornos de ansiedad (Hawke y Provencher, 2012).

##### **1.4.1. Los esquemas disfuncionales tempranos**

Uno de los elementos centrales en este marco son los esquemas disfuncionales tempranos (EDT). Estos son creencias disfuncionales sobre uno mismo y los demás que se originan durante la infancia y se elaboran a lo largo de la vida, se componen de recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales y son muy resistentes al cambio (Young et

al., 2003). Permanecen latentes hasta que un evento externo o circunstancia los activa, originando conductas disfuncionales, trastornos y un enorme sufrimiento a la persona que los experimenta. Las conductas, que surgen como respuesta al esquema, además de provocar problemas interpersonales, contribuyen a perpetuar el esquema. Los EDT surgen como respuesta a la insatisfacción de una serie de necesidades emocionales (Young et al., 2003) en interacción con el temperamento y las influencias culturales, aspectos muy importantes que juegan un rol fundamental en su formación (Young et al., 2003). Young desarrolla un modelo compuesto por 18 esquemas, agrupados en 5 dominios, que responden a 5 necesidades emocionales que para Young son centrales; 1) establecer afectos seguros con otras personas 2) autonomía, competencia y sentido de identidad, 3) libertad para expresar necesidades emocionales, 4) espontaneidad y juego y por último, 5) límites realistas y autocontrol (Young et al., 2003). La Tabla 1.2 muestra de manera conceptual la organización de esquemas y dominios además de una breve descripción de los mismos. Cada uno de estos dominios refleja la necesidad crítica del niño o niña que se ve afectada. Reflejan en cierta manera las relaciones tempranas que se establecieron tanto con los padres como con los iguales, orígenes de estos esquemas, además de la manera de funcionar que tiene la persona en su edad adulta (Cecero, Nelson y Gillie, 2004; Dozois, Martin y Faulkner, 2013).

Aunque los EDT en su inicio fueron funcionales, se tornan en disfuncionales a medida que la persona va creciendo, siendo responsables de la aparición de psicopatología y problemas interpersonales. El modelo de Young adquiere muchos de los elementos propuestos por Beck como por ejemplo lo que tiene que ver con el procesamiento de la información y la organización jerárquica cognitiva en la que los esquemas guían el procesamiento de la información.

El hecho de dotar de contenido a los esquemas, supone una de las principales fortalezas del modelo, además de un elemento diferenciador de los esquemas propuestos por Beck, criticado en este sentido en alguna ocasión por ser demasiado amplio y poco específico (Bosmans, Braet y Van Vlierberghe, 2010). El contenido de los esquemas aporta una serie patrones estables y delimitados responsables de la aparición de vulnerabilidades específicas a ciertos trastornos (Nordahl, Holthe y Haugum, 2005; Riso et al., 2006; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995; Wang et al., 2010). Los esquemas disfuncionales actúan como vulnerabilidades cognitivas que están presentes en ausencia de eventos estresantes (Stopa y Waters, 2005). El cambio en los esquemas predice el alivio de los síntomas (Nordahl et al., 2005). Conjuntamente, la investigación realizada al respecto sugiere que el contenido de los esquemas se relaciona con el tipo de trastorno asociado (Beck, Brown, Steer, Eidelson, y Riskind, 1987; Beck y Clark, 1988; Lumley y Harkness, 2007).

#### **1.4.2. Esquemas disfuncionales tempranos y su relación con la psicopatología**

Los EDT han sido estudiados en relación a muchos trastornos como por ejemplo la conducta agresiva (Dozois et al., 2013), depresión (Dozois et al. 2009; Harris y Curtin, 2002; Riso et al., 2007), trastornos de la personalidad como el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Atalay, Atalay, Karahan y Çaliskan, 2008), ansiedad generalizada (Koerner, Tallon y Kusec, 2015), ansiedad social (Pinto-Gouveia, et al., 2006), abuso de sustancias (Brotchie, Meyer, Capello, Kidney y Walker, 2004), trastornos de alimentación (Waller, Kennerly y Ohanian, 2007), trastornos de la personalidad (Jovev y Jackson, 2004; Petrocelli, Glaser, Calhoun, y Campbell, 2001; Reeves y Taylor, 2007).

Algunos estudios sugieren que los EDT se relacionan de manera diferente dependiendo del trastorno psicológico al que nos refiramos (Lumley y Harkness, 2007). Por un lado determinados EDT se relacionan en mayor medida con problemas internalizantes; los

dominios de desconexión y rechazo y autonomía deteriorada se asocian en mayor medida con síntomas de depresión (Dozois, Martin y Bieling, 2009), mientras que el dominio de autonomía deteriorada lo hace con los síntomas de ansiedad generalizada (Shorey, Elmquist, Anderson, y Stuart 2015). Por otro lado existen EDT que se relacionan con problemas de tipo externalizante, concretamente con problemas de agresividad, como es el caso del dominio de límites deteriorados (Calvete y Orue, 2012; Dozois et al., 2013).

### **1.4.3. Relación de los esquemas disfuncionales tempranos y la ansiedad social**

Al igual que lo realizado con otros problemas psicológicos, varias investigaciones han mostrado su interés por la aplicación del modelo de esquemas en el estudio del trastorno de ansiedad social. La Tabla 1.3 muestra de manera resumida algunos de los más recientes. Tal y como se ha apuntado con anterioridad el trastorno de ansiedad social y sus síntomas se caracterizan por estar presentes un largo periodo de tiempo (Grant et al., 2005). De hecho, muchas personas con ansiedad social no son capaces de situar el punto a partir del cual surgieron estos problemas, e informan de haber tenido dificultades y problemas en este sentido desde hace mucho tiempo, describiéndolo como algo idiosincrásico a su personalidad (Hawke y Provencher, 2012). Esta es una de las razones por la cual la teoría de esquemas es un enfoque prometedor tanto en el ámbito teórico como clínico. Respecto a este último, el trabajo psicoterapéutico realizado con los EDT relacionados con los síntomas de ansiedad social ha mostrado ser eficaz en la reducción de los mismos (Borge et al., 2008).

Centrándonos en el ámbito científico, las investigaciones en cuanto al trastorno de ansiedad social y los EDT comenzaron con el estudio de Pinto-Gouveia et al. (2006). Estos autores observaron que las personas con un diagnóstico de ansiedad social puntuaban más alto que las personas sin ansiedad en el dominio de desconexión y rechazo y en el de límites deteriorados. Por su parte Calvete y Orue (2008) concluyeron que los dominios de

desconexión y rechazo y el dominio de autonomía deteriorada se asociaron a los síntomas de ansiedad social en una muestra de estudiantes universitarios. Con una muestra similar Eldoğan y Barışkın (2014) encontraron que los dominios de autonomía deteriorada, límites deteriorados y desconexión y rechazo, eran lo que se asociaron al trastorno de ansiedad social. El dominio de desconexión y rechazo, presente en estos estudios parece tener cierta influencia en cómo algunas personas tienden a evitar y sobrevalorar la importancia de las relaciones, lo que puede conllevar dificultades en establecer relaciones significativas con iguales durante la adolescencia (Gyesook, Ju Hee, y Hey Jung 2014; Mairret, Boag y Warburton, 2014).

Sin embargo, la naturaleza transversal de estos estudios no permite obtener información acerca de las relaciones temporales de las variables estudiadas, para lo que sería recomendable la utilización de un diseño longitudinal. En este sentido, uno de los escasos estudios, realizado en una muestra de adolescentes que abordó esta cuestión encontró que los EDT pertenecientes a los dominios de orientación a los demás son especialmente relevantes como predictores de la aparición de síntomas de ansiedad social (Calvete, Orue, y Hankin, 2013). Según este estudio los EDT serían los responsables de guiar el procesamiento de la información cuando las personas se enfrentan a situaciones sociales a través de pensamientos automáticos negativos.

#### **1.4.4. Experiencias tempranas y formación de esquemas**

Las experiencias tempranas, en interacción con el temperamento, se encuentran en la base de la formación de los EDT (Young et al., 2003). Las circunstancias que la persona experimenta en la infancia, concretamente las experiencias relacionadas con la no satisfacción de sus necesidades emocionales propuestas en este enfoque, son importantes predictores de la formación de EDT (Schmidt y Joiner, 2004). Las interacciones que se dan con los cuidadores,

en concreto, los padres, contribuyen al desarrollo de esquemas disfuncionales en edades tempranas (Young, 1994; Lewin, Garcia, Limon, y Ojeda, 2015). Estas experiencias serían aquellas que tienen que ver con rechazo por parte de los padres, falta de límites apropiados, traumas infantiles (Cecero et al., 2004) o invalidación de la expresividad de emociones o unas demandas demasiado exigentes (e.g., Harris y Curtin, 2002; Jones, Harris y Leung, 2005; Muris, 2006; Shah y Waller, 2000; Young et al., 2003).

Algunos estudios encuentran una asociación significativa entre las experiencias de maltrato o abuso emocional y el desarrollo de EDT, concretamente con los esquemas que se encuentran en el dominio de desconexión y rechazo (Calvete, 2014; Carr y Francis, 2010) y en el de autonomía deteriorada (Calvete, 2014). Otros estudios muestran el papel de los esquemas como mediadores entre un estilo parental negligente y los síntomas posteriores de depresión (Lewin et al., 2015; McGinn, Cukor y Sanderson, 2005).

Un estudio analizó el papel del maltrato en el desarrollo de EDT, encontrando que el abuso por parte de los padres se asoció mayores puntuaciones en los EDT que el abuso por parte de iguales (McCarthy y Lumley, 2012). Posteriormente, un estudio analizó de manera longitudinal el papel del abuso emocional por parte de los padres y los iguales en una muestra de adolescentes, concluyendo que el maltrato emocional por parte de los iguales era un robusto predictor del empeoramiento de los EDT, en mayor medida en la que lo era el maltrato emocional por parte de los padres. (Calvete, 2014). Este mismo estudio evaluó el papel de los EDT como mediadores en la relación entre el maltrato emocional por parte de padres e iguales y el desarrollo de síntomas de ansiedad social y depresión. En el caso de la depresión la mediación ocurre a través del dominio de desconexión y rechazo mientras que en el caso de la ansiedad social esto sucede a través del dominio de orientación a los demás.

Tabla 1.2. Descripción de dominios y esquemas (Young et al., 2003).

Dominio	Esquemas
<p><b><u>Desconexión y Rechazo:</u></b></p> <p>Las personas creen que sus necesidades de estabilidad, seguridad, crianza, amor, apego y pertenencia no serán satisfechas. Las familias se caracterizan por ser inestables, abusivas, frías, negadoras o aisladas de su entorno.</p>	<p><b><u>Abandono/Inestabilidad:</u></b></p> <p>Percepción de inestabilidad en los vínculos significativos con los demás. Con la creencia marcada de que las personas importantes las abandonarían porque son emocionalmente impredecibles.</p> <p><b><u>Desconfianza/Abuso:</u></b></p> <p>Percepción del entorno como dañino o hiriente.</p> <p><b><u>Privación Emocional:</u></b></p> <p>Expectación sobre la no satisfacción de las necesidades emocionales.</p> <p><b><u>Imperfección/Vergüenza:</u></b></p> <p>Creencia sobre uno mismo como malo, imperfecto e inferior.</p> <p><b><u>Aislamiento social:</u></b></p> <p>Creencia de que uno es diferente a los demás y que no encaja en su entorno.</p>
<p><b><u>Limites deteriorados:</u></b></p> <p>Dominio caracterizado por la dificultad a la hora de establecer límites internos y de responsabilizarse respecto a los demás. Las familias se caracterizan por la falta en el establecimiento de límites y permisividad excesiva.</p>	<p><b><u>Grandiosidad:</u></b></p> <p>El esquema de grandiosidad se basa en la creencia de que uno es superior y por tanto posee más derechos y privilegios que los demás.</p> <p><b><u>Autocontrol insuficiente/Autodisciplina:</u></b></p> <p>Intolerancia a la frustración y dificultad en controlar impulsos.</p>

**Autonomía deteriorada:**      **Dependencia/incompetencia:**

Este dominio se caracteriza porque las expectativas del entorno interfiere con la habilidad de vivir de manera independiente, o de manera exitosa. Las familias en este dominio se caracterizan por minar la confianza de la persona, ser sobreprotectoras y no fomentar la autonomía personal.

Creencia sobre la incapacidad de uno mismo a funcionar de manera independiente ni a afrontar las responsabilidades de la vida diaria.

**Vulnerabilidad al daño:**

Miedo exagerado a una inminente catástrofe, tanto emocional como física, interna y externa.

**Apego excesivo:**

Excesivo vínculo con las personas significativas (a menudo los padres).

**Fracaso:**

Creencia sobre la ineptitud y el fallo inevitable en los objetivos vitales marcados.

**Orientación a los demás:**      **Subyugación:**

Énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás. Las familias típicas en este dominio se caracterizan por la aceptación condicional, haciendo que el niño niegue sus propias necesidades en beneficio de los demás para recibir amor y comprensión.

Excesivo énfasis en las necesidades y deseos de los demás, con la creencia de negando las propias.

**Auto-sacrificio:**

Cumplir las necesidades de los demás en perjuicio de las propias con el objetivo de obtener reconocimiento y afecto.

**Búsqueda de aprobación o reconocimiento:**

Énfasis excesivo en ganar aprobación, reconocimiento y atención por parte de los demás.

**Vigilancia excesiva:**

Dominio caracterizado por un énfasis excesivo en suprimir la manifestación de sentimientos, impulsos u opciones espontaneas. Las típicas familias en este dominio se caracterizan por su rigidez y demanda, en ocasiones punitiva.

**Negatividad/Pesimismo:**

Foco en aspectos negativos de la vida en general. Expectativa de que todo saldrá mal.

**Inhibición emocional:**

Excesivo control de los sentimientos espontáneos por la creencia de que generara rechazo.

**Altos estándares:**

Creencia basada en un alto perfeccionismo y unos estándares altos de actuación.

**Castigo:** Creencia de que los demás deben castigarle de alguna manera si hace algo mal.

Tabla 1.3. Estudios sobre esquemas disfuncionales tempranos y ansiedad social.

<b>Autor/es</b>	<b>Muestra/Diseño</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Dominios relacionados</b>
Pinto-Gouveia et al. (2006).	N=62 (Medad; 25.47, muestra clínica). N=55 (Medad; 30.80 control). Diseño transversal.	YSQ-L (Young y Brown, 1989).	Desconexión y Rechazo Autonomía deteriorada Orientación a los demás
Calvete y Orue (2008).	N=639 (Medad 21.06, población no clínica). Diseño transversal.	YSQ-SF (Young y Brown, 1994).	Desconexión y Rechazo Autonomía deteriorada
Eldoğan Barışkin (2014).	N=240 (Rango 17-29 años, población no clínica). Diseño transversal.	YSQ-S3 (Young, 2006).	Desconexión y Rechazo Autonomía deteriorada Limites insuficientes
Mairet et al. (2014).	N=360 (Medad 20.68, población no clínica). Diseño transversal.	YSQ-S3 (Young, 2006).	Desconexión y Rechazo
Calvete, Orue y Hankin (2015).	N=1281 (Medad 13.61, población no clínica). Diseño longitudinal 3 tiempos.	YSQ-S3 (Young, 2006). (Dominios de desconexión y Rechazo, Autonomía deteriorada y Orientación a los demás).	Desconexión y rechazo Autonomía deteriorada Orientación a los demás

## **1.5. CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN DE PARTE TEÓRICA**

El trastorno de ansiedad social es un fenómeno multicausal en el que influyen muchos factores. Teniendo como base la aproximación cognitiva se han expuesto las principales explicaciones y teorías que han servido como base en el desarrollo de dos teorías de vulnerabilidad cognitiva, el modelo de esquemas y el modelo de vulnerabilidad del looming que se centran en los esquemas cognitivos. Se han expuesto las contribuciones de cada uno de los modelos al conocimiento de ansiedad social respecto a los modelos explicativos clásicos (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997).

Además de conocer los esquemas o creencias disfuncionales subyacentes, y los sesgos en el procesamiento de la información, es importante conocer como estos elementos se relacionan entre sí. En este sentido el modelo de vulnerabilidad del looming argumenta que el procesamiento es diferente, caracterizándose por la conceptualización dinámica de la amenaza, aspecto que debe tenerse en cuenta en el desarrollo de vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad. Por otra parte, las experiencias tempranas se han relacionado con la ansiedad social, aspecto en el que ponen énfasis ambos modelos. Las experiencias tempranas son importantes en la interiorización de esquemas que tienen que ver con las relaciones con los demás y la idea que se tiene del mundo. Sin embargo, mientras numerosos estudios han examinado la relación entre experiencias de abuso y EDT (p. ej., Calvete, 2014), no hay estudios que examinen su rol en el desarrollo del ECL. Por eso, este estudio pretende avanzar en este aspecto. Los estudios previos indican que tanto los esquemas como el modelo de vulnerabilidad del looming se relacionan con el trastorno de ansiedad social (Brown y Stopa, 2008; Calvete y Orue, 2008, Calvete et al., 2013; Haikal y Hong, 2010; Pinto-Gouveia et al., 2006; Williams et al., 2005) y podrían ser integrados en un solo modelo, avanzando así en el

conocimiento de las variables cognitivas clave tanto en la aparición como en el mantenimiento de síntomas de ansiedad social.

Por otra parte la existencia de estudios sobre modelos de vulnerabilidad en la ansiedad social es más escasa en comparación con la existencia de los modelos estudiados en depresión. En concreto modelos prospectivos estudiados en muestras de jóvenes y adolescentes.

## **2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO**

### **2.1. Justificación y objetivos de la investigación**

La presente tesis doctoral tiene como objetivo el estudio de la ansiedad social desde los dos modelos de vulnerabilidad cognitiva expuestos en los capítulos anteriores; El ECL y los EDT terapia de esquemas. Además de las aportaciones que cada uno de estos modelos hace al conocimiento y del desarrollo de la ansiedad social, se pretende evaluar la forma en la que ambos se combinan, ofreciendo un modelo integrador del funcionamiento cognitivo en las personas con ansiedad social.

En particular se partió de los siguientes objetivos específicos:

1. Adaptar y validar el cuestionario de *Looming Maladaptive Style Questionnaire* (LMSQ) y analizar sus propiedades psicométricas en una muestra de jóvenes españoles, evaluando su estructura, consistencia interna y estabilidad a largo plazo.
2. Estudiar el rol diferenciador de las relaciones que se establecen entre las dos subescalas existentes (ECL social y ECL físico) con los síntomas de ansiedad social, ansiedad generalizada y depresión examinando el rol predictor del ECL social en la aparición de síntomas de ansiedad social.
3. Investigar el papel que tienen las experiencias tempranas negativas, en concreto el maltrato emocional ejercido por padres e iguales, en la aparición y desarrollo del ECL social, analizando el rol mediador de este último en la relación de abuso emocional y síntomas de ansiedad social.
4. Analizar en un solo modelo estructural el rol de dos vulnerabilidades cognitivas relacionadas con el trastorno de ansiedad social que han sido estudiadas por

separado; la terapia centrada en los esquemas y el ECL social estudiando cómo se integran para predecir de manera longitudinal los síntomas de ansiedad social. En concreto, se evaluó cómo algunos de los dominios pertenecientes a la terapia de esquemas predicen la aparición de síntomas de ansiedad social a través del desarrollo del ECL social.

5. Estudiar las posibles diferencias de género en relación a la medida del LMSQ así como su papel moderador en la relación entre el maltrato emocional y los síntomas de ansiedad social.

Estos objetivos se desarrollaron a lo largo de tres trabajos, que han sido publicados en revistas de impacto internacional (*Psicothema, Anxiety Stress & Coping* y *Journal of Anxiety disorders*). A continuación se presenta un breve resumen de los tres estudios con el fin de dar una visión global del trabajo realizado.

- 1) “*Propiedades psicométricas del cuestionario del estilo cognitivo de looming en jóvenes españoles*”.

El modelo de vulnerabilidad del looming así como el instrumento que mide el ECL, el LMSQ (Riskind et al., 2000) surge como respuesta a la escasez de modelos específicos en el estudio de la vulnerabilidad cognitiva al desarrollo de trastornos de ansiedad en comparación a las teorías existentes en el campo de la depresión. El objetivo de este trabajo fue analizar las propiedades psicométricas del LMSQ, una medida que ha demostrado discriminar entre los trastornos de ansiedad y depresión. El cuestionario se tradujo al castellano para la posterior aplicación y validación en una muestra de jóvenes españoles (N=1128). Se analizó la estructura del LMSQ y su asociación con síntomas de ansiedad generalizada, la ansiedad social y depresión, además estudiando la existencia de posibles diferencias de género. También se analizó la estructura teniendo en cuenta la significación clínica del trastorno de

ansiedad social, para ello se hizo una submuestra teniendo en cuenta quienes excedían el punto de corte para el diagnóstico de ansiedad social.

2) *“El papel del maltrato emocional y el estilo cognitivo de looming en el desarrollo de síntomas de ansiedad social en adolescentes.”*

Este estudio tuvo como objetivo examinar los mecanismos a través de los cuales las experiencias de maltrato emocional por parte de los padres e iguales conducen al desarrollo vulnerabilidades cognitivas vinculadas a la aparición y desarrollo de síntomas de ansiedad social. En concreto, se analizó el papel del looming social como mediador entre las relaciones de abuso emocional y la ansiedad social. Para analizar este modelo mediacional se utilizó un diseño longitudinal con medidas tomadas en tres tiempos diferentes, teniendo en cuenta el papel moderador del género. La muestra final se compuso de 550 estudiantes de instituto con edades comprendidas entre los 16 y los 19 años.

3) *“Análisis de un modelo estructural de las relaciones entre el estilo cognitivo de looming y ansiedad social: Un estudio prospectivo de 12 meses.”*

Este estudio tiene como objetivo analizar un modelo estructural mediacional, en el que los EDT predicen la aparición del ECL, y este a su vez predice la aparición de síntomas de ansiedad social. Los participantes fueron jóvenes españoles (N= 471, 56.95% mujeres) con edades comprendidas entre los 16 y los 25 años. Se pretende así avanzar en la comprensión de los EDT y el ECL como factores de vulnerabilidad cognitiva al desarrollo de síntomas de ansiedad social además de analizar cómo estos factores se integran y relacionan entre sí.

## **2.2 Garantías éticas**

Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, así como del tratamiento de sus datos, garantizando que la participación era voluntaria durante los diferentes momentos en los que se tomarían las medidas y de la posibilidad de abandonar el

estudio en el momento que considerasen oportuno sin la necesidad de dar ninguna explicación. En todos los estudios se utilizó una clave solo conocida por el participante para enlazar las tres medidas con el mismo participante. El proyecto y los materiales utilizados fueron revisados por miembros de Comité de ética de la Universidad de Deusto, obteniendo los permisos y garantías necesarios para llevar a cabo el mismo.



# **ESTUDIO 1** Propiedades psicométricas del cuestionario del Estilo Cognitivo de *Looming* en jóvenes españoles

González-Díez, Z., Orue, I., Calvete, E., & Riskind, J. H. (2014). Psychometric properties of the Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ) in young Spanish adults. *Psicothema*, 26, 260-266. doi:10.7334/psicothema2013.20



### 3.1. Resumen

El Estilo Cognitivo de *Looming* (ECL) es una vulnerabilidad cognitiva específica a la ansiedad pero no a la depresión. El ECL se evalúa con el *Looming Maladaptive Style Questionnaire* (LMSQ) que mide la tendencia interna a generar, mantener y atender escenarios en los que la amenaza aumenta por momentos y se dirige hacia la persona. Evaluamos la estructura, invarianza de medida entre submuestras, consistencia, estabilidad y validez concurrente de la adaptación española del LMSQ. Este instrumento se evaluó en una muestra de estudiantes españoles ( $n = 1128$ , 56.47% mujeres, de 16 a 25 años), realizando un seguimiento a una submuestra de 675 estudiantes seis meses después. Los participantes completaron medidas de ansiedad social, ansiedad generalizada y depresión. Los resultados obtenidos confirman una estructura de dos factores de segundo orden (amenaza social y física). Los análisis multigrupo indicaron la invarianza de medida a través de género así como en un grupo con puntuaciones clínicas en ansiedad social. Las mujeres puntuaron más alto en el LMSQ explicando la mayor propensión de estas a desarrollar trastornos de ansiedad. Las correlaciones indicaron la asociación de las escalas del LMSQ con los síntomas de ansiedad social y generalizada pero no se asociaban independientemente con la depresión. La versión española del LMSQ ha demostrado buenos índices de fiabilidad y validez.

*Palabras Clave:* Estilo Cognitivo de Looming, ansiedad generalizada, ansiedad social, y depresión.

The looming cognitive style (LCS) is a specific putative cognitive vulnerability to anxiety but not to depression. LCS is assessed by the Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ), which assesses a tendency to generate, maintain, and attend to internally generated scenarios of threats as rapidly increasing and headed in one's direction. This study investigated the structure, measurement invariance across subsamples, concurrent validity, consistency, and stability of a Spanish translation of the LMSQ. Method: LMSQ was examined in a large sample of Spanish students ( $n = 1,128$ , 56.47% women). A subsample of 675 was followed-up six months later. The participants also completed measures of social anxiety, generalized anxiety, and depression. The results provide evidence from factor analyses confirming two second order factors (social and physical threat). Multiple-group analysis indicated the measurement invariance of the model for men and women and for groups that displayed clinically significant generalized social anxiety and those that did not. Women scored higher on the LMSQ. Partial correlation analyses indicated that LMSQ scales were independently associated with symptoms of generalized and social anxiety but they were not independently associated with depression. The Spanish version of the LMSQ has shown good psychometric properties.

*Keywords:* Looming cognitive style, generalized anxiety, social anxiety and depression.

### **3.2. Introduction**

According to contemporary cognitive formulations, anxiety has its own unique disorder-specific cognitive content that differentiates it from depression. Anxiety is believed to be concerned with the harm appraisal of potential future threat, whereas depression is concerned with past loss, defeat, and failure (Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak, & Cortina, 2000). In principle, the distinction seems clear, but research has shown that it is difficult to identify the cognitive features of anxiety that reliably discriminate it from depression (see for meta-analysis Beck & Perkins, 2001). The looming vulnerability model of anxiety was proposed to reconceptualize the special and unique cognitive content for anxiety, and identify a distinct maladaptive cognitive style that creates vulnerability to anxiety and its disorders (Riskind et al., 2000; Williams, Shahar, Riskind, & Joiner, 2005). This model posits that to understand anxiety it is important to focus on the dynamic features of the experience of threat rather than on static harm appraisals, beliefs or predictions about the future (Riskind et al., 2000; Williams et al., 2005). This model differs from other cognitive models of anxiety in emphasizing the subjective perception of the temporal course of threat as changing and approaching and rapidly rising in risk.

Research has found evidence that when faced with negative life stressors, individuals with high LCS may be particularly prone to anxiety as compared to those who lack the LCS (Adler & Strunk, 2010; Riskind, Black, & Shahar, 2010). Moreover, elevated LCS is found in multiple anxiety disorders such as obsessive compulsive disorder, generalized anxiety, specific phobias and social anxiety (Black et al., 2010; Brown & Stopa, 2008; Elwood, Riskind & Olatunji, 2011; Riskind & Rector, 2007; Williams et al., 2005), but not in pure unipolar depression (Riskind & Williams, 2005).

The LCS is assessed with the looming maladaptive style questionnaire (LMSQ; Riskind et al., 2000). Considerable evidence has been found that the LMSQ discriminates

anxiety for depression. The LMSQ correlates with anxiety when controlling for depression, but not with depression when controlling for anxiety (Riskind et al., 2000; Riskind, Tzur, Williams, Mann, & Shahar, 2007). The LMSQ distinguishes generalized anxiety disorder from unipolar depression and nonclinical controls in both community and clinical samples (Riskind & Williams, 2005; Riskind et al., 2011). In addition, the LMSQ has obtained good internal consistency as well as good test-retest reliability over short time-periods of a week (Riskind et al., 2000; Riskind et al., 2007). Overall, the results indicate that LMSQ is a cognitive marker and measure of specific vulnerability that allows us to distinguish between anxiety and depression.

LMSQ has two subscales: physical and social. Physical looming assesses a cognitive bias to overestimate the approach of physical dangers (e.g. an object approaching quickly), whereas social looming assesses a bias to exaggerate the rapid approach of social threats (e.g. rejection). Although the two subscales correlate high (.52 and .56; Reardon & Williams, 2007; Williams et al., 2005), social LMSQ is associated with social anxiety components more than physical LMSQ (Brown & Stopa, 2008; Williams et al., 2005) and patients with a social anxiety diagnosis score higher than patients with obsessive compulsive disorder or panic diagnosis in social LMSQ but not in physical LMSQ (Riskind, Rector, & Cassin, 2011).

Although many studies use the LMSQ, there has been no research to date testing the putative two-factor structure of the instrument or its measurement invariance across distinct subsamples. Thus, the first objective of this study was to examine the validity of the LMSQ through the study of its structure and the examination of the existing associations between LMSQ scores and generalized anxiety, social anxiety, and depression symptoms. The second objective was to assess whether there are gender differences in LMSQ and to test the invariance of the measurement model of the LMSQ across gender and symptom severity.

Females are generally at higher risk for anxiety disorders than men (McLean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011) and, therefore, we examined whether females exhibit higher levels of the LMSQ. The last objective was to assess the reliability of the measure through the study of its internal consistency and the long-term stability.

### **3.3. Method**

#### **3.3.1. Participants.**

A total of 1128 young adults (56.47% women) participated in this study. They were students from a university and three vocational schools in Bizkaia (Spain). The 40 classrooms that participated in the study were randomly selected. Participants were between 16 and 25 years old ( $M_{age}=19.50$ ,  $SD_{age}=2.48$ ). A subsample of 675 participants was randomly selected to participate in a 6-month follow-up to test the stability of looming. There were no differences in any of the study variables between the students who completed the follow-up and those who did not. The socio-economic levels were determined according to the Spanish Society of Epidemiology (2000): 26.9% low; 6.1% medium-low; 34.3% medium; 20.1% medium-high and 12.5 % high.

#### **3.3.2. Instruments.**

The Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ; Riskind et al., 2000) was used to measure LCS. The questionnaire consists of six scenarios describing potentially stressful situations and measures the tendency of a person to estimate the increased risk of the threat, and the progressive worsening or acceleration of it. There are three scenarios assessing physical looming (e. g., physical illnesses) and other three assessing social looming (e. g., public speaking). The items were translated into Spanish using a back-translation method (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013) and one of the social scenarios was adapted to the Spanish culture. In the scenarios that are presented in the questionnaire, the individual must

imagine each scene in detail and complete three questions about each scenario using a 5-point Likert response format. The individual scores are added such that the higher the score, the greater the LCS.

Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30; Caballo, Salazar, Arias, Irurtia, & Calderero, 2010) was used to assess social anxiety. It contains 30 items, each one rated on a 5-point scale (1 = *nothing*, 5 = *very much*). The questionnaire has shown good internal consistency and validity (Caballo et al., 2010). In this study Cronbach's alpha was .91.

Symptoms Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 2002) was used to measure depression and generalized anxiety symptoms. The depression subscale comprises 13 items and the generalized anxiety subscale 10 items. The response format is a 5-point scale: 0 (*absence of the symptom*) to 4 (*maximum disturbance*). The Spanish translation of this measure has good psychometric properties (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer, & Viñas-Poch, 2007). In our study Cronbach's alphas were .89 for depression and .86 for generalized anxiety.

### **3.3.3. Procedure.**

The students were invited to participate in this study. The responses were anonymous and the participation was voluntary. All the students agreed to participate. The participants filled in the questionnaires in their classrooms answering first the LMSQ and next the social anxiety, depression and generalized anxiety questionnaires. The questionnaires took between 45 and 60 minutes to complete. The measures at T1 were taken between September and October of 2011 and measures of T2 between March and April of 2012. To pair the questionnaires of T1 and T2, a code, known only by the participant, was used.

## Data analysis

First, an exploratory factor analysis (EFA) was performed employing principal component analysis with direct oblimin oblique rotation to explore the factor structure of the LMSQ. Next, a confirmatory factor analysis (CFA) was carried out to confirm the latent structure of the LMSQ. The models were tested via maximum likelihood estimation with LISREL 8.8 (Jöreskog & Sörbom, 2006). Following the recommendations of Hu and Bentler (1999), goodness of fit was assessed by the comparative fit index (CFI; values of .95 or greater indicate that the model adequately fits the data), the root mean squared error of approximation (RMSEA; values of .06 or less indicate that the model adequately fits the data), and the standardized root-mean-square residual (SRMR; values of .08 or less indicate that the model adequately fits the data). In addition, we used Akaike's Information Criterion (AIC) and the Bayesian Information Criterion (BIC), each of which builds on the statistic  $\chi^2$  by penalizing it for the addition of parameters (Raftery 1995). The scale of each construct was set using the effects-coding method (Little, Slegers, & Card, 2006). Multiple group analyses were carried out to examine the invariance of the model across gender and between anxious and non-anxious individuals. To test concurrent validity, zero order correlations and partial correlations between looming scales and generalized anxiety, social anxiety and depression were calculated. Lastly, we employed test-retest correlations to assess relative stability of the looming subscales and paired *t*-tests for mean levels of each looming subscale at baseline and follow-up to test the absolute stability.

### 3.4. Results

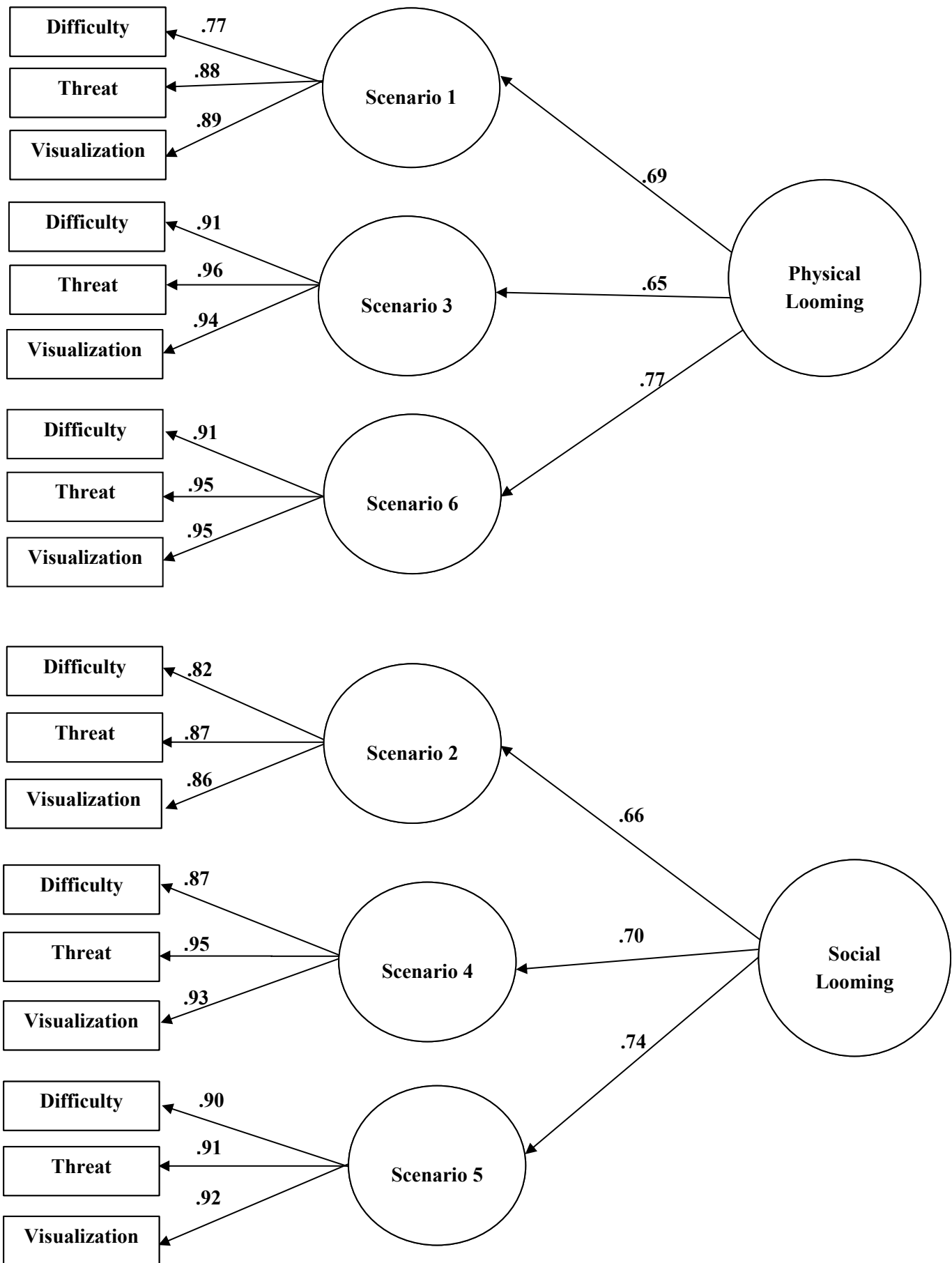
#### 3.4.1. Factor Structure.

The Scree Test indicated a six-factor solution that accounted for 78.90% of the variance. The first-order solution coincides with the six vignettes or scenarios of the questionnaire. Factor loadings ranged between .80 and .93.

A confirmatory factor analysis was carried out to confirm the structure found. The fit indexes were excellent for the model,  $\chi^2(120, n = 1128) = 333$ , RMSEA = .040 (90% CI: 0.035; 0.045), CFI = .99, SRMR = .059, AIC = 434, BIC = 690,35. A one factor model was calculated to compare it with the six factor model. Fit indexes were considerably better for the 6 first-order correlated than for the one factor model, which increased  $\chi^2$  significantly,  $\Delta \chi^2(15, N=1128) = 8542, p = .001$ .

Finally, we examined a second-order structure with two second order factors corresponding to social LCS and physical LCS (see Figure 3.1). The fit indexes were excellent,  $\chi^2(128, n = 1128) = 369$ , RMSEA = .041 (90% CI: 0.036; 0.046), CFI = .99, SRMR = .070, AIC = 454, BIC = 670. These fit indexes were slightly poorer than those obtained by the six first-order factor structure and the increase of  $\chi^2$  was significant,  $\Delta \chi^2(8, n = 1128) = 28, p < .001$ . However, according to the BIC, which penalizes the number of parameters more strongly than does the AIC, the hierarchical solution is a more parsimonious model and, thus, provides a good solution to the data. Factor loadings are presented in Figure 3.1. A second order factor with a unique second order factor corresponding to looming was also calculated. Fit indexes were good  $\chi^2(129, n = 1128) = 647$ , RMSEA = .065 (90% CI: 0.060; 0.070), CFI = .97, SRMR = .039, AIC = 837, BIC = 942 but significantly poorer than those obtained for the two second order factor structure  $\Delta \chi^2(1, n = 1128) = 278, p < .001$ .

Figure 3.1. Confirmatory factor analysis of the LMSQ.



### 3.4.2. Gender differences.

Gender differences in social, physical and total LMSQ scores were tested and are presented in Table 3.1 Both Levene and Kolmogorov-Smirnov tests were applied to assess respectively the homoscedasticity and normality assumptions on the distribution of LMSQ scores, concluding that data meets both assumptions. Females scored significantly higher than males in all the scales. Effect sizes were moderate. Furthermore, the overall prevalence of clinically significant generalized social anxiety, using the criteria of the SAQ-A30 (Caballo, Salazar, Iurrtia, Arias, & Hofmann, 2012) was 36% and 24% for female and males, respectively.

Table 3.1. Gender differences in LMSQ.

	Females (N = 637)		Males (N = 480)		<i>t</i>	Cohen's <i>d</i>
	M	SD	M	SD		
Social-Looming	30.31	6.73	27.30	7.09	8.68*	0.45
Physical-Looming	30.05	6.46	27.00	6.38	7.24*	0.48
Total-Looming	60.36	11.72	54.24	11.59	7.84*	0.53

Note. \* $p < .001$

We also investigated whether the measurement model of looming was equivalent across men and women through a multiple-group analysis. For this purpose, the following steps were carried out. First, we estimated the model for female and male separately. The fit indexes were adequate for male,  $\chi^2(128, n = 480) = 158$ , RMSEA = .052 (90% CI: .044; .060), NNFI = .98, CFI = .99, SRMR = .08, and for female participants,  $\chi^2(128, n = 637) = 175$ , RMSEA = .047 (90% CI: .040; .054), NNFI = .99, CFI = .99, SRMR = .07. Second, we tested the configural invariance of the model to demonstrate that the pattern of fixed and free parameters was equivalent across subsamples,  $\chi^2(256, n = 1117) = 333$ , RMSEA = .049 (90% CI: .044; .054), NNFI = .99, CFI = .99. Third, we performed a weak factorial invariance test, which implies that

the relative factor loadings are equal across subsamples. This constriction did not increase  $\chi^2$  significantly,  $\Delta\chi^2(18, n = 1117) = 15, ns$ . Finally, we tested the invariance of the variances and covariances of latent variables in the model. This constriction did increase  $\chi^2$  significantly,  $\Delta\chi^2(7, n = 1117) = 32, p < .001$ , indicating that there were differences between male and female in some of these parameters. We examined each parameter separately to identify the differences. These analyses indicated that the covariance between the two second-order latent variables was higher for female than for male (.90 vs. .79),  $\Delta\chi^2(1, n = 1117) = 5, p = .02$ . The rest of parameters were equivalent.

We then investigated the invariance of the measurement model of looming by comparing subgroups that have significant, clinically relevant social anxiety and those that do not. Using the cutoff scores provided for the CASO (Caballo et al., 2012), 332 participants (29.6%) met criteria for clinically significant generalized social anxiety. We examined whether the measurement model of looming was equivalent across participants that have clinically significant social anxiety and those that do not through a similar procedure to that used above. The fit indexes were adequate for clinically significant social anxious participants,  $\chi^2(128, n = 332) = 90$ , RMSEA = .054 (90% CI: .042; .066), NNFI = .98, CFI = .99, SRMR = .10, and non-anxious,  $\chi^2(128, n = 796) = 225$ , RMSEA = .047 (90% CI: .041; .052), NNFI = .99, CFI = .99, SRMR = .07. Second, we tested the configural invariance of the model to demonstrate that the pattern of fixed and free parameters was equivalent across subsamples,  $\chi^2(256, N = 1128) = 315$ , RMSEA = .047 (90% CI: .042; .052), NNFI = .99, CFI = .99. Third, we performed a weak factorial invariance test, which implies that the relative factor loadings are equal across subsamples. This constriction did not increase  $\chi^2$  significantly,  $\Delta\chi^2(18, n = 1128) = 12, ns$ . Finally, we tested the invariance of the variances and covariances of latent variables in the model. This constriction did not increase  $\chi^2$  significantly,  $\Delta\chi^2(7, N = 1128) = 6, ns$ . Thus, the analyses indicated that the measurement

model of looming is invariant across a subgroup that exhibited significant and clinically relevant social anxiety, using cutoffs of measures, and a subgroup that did not.

### 3.4.3. Correlations among Looming, Anxiety, Social Anxiety, and Depression.

Correlations among looming and each psychological problem were significant (Table 3.2). However, as the psychological problems were highly related to each other we estimated partial correlations between each pair of variables (looming scale and psychological problem), partialling out the effects of the other two psychological problems.

Table 3.2. Correlations among study variables.

	1	2	3	4	5
1. Social-Looming	1				
2. Physical-Looming	.54**	1			
3. Social-Anxiety	.46**	.34**	1		
4. Depression	.30**	.22**	.33**	1	
5. Generalized-Anxiety	.13**	.32**	.23**	.47**	1

Note. \*\*  $p < .001$ ; \* $p < .05$

As can be seen in Table 3.3, social LMSQ correlated only with social anxiety, whereas physical LMSQ and total LMSQ independently correlated both with social anxiety and generalized anxiety. However, the LMSQ scales did not independently correlate with depression.

Table 3.3. Partial Correlations among study variables.

	<b>Social Anxiety</b>	<b>Generalized Anxiety</b>	<b>Depression</b>
Social-Looming	.39**	.01	.08
Physical-Looming	.26**	.21**	.09
Total-Looming	.39**	.14*	.11

Note. \*\*  $p < .001$ ; \* $p < .05$

#### **3.4.4. Internal Consistency.**

Internal consistency for the LMSQ was assessed using Cronbach's alpha coefficients, being .94 for the total score, .84 for social LMSQ and .85 for physical LMSQ. All were above the recommended .70 minimum demarcation criterion.

#### **3.4.5. Stability of Looming.**

We examined the stability of the second order factors over 6 months in the subsample of participants who were followed up. The test-retest correlations were from moderate to high (Table 3.4). The paired *t*-tests for mean levels at baseline and follow-up indicated significant differences in all the scales. Overall, effect sizes were small. Similar results were found in the subsample that exceeded the cut-off criteria for clinically relevant generalized social anxiety.

Table 3.4. Relative and absolute stability of looming variables.

	Relative Stability	Absolute Stability				
	Test-retest	Time 1 Mean (SD)	Time 2 Mean (SD)	<i>t</i>	Cohen's <i>d</i>	<i>p</i>
<b>Follow-up sample (<i>n</i> = 675)</b>						
<b>Social-Looming</b>	.52*	28.81 (6.46)	27.68 (6.82)	4.51	0.35	.000
<b>Physical-Looming</b>	.56*	29.28 (6.82)	28.60 (6.75)	2.77	0.21	.006
<b>Total-Looming</b>	.59*	58.09 (11.55)	56.27 (12.24)	4.36	0.34	.000
<b>Clinical subsample (<i>n</i> = 154)</b>						
<b>Social-Looming</b>	.38*	32.27 (5.55)	30.61 (5.87)	3.95	0.29	.000
<b>Physical-Looming</b>	.49*	31.92 (5.76)	30.85 (5.98)	2.74	0.18	.007
<b>Total-Looming</b>	.52*	64.19 (9.57)	61.47 (10.56)	4.17	0.27	.000

Note. \**p* < .001

### **3.5. Discussion**

Although numerous studies have used the LMSQ, the present study conducted a more thorough psychometric evaluation of the LMSQ than has been done in the past. As would be expected, the first order factor structure of the LMSQ items yielded six factors that corresponded closely to the six scenarios of the questionnaire. Of more importance, the putative second order factor structure, where scenarios were grouped into the social LMSQ and physical LMSQ, also obtained excellent goodness of fit indexes and had better parsimony. This second order two factor structure supports the theoretical distinction between the two broad domains of LCS (Riskind et al., 2000) as well as buttresses the results of prior studies which have used the social and physical LMSQ as separate LMSQ subscales (Brown & Stopa, 2008; Riskind et al., 2007; Williams et al., 2005; Riskind et al., 2011). Although several prior studies used SEM analyses on the LMSQ, these used social and physical looming score totals as indicators for a single latent looming style, whereas the present study has used individual items of the LMSQ as indicator variables for SEM.

An important finding of this study is that the measurement models of the LMSQ were invariant both across women and men and across clinically relevant generalized social anxious participants and non-anxious participants. The exception was a stronger association between social and physical looming factors in women than in men. In tandem with the largely invariant measurement models, women also had significantly higher scores on the LMSQ than men, consistent with the higher rates of several anxiety disorders among women (McLean et al., 2011). These results on gender differences in LMSQ may help to shed light on the greater propensity of females to develop anxiety disorders. The gender differences in LMSQ are particularly robust given that the measurement model of the LMSQ was invariant

in the multi-sample analyses across male and female subsamples. Consequently, future studies may find it fruitful to further examine whether gender differences in LCS contribute to explaining gender differences in the development and maintenance of anxiety symptoms.

The invariance of the measurement models across subsamples of clinically relevant generalized social anxious participants and non-anxious participants is also indicative of the strength and consistency of the measure. However, future research should confirm these findings in clinical samples. A further finding was that the measures of the LMSQ were moderately stable over a period of six months both in the general sample and in a subsample of participants who scored high in social anxiety. The relative stability found for the LMSQ along with the small effect sizes of differences between Time 1 and Time 2, support the idea that LMSQ functions as a moderately stable vulnerability schema (Riskind, et al. 2000; Riskind et al, 2006). One caveat, however, is that such long-term stability correlations make it more difficult to differentiate true change in LCS from measurement error (Watson, 2004).

As hypothesized by the looming vulnerability model, the two subscales of the LMSQ exhibited cognitive specificity and differentiated anxiety from depression symptoms. These findings are consistent with prior studies (Brown & Stopa, 2008; Riskind et al. 2000; Riskind et al., 2011; Williams et al., 2005) and support the idea that despite the high anxiety-depression overlap (LeMoult & Joormann, 2012), anxiety and depression appear to be associated with at least partly distinct cognitive processes.

Also consistent with past findings, social LMSQ was associated only with social anxiety which suggests that the tendency to build dynamic images of a progressive fear of being evaluated negatively is specific to social anxiety (Brown & Stopa, 2008; Riskind et al., 2011; Williams et al., 2005). In contrast, physical LMSQ was related to both generalized anxiety and social anxiety. Interestingly, the present results suggest that physical LMSQ is independently related to both social and generalized anxiety when the other is controlled.

These findings are contrary to the findings of a prior study by Brown and Stopa (2008) with a nonclinical sample that no LMSQ component was correlated with generalized anxiety when controlling for social anxiety (fear of negative evaluation). However, the present results may converge with those of Riskind et al. (2011) that found evidence that physical LMSQ is associated with both social anxiety disorder and generalized anxiety disorder in treatment-seeking clinical patients.

This study is not without limitations. First, the study is subject to all the usual limitations of self-report. Hence, future studies could benefit from using structured interviews to assess anxiety and depression. Second, caution is needed in generalizing the present findings to clinical patients with diagnosed anxiety disorders. In addition, future studies may examine whether measurement invariance is found across different types of anxiety disorders.

Despite these limitations, the present study used the largest sample of participants to date to evaluate the psychometric properties of the LMSQ. Moreover, the present study makes new contributions in showing the structural invariance of the LMSQ across gender and levels of severity of social anxiety. In conclusion, the LMSQ is a reliable and valid to assess in which scenarios the individual is more vulnerable. It also can be incorporated to intervention approaches derived from the looming vulnerability model (Riskind, Rector, and Taylor, 2012).

### **3.6. Acknowledgments**

This research was supported by a grant from the MICINN (Spanish Government; PSI2010-15714) and a predoctoral grant from the Basque Government to the first author (BFI-2012-211).

### 3.7. References

- Adler, A. D., & Strunk, D. R. (2010). Looming Maladaptive Style as a Moderator of Risk Factors for Anxiety. *Cognitive Therapy & Research, 34*, 59-68. doi:10.1007/s10608-008-9221-y
- Beck, R., & Perkins, T.S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 651-663.
- Black, D., Riskind, J. H., & Kleiman, E. M. (2010). Lifetime history of anxiety and mood disorders predicted by cognitive vulnerability to anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*, 215-227. doi:10.1521/ijct.2010.3.3.215
- Brown, M. A., & Stopa, L. (2008). The looming maladaptive style in social anxiety. *Behavior Therapy, 39*, 57-64. doi:10.1016/j.beth.2007.04.004
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruetia, M., & Calderero, M. (2010). Validación del 'Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos' (CASO-A30) en universitarios Españoles: Similitudes & diferencias entre carreras universitarias & comunidades autónomas. *Behavioral Psychology, 18*, 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruetia, M., Arias, B., & Hofmann, S. G. (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy, 43*(2), 313-328. doi:10.1016/j.beth.2011.07.001
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos & estructura factorial en estudiantes universitarios [Symptom Check-List-90-R: Reliability, normative data and factor structure in college students] *International Journal of Clinical And Health Psychology, 7*, 781-794.

- Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 items. Madrid: TEA Ediciones.
- Elwood, L., Riskind, J., & Olatunji, B. (2011). Looming Vulnerability: Incremental Validity of a Fearful Cognitive Distortion in Contamination Fears. *Cognitive Therapy & Research, 35*, 40-47. doi:10.1007/s10608-009-9277-3
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). LISREL 8.8. Scientific Software International, Inc.
- LeMoult, J., & Joormann, J. (2012). Attention and Memory Biases in Social Anxiety Disorder: The Role of Comorbid Depression. *Cognitive Therapy & Research, 36*, 47-57. doi:10.1007/s10608-010-9322-2
- Little, T. D., Slegers, D. W., & Card, N. A. (2006). A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. *Structural Equation Modeling, 13*, 59-72.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45*(8), 1027-1035. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema, 25*(2), 151-157.
- Raftery, A. E. (1995). Bayesian model selection in social research. *Sociological Methodology, 25*, 111-163.

- Reardon, J. M., & Williams, N. L. (2007). The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(5), 625-643. doi:10.1016/j.janxdis.2006.09.013
- Riskind, J. H., & Rector, N. A. (2007). Beyond belief: Incremental prediction of obsessive-compulsive disorder by looming vulnerability illusions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*, 243-256. doi:10.1891/088983907781494564
- Riskind, J. H., Rector, N. A., & Cassin, S. E. (2011). Examination of the convergent validity of looming vulnerability in the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(8), 989-993. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.004
- Riskind, J. H., Rector, N. A., & Taylor, S. (2012). Looming cognitive vulnerability to anxiety and its reduction in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 22*(2), 137-162. doi:10.1037/a0028011
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (2005). The Looming Cognitive Style and Generalized Anxiety Disorder: Distinctive Danger Schemas and Cognitive Phenomenology. *Cognitive Therapy & Research, 29*, 7-27. doi:10.1007/s10608-005-1645-z
- Riskind, J. H., Black, D., & Shahar, G. (2010). Cognitive vulnerability to anxiety in the stress generation process: Interaction between the Looming Cognitive Style and Anxiety Sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 124-128. doi:10.1016/j.janxdis.2009.09.007
- Riskind, J. H., Rector, N. A., & Cassin, S. E. (2011). Examination of the convergent validity of looming vulnerability in the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 989-993. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.004
- Riskind, J. H., Rector, N. A., & Taylor, S. (2012). Looming cognitive vulnerability to anxiety and its reduction in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 22*, 137-162. doi:10.1037/a0028011

- Riskind, J. H., Tzur, D., Williams, N. L., Mann, B., & Shahar, G. (2007). Short-term predictive effects of the looming cognitive style on anxiety disorder symptoms under restrictive methodological conditions. *Behaviour Research & Therapy, 45*, 1765-1777. doi:10.1016/j.brat.2006.12.007
- Riskind, J. H., Williams, N. L., & Joiner, T. E. (2006). The looming cognitive style: A cognitive vulnerability for anxiety disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 779-801. doi:10.1521/jscp.2006.25.7.779
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 837-852. doi:10.1037/0022-3514.79.5.837
- Spanish Society of Epidemiology (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria, 25*, 350-363.
- Watson, D. (2004). Stability versus change, dependability versus error: Issues in the assessment of personality over time. *Journal of Research in Personality, 38*, 319-350.
- Williams, N. L., Shahar, G., Riskind, J. H., & Joiner, T. E. (2005). The looming maladaptive style predicts shared variance in anxiety disorder symptoms: further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 157-175. doi:10.1016/j.janxdis.2004.01.003

## **ESTUDIO 2** El papel del maltrato emocional y el Estilo Cognitivo de *Looming* en el desarrollo de síntomas de ansiedad social en adolescentes

González-Diez, Z., Orue, I. y Calvete, E. (2016). The role of emotional maltreatment and looming cognitive style in the development of social anxiety symptoms in late adolescents. *Anxiety, Stress & Coping*, 1-13. doi:10.1080/10615806.2016.1188920



#### 4.1. Resumen

El estilo cognitivo de looming social es una vulnerabilidad cognitiva que actúa como un esquema de peligro que es el responsable de la aparición de sesgos en el procesamiento de la información relacionada con la amenaza en el desarrollo de ansiedad social. Este modelo postula que las experiencias negativas tempranas son muy importantes a la hora de desarrollar el Estilo Cognitivo de Looming (ECL). Además, la investigación ha encontrado vínculos entre el maltrato emocional de los padres y la victimización por parte de iguales con el desarrollo de la ansiedad social. Se utilizó un diseño longitudinal con tres tiempos para analizar el papel del maltrato emocional por parte de los padres y la victimización por parte de iguales en la aparición de síntomas de ansiedad social a través del estilo cognitivo de looming (ECL). La muestra final se compuso de 307 chicas y 243 hombres ( $M_{\text{edad}} = 16.97$ ,  $DT_{\text{edad}} = .81$ ). El maltrato emocional percibido por parte de los padres y la victimización de los iguales fue medida en el Tiempo 1, el social looming por su parte fue medido en el Tiempo 1 y 2, y los síntomas de ansiedad social fueron medidos en el Tiempo 1,2 y 3. El maltrato emocional por parte de los padres y la victimización por parte de iguales se asoció a los síntomas de ansiedad social transversalmente. De forma longitudinal, el looming social actuó como mediador entre la relación del maltrato emocional por parte de los padres y los síntomas de ansiedad social. Estos hallazgos subrayan la necesidad de comprender los mecanismos a través de los cuales el maltrato emocional y por parte de iguales impactan en el estilo cognitivo de looming y contribuyen al desarrollo de síntomas de ansiedad social.

*Palabras clave:* Looming social, maltrato emocional por parte de los padres , maltrato por parte de iguales, ansiedad social

**Background:** Social looming constitutes a specific cognitive vulnerability that acts as a danger schema and biases the processing of threat-related information associated with the development of social anxiety disorder. This model characterizes early negative experiences as critical to the formation of looming cognitive style. Furthermore, research has found links between parental emotional abuse and peer victimization and social anxiety. **Design:** A three-wave longitudinal design was used to analyze the role of parents' emotional abuse and peer victimization in the onset of social anxiety symptoms through the development of this cognitive style. **Methods:** The final sample was made up of 307 females and 243 males ( $M_{age} = 16.97$ ,  $SD_{age} = .81$ ). Perceived parents' emotional abuse and peer victimization by participants were measured at Time 1, social looming was measured at Time 1 and 2, and social anxiety symptoms were measured at Times 1, 2, and 3. **Results:** Parents' emotional abuse and peer victimization were related to social anxiety cross-sectionally. Longitudinally, social looming acted as a mediator in the relationship between parents' emotional abuse and social anxiety. **Conclusions:** These findings highlight the need to better understand the mechanisms through which emotional abuse and peer victimization impact social looming and contribute to social anxiety.

*Keywords:* Social looming, parents' emotional abuse, peer victimization, social anxiety

## **4.2. Introduction**

Social anxiety disorder (SAD) consists of persistent fear of one or more social situations or activities in which the person is exposed to unknown people or to a possible evaluation by others. The person fears that he or she will act in an embarrassing and humiliating way, and that signs of anxiety will be too obvious (American Psychiatric Association, 2013). Epidemiological studies point to SAD as one of the most common disorders, together with depression and specific phobias (Kessler et al., 2012). It is also one of the disorders with the highest psychological demand for attention due to its highly disabling condition (Bernaldo-de-Quirós et al., 2012). Even at the subclinical level, anxiety symptoms are associated with impaired functioning in different areas of a person's life (Crome & Baillie, 2014) and, in extreme cases, it could derive into social isolation (Aderka et al., 2012; Sung et al., 2012).

As is the case with many psychological disorders, it is risky to attribute its occurrence and development to a single factor. There are a number of contributing factors for the development of SAD. Etiological models suggest that early childhood trauma at home is one of the factors that contributes to its development (Bishop, Rosenstein, Bakelaar, & Seedat, 2014), damaging the link established between the person and the environment (Muller, Thornback, & Bedi, 2012).

### **4.2.1. Emotional Abuse and Social Anxiety.**

A line of research has focused on the negative effects of parents' emotional, physical, and sexual abuse for the psychological development of children and adolescents (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Pollak, 2003). Psychological or emotional abuse is defined as verbal assaults on self-worth by parent/caretaker (Bromfield, 2005) and it can occur with

physical and/or sexual abuse or in their absence. Although occasionally, emotional abuse is not as obvious as other forms of maltreatment, its consequences may be especially relevant for the development of psychological problems such as depression and social anxiety (Gibb, Chelminski, & Zimmerman, 2007; Knappe et al., 2009). For example, diagnoses of major depression and social phobia were significantly more strongly related to reports of childhood emotional abuse than to physical or sexual abuse (Gibb et al., 2007). Furthermore, emotional abuse was also associated with the severity of social anxiety, trait anxiety, depression, and low self-esteem (Iffland, Sansen, Catani, & Neuner, 2012; Kuo, Goldin, Werner, Heimberg, & Gross, 2011) and with greater symptom severity and poorer functioning, resilience, and quality of life (Simon et al., 2009).

Furthermore, the relations that people establish with their peers, especially during adolescence, are as important as their parent-child relationships (Epkins & Heckler, 2011; La Greca & Harrison, 2005). Problematic peer relations, particularly peer victimization (social exclusion, threats, and verbal and physical aggression) play an important role in maladaptive emotional functioning (La Greca, Davila, & Siegel, 2008; La Greca & Harrison, 2005). Peer victimization is associated with feelings of depression, anxiety, and low self-worth and also with social anxiety both in clinical (McCabe, Miller, Laugesen, Antony, & Young, 2010) and nonclinical samples (Calvete, 2014; Epkins & Heckler, 2011; Erath, Flannagan, & Bierman, 2007; Hawker & Boulton, 2000). Thus, several researchers have come to the conclusion that the experience of being victimized by peers in childhood or adolescence is a risk factor for the development of social anxiety (La Greca & Harrison, 2005; McCabe et al., 2010; Storch, Masia-Warner, Crisp, & Klein, 2005). The potential consequence of maltreatment on psychosocial adjustment depends on the type of abuse. On the one hand, overt victimization is defined as behaviors consisting of inducing harm to a person through physical actions or

threats, on the other, relational victimization consist of manipulation behavior aimed to damage to peer relationships, and particularly to friendship and acceptance (Hawker & Boulton, 2000). Both, relational victimization, and overt victimization were strongly related to social anxiety (La Greca & Harrison, 2005; Storch, & Masia-Warner, 2004).

#### **4.2.2. Looming Cognitive Style as a Mediator of the Relationship between Emotional Abuse and Social Anxiety.**

Cognitive models of anxiety emphasize attention and interpretation biases as vulnerability factors (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Threat-related biases for negative stimuli in the environment are a generalized phenomenon in anxious individuals (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2007; Rudolph & Zimmer-Gembeck, 2014). There is also evidence that shows that emotional abuse by parents and peer victimization are both associated with social anxiety (Calvete, 2014) and that emotional abuse contributes to the development of cognitive patterns related to the onset of depression like negative cognitive style (Gibb, 2002). However, few longitudinal studies have explored whether attention and interpretation biases act as potential mechanisms accounting for this association (Gulley, Oppenheimer, & Hankin, 2014). In one of these studies, Calvete (2014) found that early maladaptive schemas mediated the predictive association between emotional abuse by peers and the development of depression and social anxiety in adolescents. In the same study, emotional abuse by parents directly predicted the increase of depression but not of social anxiety. Negative cognitive style was found as a mediator between emotional abuse and the onset of depression (Liu, Choi, Boland, Mastin, & Alloy, 2013). Therefore, there is enough research regarding the role of cognitive vulnerabilities as mediators between emotional abuse and depression, which makes us wonder if something similar happens in the

field of social anxiety (Hamilton et al., 2013; Liu, Alloy, Abramson, Iacoviello, & Whitehouse, 2009).

In this context, a potential mechanism that deserves attention is the looming cognitive style (LCS). LCS was proposed to reconceptualize the special and unique cognitive content of anxiety, identified as a distinct maladaptive cognitive style that creates vulnerability to anxiety and its disorders (Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak, & Cortina, 2000; Williams, Shahar, Riskind, & Joiner, 2005). LCS is a danger schema that pervasively biases the processing of threat-related information by focusing on the dynamic cognitive phenomenology of intensifying danger and rapidly rising risk, seen in pathological anxiety (Riskind et al., 2000). This model assumes that exaggerated appraisals of threat contribute to the onset, exacerbation, and maintenance of anxiety and its disorders. A person with this schema tends to exhibit heightened states of vigilance, even in the absence of objectively threatening information. LCS is specific for each type of anxiety. Social LCS pertains to socially threatening scenarios. After controlling for depression and trait anxiety, LCS for social threats has been found to be significantly and independently associated with social anxiety, both in nonclinical (Brown & Stopa, 2008; González-Díez, Orue, Calvete, & Riskind, 2014; Haikal & Hong, 2010; Riskind et al., 2013; Williams et al., 2005) and clinical samples (Riskind, Rector & Cassin, 2011).

LCS model characterizes early experiences as critical to the formation of this cognitive style (Riskind & Williams, 2006). According to this theory, emotional abuse, in general, can have a profound effect on the child's developing cognitive-affective schemas and can deeply influence information processing being critical to the formation of the LCS and a common cognitive liability to future anxiety disorders. These adverse experiences lead individuals to envision rapidly intensifying danger of humiliating or social rejection and in

turn cause the appearance of social anxiety symptoms (Riskind et al., 2004; Riskind & Williams, 2006). Nevertheless, previous empirical studies for this hypothesis are scarce. There is only one study in our knowledge where the links between early experiences with parents and caregivers and LCS model were tested. This study found in a sample of undergraduate students that retrospective perceptions of how they were parented predicted their subsequent levels of the LCS (Riskind et al., 2004).

#### **4.2.3. Moderating Role of Gender in the Relationship between Abuse, Social Looming and Social Anxiety.**

There are several studies revealing the existence of gender differences in the onset and development of social anxiety (Beesdo-Baum et al., 2012; Caballo et al., 2014; Xu et al., 2012). Most of these studies report that women score significantly higher than men on self-report measures of social anxiety, which is consistent with the predominance of almost all anxiety disorders among women (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). Furthermore, it has been found that women score higher than men on social LCS (González-Díez et al., 2014). In the light of these gender differences, we studied gender differences in the relationship between abuse, social looming, and social anxiety. Previous studies have found mixed results regarding gender moderation in the relationship between cognitive variables and social anxiety. For example, Calvete, Orue, and Hankin (2013) explored the role of early maladaptive schemas and negative automatic thoughts in the prediction of social anxiety symptoms. They found that, although girls displayed more symptoms of social anxiety than boys, as well as higher scores on almost all of the cognitive variables measured, the pattern of predictive associations was similar both for girls and boys. Another study found that dysfunctional cognitions were related to more social anxiety symptoms in adolescent girls but

not in boys (de Jong, Sportel, de Hullu, & Nauta, 2012). Another similar study found- this in boys, whereas no such relationship was found in girls (Glashouwer, Vroling, De Jong, Lange, & De Keijser, 2013). Regarding gender moderation in the relationship between abuse and social anxiety, it was found that rejection by parents had a greater impact on the levels of social anxiety in adulthood for men than for women (Giaouzi & Giovazolias, 2015) while the problems that may emerge in peer relationships are more strongly linked to social anxiety for women than for men (Ranta, Kaltiala-Heino, Frojd, & Marttunen, 2013). Therefore, it seems important to examine whether gender moderates the relationships between the variables in the present study.

### **4.3. Hypothesis and Overview of the Present Study**

Although several studies have assessed the mechanisms through which various forms of abuse lead to the development of psychopathology (Calvete, 2014; Gibb et al., 2007; Gulley et al., 2014; Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick, & Goodwill, 2015), no study has yet examined whether LCS acts as a mediator between the experiences of family and peer victimization and the development of symptoms of social anxiety.

The aim of this study was to analyze the role of social LCS as a mediator between parents' emotional abuse and peer victimization and social anxiety symptoms. It was predicted that emotional abuse perpetrated by parents and peer victimization would be associated with higher social LCS and this, in turn, would predict higher scores on social anxiety symptoms. To our knowledge, this is the first study that explores the role of parents' emotional abuse and peer victimization in the development of this information-processing bias. A three-wave longitudinal design was used to test this hypothesis in a sample comprised of late adolescents.

Finally, due to the gender differences in social anxiety symptoms and social LCS (González-Díez et al., 2014; McLean et al., 2011), we also examined whether gender moderated the above mediational model. We selected adolescents for this study because, according to previous studies, it constitutes the highest risk period for the onset of social anxiety (Beesdo-Baum et al., 2012).

#### **4.4. Method**

##### **4.4.1. Participants.**

The initial sample was made up of 573 students. They were all recruited from five high schools, 73% of them from the first grade of high school and 27% from the second grade. The final sample was made up of 550 students (307 females and 243 males) who completed all three assessments. The lack of participation was caused almost entirely by sickness or absence. All the participants were between 16 and 19 years old ( $M_{age} = 16.97$ ,  $SD_{age} = 0.81$ ).

The socio-economic levels were determined by parental education and income according to the Spanish Society of Epidemiology and Family and Community Medicine Working Group (2000): 26.9% low; 6.1% medium-low; 34.3% medium; 20.1% medium-high, and 12.5% high.

##### **4.4.2. Procedure.**

The study has been evaluated and approved by the Ethics Committee of the University of Deusto. High schools were contacted first by telephone and the study was explained in order to get their permission. As there were no student names included on the surveys, the school staff chose to collect passive consent from parents. Thus, parents were notified and given the option of refusing to allow their child's participation in the three waves

of the study. Responses were anonymous in order to promote honesty, and participation was voluntary. None of the adolescents refused to participate in the study. After finishing the questionnaires, all adolescents were provided with information for clinical services and referrals.

The research was presented as a study about anxiety and its consequences in different situations. The assessments occurred at three-time points, each of which was separated by 6 months: at the beginning of the school year (T1), 6 months later (T2), and 1 year later (T3).

The participants filled in the questionnaires in their respective classrooms. The questionnaires took between 45 and 60 minutes to complete. To pair the questionnaires of T1, T2, and T3 and preserve confidentiality, a code, only known by the participant, was used. A series of t-tests was conducted to examine differences in all study variables at T1 among the 550 adolescents who completed the three waves and those who failed to complete the study. None of these analyses were significant.

#### **4.4.3. Instruments.**

To assess parents' emotional abuse, the Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTS-PC, Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) was used. This instrument comprises 6 items. An item example is: "In my house, my mother or my father makes me feel not very valuable" or "In my house, my mother or my father treats me coldly". The responses are rated on a 4-point scale Likert ranging from 1 (*never*) to 4 (*very often*). The alpha coefficient in this study at Time 1 (T1) was .82.

Abuse by peers was measured using the Victimization Scale of the Peer Relations Questionnaire for Children (PRQ; Rigby, 1996). The Victimization Scale includes 6 items. This measure comprises both relational and overt victimization items (e.g., "At school, they pick on me", "At school, they leave me out of the group intentionally", "At school, they

threaten to hit me but they didn't do it"). Participants indicate the frequency with which this type of experience has occurred on a 4-point response scale ranging from 1 (*Has not occurred*) to 4 (*Occurs very often*). This instrument shows good psychometric properties (Bond, Wolfe, Tollit, Butler, & Patton, 2007). Cronbach's alpha coefficient in this study was .88. at T1.

*The Looming Maladaptive Style Questionnaire* (LMSQ; Riskind et al., 2000) was used to measure social LCS. The scale consists of three scenarios describing potentially stressful social situations (e.g., public speaking, romantic situation, or social rejection) and measures a person's tendency to perceive threats as rapidly escalating and coming closer. The Spanish version of LMSQ has good psychometric properties (González-Díez et al., 2014). In the scenarios that are presented in the questionnaire, the person must imagine each scene in detail and complete three questions about each scenario using a 5-point Likert response format (i.e., "In this scene, are the chances of your having difficulty decreasing or expanding at each moment? Is the level of threat in the encounter staying fairly constant or is it growing rapidly larger with each passing moment? How much do you visualize your problem as becoming progressively worse?"). Alpha coefficients for social LCS subscale were .83 at Time 1 (T1) and .87 at Time 2 (T2).

*The Social Anxiety Questionnaire for Adults* (SAQ-A30; Caballo, Salazar, Arias, Iruña, & Calderero, 2010) was used as a social anxiety measure. It contains 30 items, each one rated on a 5-point scale (1 = *nothing*, 5 = *very much*). Previous research has shown that this questionnaire has good internal consistency and validity in university student samples (Caballo, Salazar, Iruña, Arias, & Hofmann, 2012). In this study, Cronbach's alpha coefficient was .92 at T1, and .91 at T2 and Time 3 (T3).

#### **4.5. Results**

#### 4.5.1. Descriptive Analysis.

Table 4.1 displays the descriptive statistics and correlations between the variables of the study: parents' emotional abuse, peer victimization, social LCS, and social anxiety symptoms. Most of the variables were significantly correlated. As can be seen, the correlations between peer victimization and social anxiety both at T1 and T2 were significant, whereas parents' emotional abuse correlated with social LCS at T1 and T2. Finally, social LCS at T1 and T2 is related to social anxiety at T1, T2, and T3. Means and standard deviations of all study variables are also presented.

Table 4.1. Descriptive Statistics and Correlations among Study Variables.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Peer victimization T1	1						
2. Parents' emotional abuse	.27*	1					
3. Social LCS T1	.12*	.02	1				
4. Social LCS T2	.11*	.06	.51*	1			
5. Social anxiety T1	.15*	.14*	.46*	.39*	1		
6. Social anxiety T2	.16*	.11*	.45*	.53*	.70*	1	
7. Social anxiety T3	.11*	.11*	.43*	.47*	.63*	.71*	1
Mean	3.84	1.60	28.77	27.64	84.63	82.46	82.31
Standard Deviation	2.53	.54	6.54	6.72	17.75	17.75	17.23

*Note.* LCS = Looming cognitive style. T1 = Time 1, T2 = Time 2, T3 = Time 3

\*  $p < .001$ .

Table 4.2. Gender Differences among Study Variables.

	<b>Females</b>		<b>Males</b>		<i>t</i>	<b>Cohen's <i>d</i></b>
	<b>(<i>N</i> = 307)</b>		<b>(<i>N</i> = 243)</b>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
1. Peer victimization T1	1.69	2.38	2.11	2.74	-2.03*	-0.16
2. Parents' Emotional abuse T	3.52	3.32	3.69	3.22	-0.60	-0.05
3. Social LCS T1	3.35	0.71	3.03	0.70	5.88**	0.45
4. Social LCS T2	3.25	0.74	2.88	0.72	6.32**	0.50
5. Social anxiety T1	3.02	0.63	2.69	0.64	6.75**	0.52
6. Social anxiety T2	2.92	0.57	2.64	0.56	5.87**	0.47
7. Social anxiety T3	2.95	0.54	2.60	0.59	6.95**	0.61

< .05. \*\*  $p < .001$ .

\* $p$

Table 4.2 presents the gender differences among study variables. As can be seen, males scored higher than females on peer victimization, and females scored higher on LCS and social anxiety along the three waves. There were no gender differences in parents' emotional abuse.

#### **4.5.2. Social LCS as a Mediator between Parents' Emotional Abuse, Peer Victimization, and Social Anxiety Symptoms.**

To test our model, maximum likelihood (ML) estimation with LISREL 8.8 (Jöreskog & Sörbom, 2006) was used. According to the recommendations of Hu and Bentler (1999) for ML models obtained in large samples ( $N > 250$ ), goodness of fit was assessed by the comparative fit index (CFI; values of .95 or greater indicate that the model fits the data), the standardized root-mean-square residual (SRMR; values of .08 or less indicate that the model adequately fits the data), non-normed fit index (NNFI; values greater than .95 indicate a good fit), and finally, the root mean squared error approximation (RMSEA; values of .06 or less indicate that the model adequately fits the data). Two parcels for peer victimization, parents' emotional abuse, and social LCS, and three parcels in the case of social anxiety were used as indicators of each latent variable in the model by randomly assigning items from the measure to the parcels (Jöreskog & Sörbom, 2006). The scale of each construct was set by fixing the latent variable to 1 (Little, Slegers, & Card, 2006). All variables at time one were allowed to covary. We tested the measurement model to evaluate the appropriateness of measuring the latent variables with the indicators. Our model consisted of seven latent variables corresponding to parents' emotional abuse at T1, peer victimization at T1, social LCS at T1 and T2 and social anxiety at T1, T2, and T3. The fit indexes for the measurement model were good,  $\chi^2(119, N = 550) = 207.76$ , RMSEA = .037, 90% CI [.028, .045], CFI = .99, SRMR = .023, NNFI = .99. The factor loadings are presented in Table 4.3 and they were all significantly different from zero ( $p < .001$ ).

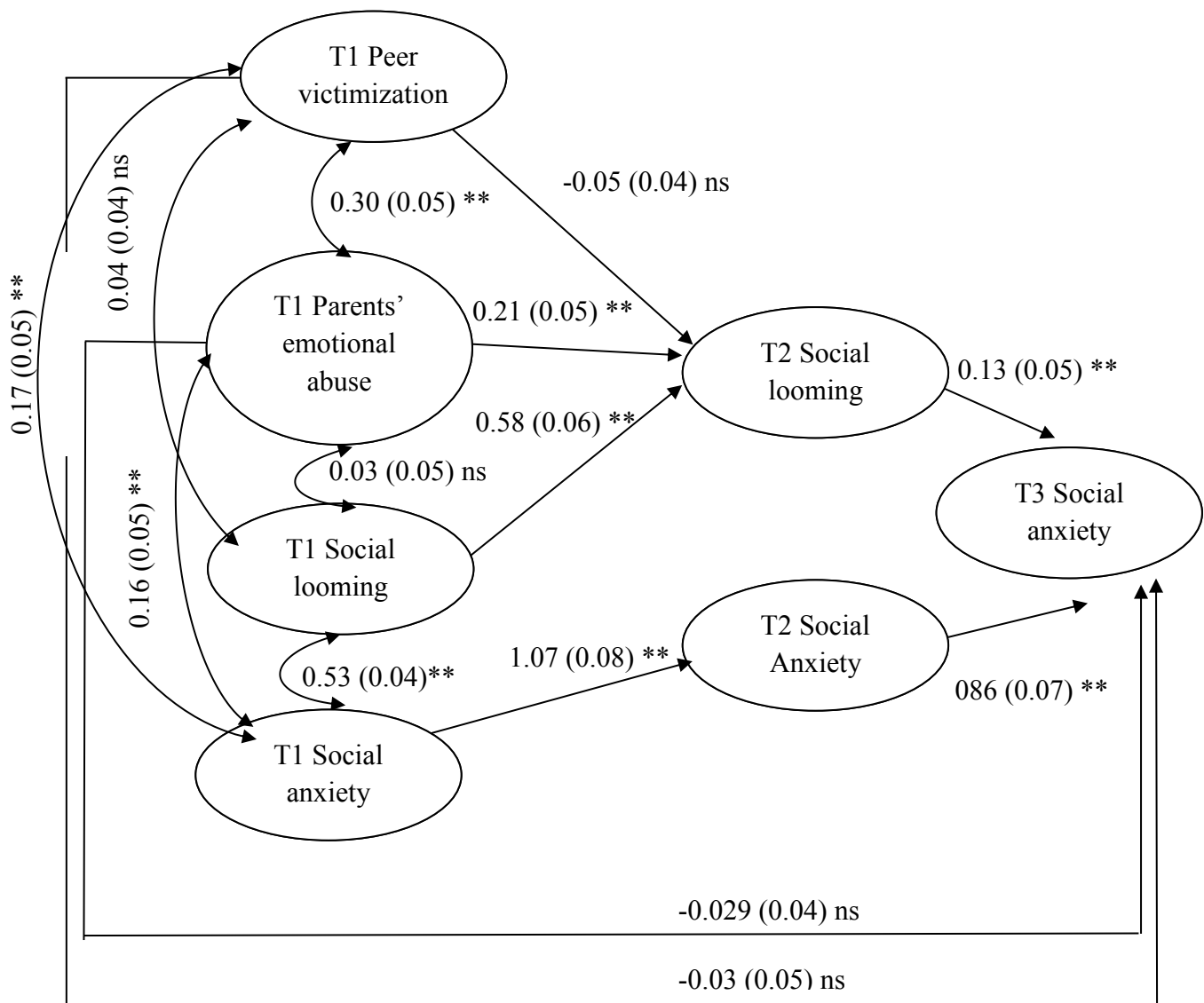
Table 4.3. Factor Loadings for the Latent Variables of the Study at each Wave.

<b>Latent Variable</b>	<b>Indicator</b>	<b>Factor Loading</b>
Emotional Abuse T1	Emotional Abuse 1	.47
	Emotional Abuse 2	.40
Bullying T1	Bullying 1	.30
	Bullying 2	.40
Social Looming T1	Social looming 1- T1	.66
	Social Looming 2- T1	.68
	Social Looming 3- T1	.71
Social Looming T2	Social looming 1- T2	.68
	Social Looming 2- T2	.70
	Social Looming 3- T2	.69
Social Anxiety T1	Social Anxiety 1- T1	.60
	Social Anxiety 2- T1	.58
	Social Anxiety 3- T1	.65
Social Anxiety T2	Social Anxiety 1- T2	.55
	Social Anxiety 2- T2	.51
	Social Anxiety 3- T2	.59
Social Anxiety T3	Social Anxiety 1- T3	.51
	Social Anxiety 2- T3	.49
	Social Anxiety 3- T3	.53

The model included parents' emotional abuse at T1, peer victimization at T1, social LCS at T1 and T2, and social anxiety at T1, T2, and T3. The model included autoregressive paths between social anxiety symptoms at T1, T2, and T3, and autoregressive paths between social LCS at T1 and T2. These autoregressive paths represent the stability of the latent variables over time. Furthermore, the model included paths from parents' emotional abuse at T1 to social LCS at T2 and to social anxiety at T3, from peer victimization at T1 to social LCS at T2 and to social anxiety at T3, and finally, paths from social LCS at T2 to social anxiety at T3. The fit indexes for the model were good,  $\chi^2(131, N = 550) = 448.921$ , RMSEA = .06, 90% CI [.055, .068], CFI = .98, SRMR = .068, NNFI = .98. This model explained 65% of variance of social anxiety at T3.

Figure 4.1 displays the complete mediational model. All autoregressive paths were significant. Parents' emotional abuse at T1 significantly predicted social LCS at T2 and this, in turn, predicted social anxiety symptoms at T3. However, peer victimization at T1 did not predict the increase of the social LCS at T2 or social anxiety at T3. Neither parents' emotional abuse nor peer victimization directly predicted social anxiety at T3.

Figure 4.1. Mediation model between peer victimization, emotional abuse, social looming, and social anxiety.



Note: The values given are unstandardized coefficients. Standard errors are in parentheses.

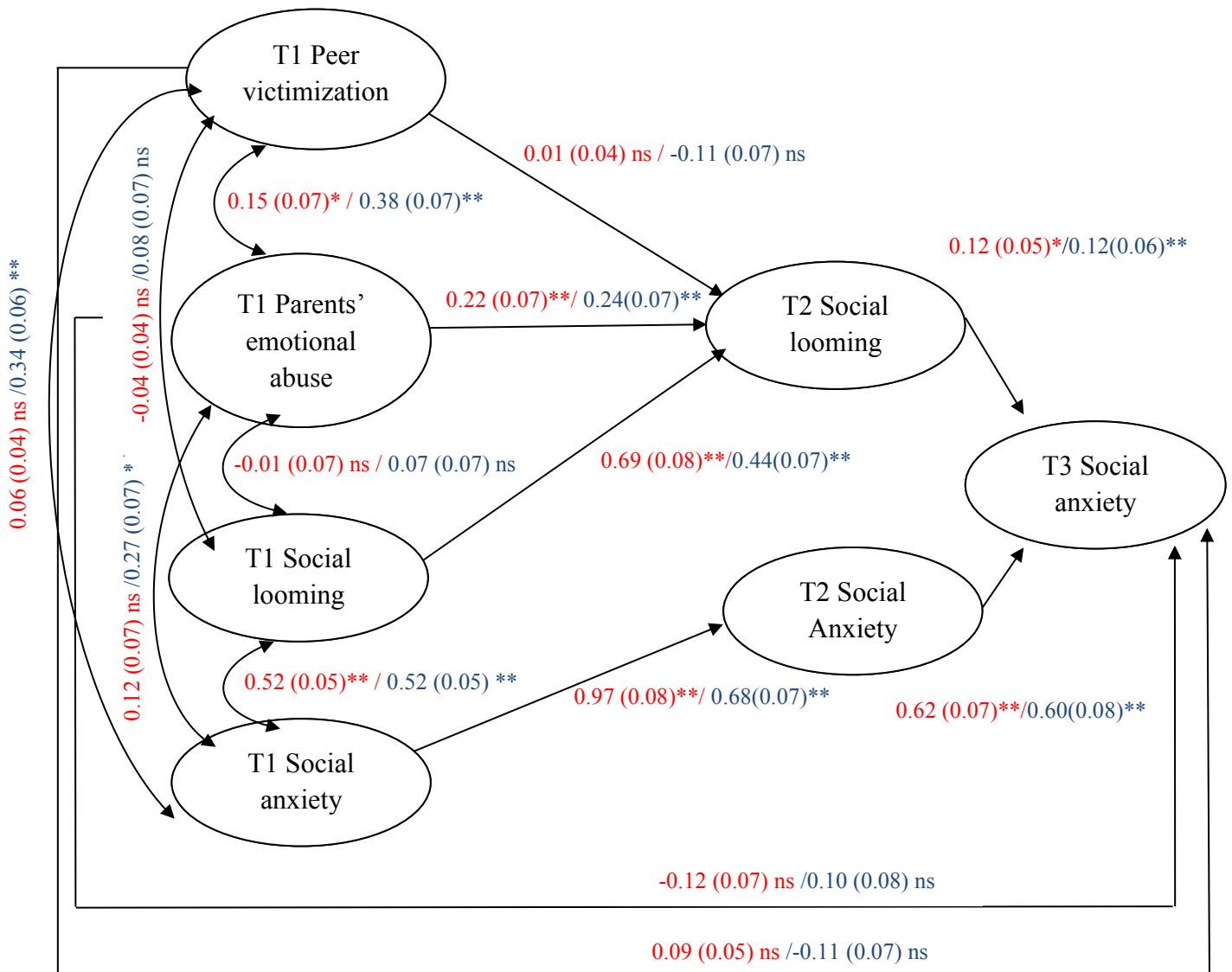
\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$ . ns: nonsignificant.

The model was reestimated with only significant paths. Thus, indirect effects were estimated only for significant paths. The indirect effect of parental emotional abuse on social anxiety at T3 via LCS was tested via 1,000 bootstrapping samples (Shrout & Bolger, 2002). The results indicated that parental emotional abuse predicted the increase of social anxiety symptoms via social looming [.043, the 95% CI (.042 to .044)].

We also investigated whether the path coefficients of the model linking parents' emotional abuse, peer victimization, social LCS, and social anxiety symptoms were equivalent across males and females through a multiple-group analysis. For this purpose, the following steps were carried out. First, we estimated the model for males and females separately. The fit indexes were:  $\chi^2(128, n = 243) = 210.971$ , RMSEA = .047, 95% CI [.034, .059], CFI = .99, SRMR = .068, NNFI = .98, for males, and  $\chi^2(128, n = 307) = 251.42$ , RMSEA = .061, 95% CI [.050, .072], CFI = .98, SRMR = .08, NNFI = .98, for females. As can be seen in Figure 4.2, the paths that were nonsignificant in the total sample remained nonsignificant in these subsamples.

Then, we estimated a new model without peer victimization because this path did not predict changes in the other variables either in males or in females. The fit indexes for this model were:  $\chi^2(100, n = 243) = 225.68$ , RMSEA = .066, 90% CI [.053, .079], CFI = .98, SRMR = .09, NNFI = .97, for males, and  $\chi^2(100, n = 307) = 253.03$ , RMSEA = .076, 90% CI [.065, .088], CFI = .98, SRMR = .09, NNFI = .97, for females. Next, we tested the configural invariance of the model to show that the pattern of fixed and free parameters was equivalent across subsamples,  $\chi^2(200, N = 550) = 462.33$ , RMSEA = .068 [.059, .077], CFI = .98, SRMR = .088, NNFI = .97. Finally, we tested the invariance of the paths linking parents' emotional abuse, social LCS, and social anxiety. This constriction did not increase chi-square significantly,  $\chi^2(7, N = 550) = 12.54$ ,  $p = .084$ , indicating that the overall pattern of paths was invariant between males and females.

Figure 4.2. Mediation model between peer victimization, parents' emotional abuse, social looming, and social anxiety in males (on the right) and females (on the left).



Note: The values given are unstandardized coefficients. Standard errors are in parentheses  
 \* $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . ns: nonsignificant.

#### **4.6. Discussion**

The objective of this study was to examine whether social LCS mediates the relationships among parents' emotional abuse, peer victimization, and social anxiety symptoms in adolescents.

We found that social LCS acted as a mediator between parents' emotional abuse and the increase in social anxiety. In line with the results obtained by Gulley et al. (2014), who argued that negative parental styles were important in the onset of information-processing biases and that they predicted the development of cognitive biases, our results indicate that parents' emotional abuse predicts the formation of cognitive biases that are very characteristic of the onset and development of social anxiety. In this way, we add to the empirical evidence of the intervening mechanisms between these experiences and the development of psychopathology (Bar-Haim et al., 2007; Calvete, 2014; Hamilton et al., 2013; Rudolph & Zimmer-Gembeck, 2014). Moreover, this study extends the results obtained by Riskind et al. (2004) regarding the role of early experiences in the development of this cognitive style, placing emotional abuse by parents as an important antecedent of social LCS. Thus, findings indicate that emotional abuse when comes from parents and caretakers, who are responsible for children well-being, could influence on learning a pattern of predicting an intensifying social danger.

Although cross-sectionally, victimization by peers was associated with the existence of social anxiety symptoms as found in other investigations (Erath et al., 2007; Storch et al., 2005), contrary to our hypothesis, it did not longitudinally predict either social LCS or the symptoms of social anxiety after controlling for time 1 social LCS and social anxiety. Possible explanations of this may be the sample used or the methodology and the type of victimization studied. It is possible that the short measure of victimization by peers that we

used in this study does not capture in detail specific emotional abuse by peers. During late adolescence and youth, relations are increasingly complex, as is the type of victimization, which may not be so obvious (Ranta, Kaltiala-Heino, Fröjd, & Marttunen, 2013). Thus, the limited measure of peer victimization could have prevented detecting the impact of this type of victimization in LCS and social anxiety. Alternatively, social looming may have developed earlier in the sample of adolescents so that it experiences little change under the influence of peer victimization. Thus, it could be possible that for the development of social LCS the most relevant abuse was the one perpetrated by parents. This finding contrasts with the results obtained for other cognitive vulnerabilities in which peer victimization is very influential, such as maladaptive cognitive schemas (Calvete, 2014) and attributional style (e.g., Gibb, 2002, Gibb, Stone, & Crossett, 2012, Padilla & Calvete, 2014).

On the other hand, there is no consensus on the direction of the relationship between social anxiety and peer victimization. Whereas some studies establish that bad peer relations precede the development of symptoms of social anxiety (La Greca & Harrison, 2005; Siegel, La Greca, & Harrison, 2009), other studies argue that symptoms of social anxiety precede the emergence of these relationships (Erath et al., 2007), and this could have meant that the existence of social anxiety in many of the participants in this study was prior to the existence of emotional abuse. Furthermore, people with social anxiety symptoms tend to exhibit more avoidance coping and safety behaviors (Ranta, Tuomisto, Kaltiala-Heino, Rantanen, & Marttunen, 2014) and to avoid occasions in which direct victimization takes place (Siegel et al., 2009; Storch et al., 2005), which is not feasible in the relationships established with their parents.

Consistent with previous research, females scored higher on social anxiety and LCS (Beesdo-Baum et al., 2012; Caballo et al., 2014; González-Díez 2014; Xu et al., 2012), whereas males scored higher on peer victimization (Rueger & Jenkins, 2014). However, the

pattern of predictive associations among variables was similar for males and females. This finding suggests that social LCS plays a similar role in predicting social anxiety in males and females. It is possible that higher scores of social anxiety in girls are explained by their higher scores on LCS, as has been found in a recent study (Calvete, Orue, Riskind, & Gonzalez-Diez, 2016).

#### **4.6.1. Clinical implications.**

Focusing on the cognitive styles of perception of threat and knowing which experiences are involved in their origin contributes an interesting perspective for the implementation of interventions aimed at changing these styles in people who have experienced emotional abuse. The clinical community can benefit from the techniques derived from LCS (Riskind, Rector, & Taylor, 2012) and integrate them in order to design complementary treatments to those that are currently being carried out in cognitive therapy for anxiety disorders with good results (Macleod & Mathews, 2012).

#### **4.6.2. Strengths, Limitations, and Future Directions.**

This study has several notable strengths, including the use of a sample of adolescents who were followed over a 1-year period and assessed on three different occasions six months apart. The 3-wave longitudinal design is important because it permitted an appropriate design to test a mediational model. It also covers an important age range in the onset of social anxiety (Beesdo-Baum et al., 2012). To our knowledge, this work is the first one that studies the influence of early experiences on LCS. In addition to the strengths, however, it is also important to acknowledge that this study has several limitations. First, the study has the usual limitations inherent to studies that rely exclusively on self-reports. To strengthen future studies, interview methods and behavioral measures could be included, such as, for example,

peer nominations or direct measures from parents. As mentioned above we used a short measure of peer victimization. It prevented examining the role of several forms of victimization, such as relational and overt victimization, which may differentially impact outcomes concerning social LCS and peer victimization. Future studies could consider including different forms of abuse and examining these relationships differentially.

Another limitation is that the present study is based on a nonclinical sample. Therefore, we must use caution in the interpretation and generalization of these results to patient samples with clinically significant social anxiety. But, as pointed by Festa and Ginsburg (2011), identifying predictive factors of social anxiety at subclinical levels of severity would contribute to the literature on risk and protective factors. Possible future lines of research should take into consideration not only the vulnerability factors but also the protective factors by analyzing how they act conjointly. In addition to taking into account the complexity of the different existing classifications of peer victimization, it is recommended that future studies include new forms of abuse such as, for example, online victimization (Dempsey, Sulkowski, Nichols, & Storch, 2009).

#### **4.7. Acknowledgments**

This research was supported by a grant from the Ministerio de Ciencia y Innovación [Spanish Ministry of Science and Innovation], Reference PSI2010-15714 (Spanish Government) and a predoctoral grant from the Basque Government to the first author (grant number BFI-2012-211).

#### 4.8. References

- Aderka, I.M., Hofmann, S.G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 393-400. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.003
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: Author.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin, 133*, 1–24. doi:10.1037/0033-2909.133.1.1
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beesdo-Baum, K. K., Knappe, S. S., Fehm, L. L., Höfler, M. M., Lieb, R. R., Hofmann, S. G., & Wittchen, H. U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 126*, 411-425. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Gómez, L., Blanco, C., & Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema, 24*, 396-401.
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry, 13*(1), 1-24. doi:10.1186/1744-859X-13-16

- Bond, L., Wolfe, S., Tollit, M., Butler, H., & Patton, G. (2007). A comparison of the Gatehouse Bullying Scale and the Peer Relations Questionnaire for students in secondary school. *The Journal of School Health, 77*(2), 75-9.
- Bromfield, L. M. (2005). *Chronic child maltreatment in an Australian Statutory child protection sample* (Unpublished doctoral dissertation). Deakin University, Geelong, Australia.
- Brown, M. A., & Stopa, L. (2008). The looming maladaptive style in social anxiety. *Behavior Therapy, 39*, 57–64. doi:[10.1016/j.beth.2007.04.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.04.004)
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruña, M., & Calderero, M. (2010). Validación del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas [Validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30) in Spanish university students: Similarities and differences between undergraduates and a community sample]. *Behavioral Psychology, 18*, 5–34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M., Arias, B., & Hofmann, S. G. (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy, 43*(2), 313–328. doi:[10.1016/j.beth.2011.07.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.07.001)
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., Barinaga, E., . . . Vivas, E. (2014). Differences in social anxiety between men and women across 18 countries. *Personality and Individual Differences, 64*, 35-40. doi:[10.1016/j.paid.2014.02.013](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.013)
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety

- symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735-746, doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B.L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thought. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 278-288. doi:10.1016/j.janxdis.2013.02.011
- Calvete, E., Orue, I., Riskind, J.H., Gonzalez-Diez, Z. (2016). Recursive associations among maladaptive cognitions and symptoms of social anxiety and depression: Implications for sex differences. *Manuscript submitted to publication*.
- Crome, E. & Baillie, A. (2014). Mild to severe social fears: Ranking types of feared social situations using item response theory. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 471-479. doi:[10.1016/j.janxdis.2014.05.002](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.002).
- Dempsey, A. G., Sulkowski, M. L., Nichols, R., & Storch, E. A. (2009). Differences between peer victimization in cyber and physical settings and associated psychosocial adjustment in early adolescence. *Psychology in the Schools*, 46(10), 962-972. doi:10.1002/pits.20437
- de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: Differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine*, 42, 475-484.
- Epkins, C., & Heckler, D. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 14(4), 329-376. doi:10.1007/s10567-011-0101-8
- Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 405-416.

- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse and Neglect*, 37(9), 664-674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
- Festa, C. C., & Ginsburg, G. S. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 291-306. doi:10.1007/s10578-011-0215-8
- Giaouzi, A. & Giovazolias, T. (2015). Remembered parental rejection and social anxiety: The mediating role of partner acceptance-rejection. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3170–3179 doi:10.1007/s10826-015-0120-z
- Gibb, B.E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review* 22, 223–246.
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24, 4, 256–263. doi:10.1002/da.20238
- Gibb, B. E., Stone, L. B., & Crossett, S. E. (2012). Peer victimization and prospective changes in children's inferential styles. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 41, 561–9. doi:10.1080/15374416.2012.703124
- Glashouwer, K. A., Vroling, M. S., De Jong, P. J., Lange, W. -, & De Keijser, J. (2013). Low implicit self-esteem and dysfunctional automatic associations in social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 262-270. doi:10.1016/j.jbtep.2012.11.005

- González-Díez, Z., Orue, I., Calvete, E., & Riskind, J. H. (2014). Psychometric properties of the Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ-R) in young Spanish adults. *Psicothema*, *26*(2), 260-266. doi:10.7334/psicothema2013.206
- Gulley, L. D., Oppenheimer, C. W., & Hankin, B. L. (2014). Associations among negative parenting, attention bias to anger, and social anxiety among youth. *Developmental Psychology*, *50*(2), 577-585. doi:10.1037/a0033624
- Haikal, M., & Hong, R. Y. (2010). The effects of social evaluation and looming threat on self-attentional biases and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 345–352.
- Hamilton, J. L., Stange, J. P., Shapero, B. G., Connolly, S. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Cognitive vulnerabilities as predictors of stress generation in early adolescence: Pathway to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 1027-1039. doi:10.1007/s10802-013-9742-z
- Hawker, D. S., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of crosssectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 441–455.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1-55.
- Iffland, B., Sansen, L. M., Catani, C., & Neuner, F. (2012). Emotional but not physical maltreatment is independently related to psychopathology in subjects with various degrees of social anxiety: A web-based internet survey. *BMC Psychiatry*, *12*(49). doi:10.1186/1471-244X-12-49
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.8*. Scientific Software International.

- Kessler, R.C., Avenevoli, S., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Lakoma, M.D., Petukhova, M., ... Merikangas, K.R. (2012). Lifetime comorbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCSA). *Psychological Medicine, 42*, 1997-2010.
- Knappe, S., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Low, N. C. P., Gloster, A. T., & Wittchen, H. (2009). The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and Anxiety, 26*(4), 363-370. doi:10.1002/DA.20527
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 467-473. doi:10.1016/j.janxdis.2010.11.011
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse and Neglect, 39*, 147-155. doi:10.1016/j.chiabu.2014.08.008.
- La Greca, A .M., Davila, J., & Siegel, R. (2008). Peer relations, friendships, and romantic relationships: Implications for the development and maintenance of depression in adolescents. In N. B. Allen & L.B. Sheeber (Eds.), *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders* (pp. 318-336). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 49-61.

- Little, T. D., Slegers, D. W., & Card, N. A. (2006). A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. *Structural Equation Modeling, 13*, 59-72.
- Liu, R. T., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Iacoviello, B. M., & Whitehouse, W. G. (2009). Emotional Maltreatment and Depression: Prospective Prediction of Depressive Episodes. *Depression and Anxiety, 26*(2), 174–181. doi:10.1002/da.20545
- Liu, R. T., Choi, J. Y., Boland, E. M., Mastin, B. M., & Alloy, L. B. (2013). Childhood abuse and stress generation: The mediational effect of depressogenic cognitive styles. *Psychiatry Research, 206*(2-3), 217–222. doi:10.1016/j.psychres.2012.12.001
- MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 189-217. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143052
- McCabe, R. E., Miller, J. L., Laugesen, N., Antony, M. M., & Young, L. (2010). The relationship between anxiety disorders in adults and recalled childhood teasing. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 238-243. doi:10.1016/j.janxdis.2009.11.002
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 1027-1035. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- Muller, R. T., Thornback, K., & Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence, 27*, 243-255. doi: 10.1007/s10896-012-9417-5.

- Padilla, P., & Calvete, E. (2015). A test of the vulnerability–stress model with brooding and reflection to explain depressive symptoms in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 44*, 860–869. doi:10.1007/s10964-014-0148-1
- Pollak, S. D. (2003). Experience-dependent affective learning and risk for psychopathology in children. *Annals of the New York Academy of Science, 1008* pp. 102–111. doi:10.1196/annals.1301.01
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Frojd, S., & Marttunen, M. (2013). Peer victimization and social phobia: A follow-up study among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(4), 533-544. doi:10.1007/s00127-012-0583-9
- Ranta, K., Tuomisto, M. T., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2014). Cognition, imagery and coping among adolescents with social anxiety and phobia: Testing the Clark and Wells model in the population. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 21*(3), 252-263.
- Rigby, K. (1996). *Manual for the Peer Relations Questionnaire (The PRQ)*. Underdale, South Australia: University of South Australia.
- Riskind, J. H, Kleiman, E. M, Weingarden, H., & Danvers, A. F (2013). Cognitive vulnerability to anxiety in the stress generation process: Further investigation of the interaction effect between the looming cognitive style and anxiety sensitivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(4), 381-387. doi:10.1016/j.jbtep.2013.03.002
- Riskind, J. H., Rector, N. A., & Cassin, S. E. (2011). Examination of the convergent validity of looming vulnerability in the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 989–993. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.004 648

- Riskind, J. H., Rector, N. A., & Taylor, S. (2012). Looming cognitive vulnerability to anxiety and its reduction in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(2), 137–162. doi:10.1037/a0028011
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Altman, M. D., Black, D. O., Balaban, M. S., & Gessner, T. L. (2004). Developmental antecedents of the looming maladaptive style: Parental bonding and parental attachment insecurity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 43-52. doi:[10.1891/jcop.18.1.43.28050](https://doi.org/10.1891/jcop.18.1.43.28050)
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (2006). A Unique Vulnerability Common to All Anxiety Disorders: The Looming Maladaptive Style. In L. B. Alloy, J. H. Riskind, L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. (pp. 175-206). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 837–852. doi:10.1037/0022-3514.79.5.837
- Rudolph, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). Parent relationships and adolescents' depression and social anxiety: Indirect associations via emotional sensitivity to rejection threat. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 110-121. doi:10.1111/ajpy.12042
- Rueger, S. Y., & Jenkins, L. N. (2014). Effects of peer victimization on psychological and academic adjustment in early adolescence. *School Psychology Quarterly*, 29, 77-88. doi:10.1037/spq0000036

- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods, 7*, 422–445.
- Siegel, R. S., La Greca, A. M. & Harrison. H. M. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationships. *Journal of Youth and Adolescence, 38*, 1096-1109.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Zhonghe, L., ... Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression & Anxiety, 26*, 1027-1032. doi:10.1002/da.20604
- Spanish Society of Epidemiology and Family and Community Medicine. (2000). Una propuesta de medida de la clase social [A proposed measure of social class]. *Atención Primaria, 25*, 350–363.
- Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence, 27*, 351–362. doi:10.1016/j.adolescence.2004.03.003
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Crisp, H., & Klein, R. G. (2005). Peer victimization and social anxiety in adolescence: A prospective study. *Aggressive Behavior, 31*, 437-452.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect, 22*(4), 249–270. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00170.x.
- Sung, S. C., Porter, E., Robinaugh, D. J., Marks, E. H., Marques, L. M., Otto, M. W., ... Simon, N. M. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety

disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 435-441. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.004

Williams, N. L., Shahar, G., Riskind, J. H., & Joiner, J., Jr. (2005). The looming maladaptive style predicts shared variance in anxiety disorder symptoms: Further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 157-175. doi:10.1016/j.janxdis.2004.01.003

Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz, M. R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 12-19. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.006



## **ESTUDIO 3** Análisis de un modelo estructural de las relaciones entre el estilo cognitivo de *looming* y ansiedad social: un estudio prospectivo de 12 meses

González Díez, Z., Calvete, E., Riskind, J.H, & Orue. I. (2015). Test of an hypothesized structural model of the relationships between cognitive style and social anxiety: A 12 month prospective study. *Journal of Anxiety Disorders* (30), 59-65. doi:10.1016/j.janxdis.2014.12.014



## 5.1. Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar si el estilo disfuncional de looming social se vincula a la asociación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos y los síntomas de ansiedad social. Se hipotetizó que los dominios de los esquemas disfuncionales tempranos predecirían el incremento de síntomas de ansiedad social a lo largo del tiempo y que el estilo disfuncional de looming actuaría como una variable mediadora entre los dominios de esquemas disfuncionales y los síntomas de ansiedad social. Se utilizó un diseño longitudinal de tres tiempos. Los participantes ( $N = 471$ , 56.95% mujeres) eran adolescentes y jóvenes españoles con edades comprendidas entre los 16 y los 25 años ( $M_{\text{edad}} = 17.81$ ,  $DT_{\text{edad}} = 3.19$ ). Los resultados mostraron que tres dominios de esquemas disfuncionales (Autonomía deteriorada, Límites deteriorados, y Orientación a los demás) predecían el incremento de la ansiedad social y que el Estilo Cognitivo de Looming para las amenazas sociales actuaba como mediador entre el dominio de Orientación a los demás y los síntomas de la ansiedad social en el Tiempo 3. Estos resultados son importantes para aumentar el conocimiento que se tiene sobre los mecanismos cognitivos envueltos en la ocurrencia y mantenimiento de los síntomas de ansiedad social.

*Palabras clave:* terapia de esquemas, dominios, vulnerabilidad cognitiva, Estilo cognitivo de looming, ansiedad social

The aim of this study was to test whether social looming cognitive style accounts for the predictive association between early maladaptive schema domains and social anxiety. We predicted that early maladaptive schema domains would predict the increase of social anxiety over time and that social looming would act as a mediator between schema domains and social anxiety. A three-wave longitudinal design was used. The participants ( $N = 471$ , 56.95% women) were Spanish adolescents and young adults aged between 16 and 25 years old ( $M_{\text{age}} = 17.81$ ,  $SD_{\text{age}} = 3.19$ ). The results showed that three schema domains (impaired autonomy and performance, impaired limits, and other-directedness) predicted the increase in social anxiety and that LCS for social threat acted as a mediator between other-directedness and social anxiety at T3. These results are important to improve the knowledge of the cognitive mechanisms that are involved in the occurrence and development of social anxiety.

*Keywords:* schema therapy, schema domains, cognitive vulnerability, looming cognitive style, social anxiety

## 5.2. Introduction

Social anxiety is one of the most prevalent anxiety disorders, with rates between 6.7 and 12.1% in the general population (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, & Hofmann, 2012; Kessler et al., 2012). It is characterized by social shyness, social distress, avoidance of social situations, and fear of evaluation (Clark & Wells, 1995; Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2010; Rapee & Heimberg, 1997). Moreover, the symptoms tend to become chronic and worsen over time, affecting the quality of life of the individual (Beidel & Turner, 2007). Epidemiological studies indicate that social anxiety disorder has its onset at around 16 years of age (Olivares, Caballo, García López, Rosa, & López Gollonet, 2003). Consequently, social anxiety can complicate the establishment and maintenance of stable relationships in a life stage in which social support is extremely important (Hebert, Fales, Nangle, Papadakis, & Grover, 2012). Hence, the identification of risk factors involved in the development of social anxiety is very important in terms of prevention and intervention.

In recent years, interest has surged in understanding the critical role of cognitive factors in the etiology, escalation, and treatment of social anxiety disorder. As Ledley, Fresco, and Heimberg (2006) have noted, most work on cognition to date has focused on proximal or concurrent cognitions such as interpretative biases or automatic thoughts, and, consequently, less is known about distal cognitive antecedents (such as maladaptive beliefs or schemas and negative cognitive styles) that create subsequent vulnerability to such cognitions. Ledley et al. (2006) suggested that it would be helpful to better understand these vulnerability factors. The cognitive mechanisms that underlie the onset and maintenance of social anxiety symptoms might also be better understood if the relationships between vulnerability factors are better understood. Vulnerability factors are unlikely to be present in

total isolation (Hong & Paunonen, 2011). The mechanisms by which they contribute to social anxiety may be better understood in the context of the relationships between them.

Cognitive models proposed by Beck and by Young and their colleagues have focused on the role of maladaptive cognitive schemas (which tend to appear early in life) on emotional disorders (Beck, 1976; Beck & Emery, 1985; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Young and colleagues (2003) in particular developed a measure that identified a set of 18 early maladaptive schemas grouped into five domains that these researchers posited underlie much of psychopathology. The disconnection and rejection domain refers to expectations that needs for security, nurturance, empathy, acceptance, and respect will not be predictably met. It also involves feeling that one is defective, bad and inferior in important aspects, which is consistent with the negative self-view that has been associated with social anxiety in other cognitive models (Clark & Wells, 1995; Makkar & Grisham, 2011). The impaired autonomy and performance domain consists of expectations about oneself and the environment that interfere with individual perceived ability to separate, survive or function independently, or perform successfully. This schema domain is consistent with the dependent interpersonal style exhibited by socially anxious individuals (Darcy, Davila, & Beck, 2005). The impaired limits domain involves a deficiency in internal limits, responsibility to others, respecting the rights of others, or long-term goal orientation. These characteristics are opposite to those exhibited by socially anxious individuals. The other-directedness domain consists of an excessive focus on the desires, feelings, and responses of relative others, at the expense of a person's own needs in order to gain love and approval or avoid retaliation. These features have been identified as characteristics of socially anxious people (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). Finally, the over-vigilance and inhibition domain involves emphasis on suppressing one's spontaneous feelings and impulses or on meeting rigid, internalized rules and expectations about performance. This schema domain is consistent with

perfectionism and high standards traits, which are characteristic of people with social anxiety disorder (Shumaker & Rodebaugh, 2009).

Evidence from several studies with clinical (Lee, Taylor, & Dunn, 1999; Rijkeboer, & Bergh, 2006) and nonclinical samples (Calvete, Estévez, López de Arroyabe & Ruiz, 2005; Calvete, Orue, & González-Diez, 2013) has provided support for these hypothesized schemas. Moreover, there have been a handful of recent studies that have examined the relations between early maladaptive schemas and social anxiety (Calvete & Orue, 2008; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006). For example, Pinto-Gouveia et al. (2006) found that the schema domains of disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, and other-directedness were related to social anxiety symptoms in a clinical sample. Calvete and Orue (2008) concluded that some schemas pertaining to the disconnection and rejection domain and the impaired autonomy and performance domain were associated with social anxiety in a college sample. As yet, only three longitudinal studies (Calvete, 2014; Calvete, Orue, & Hankin, 2013; Calvete, Orue, & Hankin, 2014) have studied the relationship between schema domains and social anxiety. These studies found that the other-directedness domain was particularly relevant for social anxiety. However, a limitation of the handful of cases that have examined the associations between early maladaptive schemas and social anxiety with prospective longitudinal designs is that they only measured three of the five schema domains. As a consequence, the predictive associations between the impaired limits and overvigilance and inhibition domain and social anxiety could not be tested.

The construct of looming cognitive style (LCS; Riskind, Williams, Gessner, & Cortina, 2000) is based on the looming vulnerability model. The LCS assumes that an anxious person's vulnerability and expectations about the future are not lifeless, static mental events or structures, but dynamic simulations of incipient threats as escalating

and coming rapidly closer in time and space. This model proposes that anxious individuals have a looming cognitive style (or LCS; Riskind, et al., 2000; Riskind & Williams, 2006) and that socially anxious individuals in particular have a specific habitual cognitive style of generating mental simulations of social threats of future rejection and mistreatment. Support for this proposition has been provided by studies showing that individuals/with this LCS tend to exhibit stronger memory bias and interpretative bias for threat, as well as anxiety (Riskind et al., 2000). Moreover, individuals with LCS are also more vulnerable to future increases in anxiety after negative life events occur (Adler & Strunk, 2010; Riskind, Tzur, Williams, Mann & Shahar, 2007). LCS is also elevated in patients with anxiety disorders (Riskind, Rector, & Cassin, 2011; Riskind & Williams, 2005). The LCS measure is divided into two subtypes: social looming, which pertains to mental simulation style for socially threatening scenarios, and physical looming, which refers to scenarios that are physically dangerous (Riskind et al., 2000). In the present study we focus on social looming, which is the most relevant for social anxiety. LCS for social threats has been found to be significantly and independently associated with social anxiety after controlling for depression and trait anxiety in college students (Brown & Stopa, 2008; González-Díez, Orue, Calvete, & Riskind, 2014; Haikal & Hong, 2010; Riskind et al., 2013; Williams, Shahar, Joiner, & Riskind, 2005) and is elevated in DSM-IV diagnosed patients with social anxiety disorder (Riskind et al., 2011).

## **Hypothesis and Overview of the Present Study**

The present study was designed to test a mediational structural model that sought to advance understanding of early maladaptive schemas and looming cognitive style as vulnerability factors to subsequent social anxiety symptoms. As schema-oriented theories such as Beck et al. and Young et al. have characterized them, early maladaptive schemas are derived from early formative experiences such as rejection and mistreatment by family members and peers in childhood. Given that people often anticipate what they have experienced in the past, it seems reasonable to hypothesize that individuals high in early maladaptive schemas may be prone to generate dynamic mental scenarios, in anticipation of future social rejection. Put otherwise, individuals having early maladaptive schemas may not only have schema-driven appraisals of ambiguous interactions that have occurred as mistreatment, but also routinely anticipate looming mistreatment and confrontations. As a result, they may proactively simulate and rehearse future mistreatment scenarios that they anticipate. What could happen next is that this continuing rehearsal of mental scenarios of this kind then leads such people to subsequently develop as well as to sustain a maladaptive pattern of dynamic mental simulation, namely, a looming cognitive style for social threats. It follows from this line of reasoning that LCS functions as a subsequent intermediary vulnerability for anxiety symptoms downstream. Thus, we expected that the influence of schema domains on future social anxiety may be carried and mediated in part by the influence of such early maladaptive schema domains on LCS.

Grounded on this theoretical logic, we used a longitudinal design over a 12-month period to test a proposed structural model of the hypothesized mediational relationship between these two cognitive vulnerabilities, schema domains and LCS, and changes in

social anxiety symptoms 12 months later. Although no research to our knowledge has previously examined such a mediational model, a handful of previous studies have found evidence for a mediational chain of events whereby early maladaptive schema domains predict other cognitive processes that predict the onset of behavioral and emotional problems. For instance, it has been found that early maladaptive schemas predict aggressive information processing, which in turn predicts aggressive behavior (Calvete & Orue, 2012); likewise, early maladaptive schemas predict socially anxious automatic thoughts, which in turn predict the increase of social anxiety symptoms (Calvete et al., 2013).

To test this hypothesized mediational model, the present study used a three-wave longitudinal prospective design, with measurements collected on three occasions spaced 6 months apart. This design helped to provide a relatively stringent test of our proposed structural model. By this design, we could test whether the presence of prior early maladaptive schemas at T1 serves to precede and sustain LCS for social threat at T2 six months later, and whether LCS for social threat at T2 precedes and predicts social anxiety symptom changes at T3 over the next ensuing six months.

The present study also extended prior research on early maladaptive schemas and social anxiety in two additional ways. First, the present study included all five of the schemas domains in assessing their relationship to future social anxiety changes, whereas prior studies have not included the impaired limits and overvigilance and inhibition domains proposed in Schema Therapy. We expected to find that disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, other-directedness and overvigilance and inhibition would predict social anxiety at T3 positively, whereas impaired limits would predict it negatively. Second, the present study also used a sample of young adults and adolescents (aged from 16 to 25). The importance of this is that social anxiety often

has its onset in this specific age range. Previous studies of early maladaptive schemas and social anxiety have used samples who were older and outside of that age range (Braet, Van Vlierberghe, Vandevivere, Theuwis, & Bosmans, 2013; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010).

### **5.3. Method**

#### **5.3.1. Participants.**

The sample was made up of 518 students (264 girls and 254 boys) who were recruited from a university (23.6%), vocational schools (12.3%) and high schools (64.1%) in Basque Country (Spain). Forty-seven students did not complete the measurements at Time 2 and/or Time 3. Thus, the final sample comprised 471 participants (240 girls and 231 boys). A series of t test was conducted to determine whether participants differed from nonparticipating on any of the variables included in the study. None of the analyses was significant. All the participants were between 16 and 25 years old ( $M_{\text{age}} = 17.81$ ,  $SD_{\text{age}} = 3.19$ ). The socio-economic levels were determined by parental education and income according to the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine Working Group (2000): 26.9% low; 6.1% medium-low; 34.3% medium; 20.1% medium-high and 12.5 % high.

#### **5.3.2. Measures.**

*The Young Schemas Questionnaire-3* (YSQ-3; Young, 2006). The YSQ-Short Form-3 includes 90 items. Participants rated items using a 6-point scale, ranging from 1 (*completely untrue of me*) to 6 (*describes me perfectly*). High scores indicate the existence of maladaptive domains. In this study the YSQ-3 was used to assess the above mentioned schema domains. The Spanish version of the YSQ-3 has showed good

psychometric properties, with confirmation of the factor structure and adequate alpha coefficients for the scales (Calvete, Orue, & González-Díez, 2013). Alpha coefficients were .92, .86, .78, .83, and .87 at T1 for the disconnection and rejection domain, the impaired autonomy and performance domain, the impaired limits domain, the other-directedness domain, and the overvigilance and inhibition domain.

*The Looming Maladaptive Style Questionnaire* (LMSQ; Riskind et al., 2000) was used to measure LCS. The questionnaire consists of six scenarios describing potentially stressful situations and measures the tendency of a person to perceive threats as rapidly escalating and coming closer. We used the three LMSQ scenarios assessing social looming (e. g., public speaking, romantic situation and social situation). Higher scores indicate the existence of social LCS. The Spanish version of LMSQ has good psychometric properties (González-Díez et al., 2014). In the scenarios that are presented in the questionnaire, the person must imagine each scene in detail and complete three questions about each scenario using a 5-point likert response format (i.e., “In this scene are the chances of your having difficulty decreasing or expanding with each moment? Is the level of threat in the encounter staying fairly constant or is it growing rapidly larger with each passing moment? How much do you visualize your problem as in the act of becoming progressively worse?”). Alpha coefficients were .84 at T1 and .87 at T2.

*The Social Anxiety Questionnaire for Adults* (SAQ-A30; Caballo, Salazar, Arias, Irurtia, & Calderero, 2010) was used as a social anxiety measure. It contains 30 items, each one rated on a 5-point scale (1 = *nothing*, 5 = *very much*). Higher score in this instrument indicates more social anxiety. The cut-off scores to meet criteria for clinically significant generalized social anxiety are 92 in case of men and 97 in case of women. Previous research has shown that this questionnaire has good internal consistency and

validity in university student samples (Caballo et al., 2012). In this study, Cronbach's alpha coefficient was .92 at T1, and .91 at T2 and T3.

### **5.3.3. Procedure.**

The students were invited to participate in this study in their classrooms. They were informed about the aim of the study and the possibility of declining participation at any time. The research was presented as a study about anxiety and its consequences in different situations. Data were collected at three measurement occasions spaced 6 months apart. The responses were anonymous and the participation in the study was voluntary. All the students agreed to participate. The participants filled in the questionnaires in their respective classrooms. Participants were encouraged to ask questions if they had any trouble answering the items. The questionnaires took between 45 and 60 minutes to complete. To pair the questionnaires of T1, T2 and T3, a code, known only by the participant, was used.

## **5.4. Results**

### **5.4.1. Descriptive Analyses.**

The correlations between schema domains, social looming, and social anxiety are presented in Table 5.1. As can be seen, these correlations are statistically significant in all cases. Means and standard deviations of all study variables are also presented. It is worth mentioning that 22.8 % of the sample met the criteria for clinically significant generalized social anxiety according with the cut-off scores provided for SAQ-A30 (Caballo et al., 2012).

Table 5.1. Descriptive statistics and correlation among study variables.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Disconnection and rejection T1	1									
2. Impaired autonomy T1	.66**	1								
3. Impaired limits T1	.58**	.56**	1							
4. Other-directedness T1	.65**	.63**	.56**	1						
5. Overvigilance and inhibition T1	.69**	.61**	.51**	.65**	1					
6. Social looming T1	.22**	.26**	.11**	.25**	.21**	1				
7. Social looming T2	.23**	.28**	.17**	.26**	.23**	.51**	1			
8. Social anxiety T1	.35**	.35**	.20**	.37**	.36**	.42**	.40**	1		
9. Social anxiety T2	.30**	.30**	.16**	.27**	.29**	.44**	.53**	.70**	1	
10. Social anxiety T3	.27**	.30**	.11*	.29**	.25**	.42**	.48**	.63**	.72**	1
Mean	2.17	2.12	2.83	2.82	2.70	28.73	27.62	2.87	2.81	2.76
Standard Deviation	0.70	0.65	0.78	0.69	0.71	6.60	6.82	0.63	0.59	0.59

Note. \*\*  $p < .001$ ; \* $p < .05$

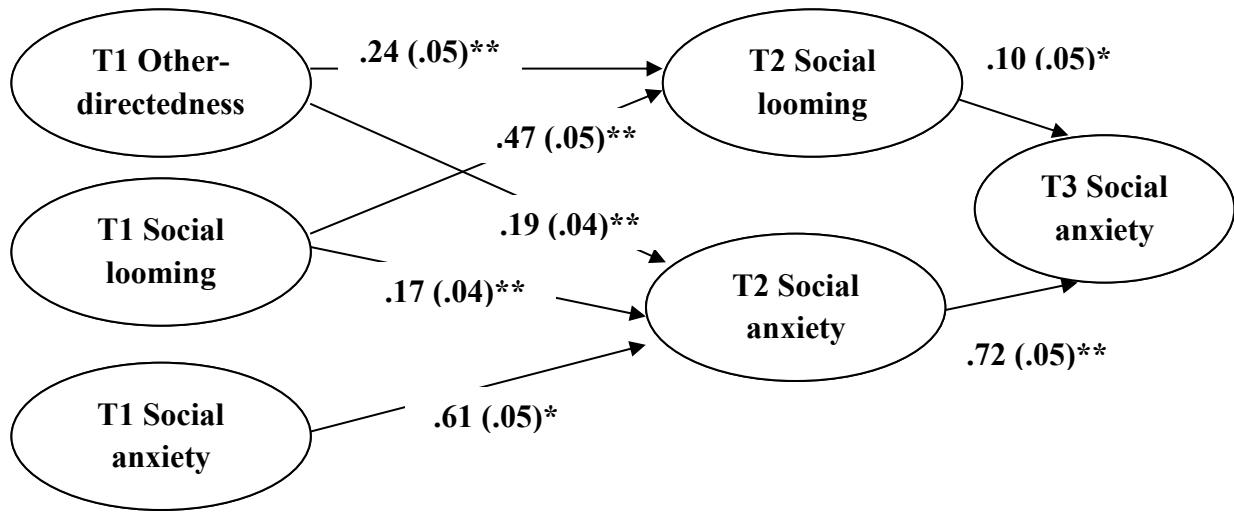
#### 5.4.2. Schema domains and social anxiety.

A model where schema domains at T1 predict the increase of social anxiety at T3 was estimated. The model was tested via maximum likelihood (ML) estimation with LISREL 8.8 (Jöreskog & Sörbom, 2006). In addition, as some variables were not normally distributed, we used the Satorra-Bentler scaled (mean-adjusted) chi-square, where the usual normal-theory chi-square statistic is divided by a scaling correction to better approximate chi-square under non-normality (Satorra & Bentler, 2001). According to the recommendations of Hu and Bentler (1999) for ML models obtained in large samples ( $N > 250$ ), goodness of fit was assessed by the comparative fit index (CFI; values of 0.95 or greater indicate that the model fits the data), the standardized root-mean-square residual (SRMR; values of 0.08 or less indicate that the model adequately fits the data), non-normed fit index (NNFI; values greater than 0.95 indicating a good fit) and finally, the root mean squared error approximation (RMSEA; values of 0.06 or less indicate that the model adequately fits the data). Missing values in the items were imputed using the EM imputation algorithm. Two parcels were used as indicators of each latent variable in the model by randomly assigning items from the measure to the parcels (Jöreskog & Sörbom, 2006). The scale of each construct was set by fixing the latent variable to 1 (Little, Slegers, & Card, 2006). The fit indices were adequate for the model, Satorra-Bentler Scaled  $\chi^2 = (146, N = 471) = 304$ , RMSEA = .047 [90% Confidence Interval: .040, .055], CFI = .99, NNFI = .99, SRMR = .032. The results indicated that T1 impaired autonomy domain ( $B = .22, p = .02$ ), the other-directedness domain ( $B = .25, p < .001$ ), and the impaired limits domain (negatively,  $B = -.24, p = .011$ ) significantly predicted the residual increase of social anxiety at T3. However, disconnection and rejection and over-vigilance and inhibition schema domains did not predict the residual increase of social anxiety significantly.

### **5.4.3. Looming as a mediator of the association among schema domains and social anxiety.**

In the mediational model only those schema domains that significantly predicted social anxiety at T3 were included. Thus, the model included three schema domains at T1 (impaired autonomy, other-directedness, and impaired limits), social looming at T1 and T2, and social anxiety at T1, T2 and T3. The model included autoregressive paths between social anxiety symptoms at T1, T2, and T3, and the autoregressive path between social looming at T1 and T2. These autoregressive paths represent the stability of the latent variables over time. Furthermore, the model included paths from schema domains at T1 to social looming at T2 and to social anxiety at T2 and T3, from social anxiety at T1 to social looming at T2, from social looming at T1 to social anxiety at T2 and from social looming at T2 to social anxiety at T3. The fit indices were excellent for the model, Satorra-Bentler Scaled  $\chi^2 = (200, N = 471) = 402.01$ , RMSEA = .045 [90% Confidence Interval: .039, .052], CFI = .99, NNFI = .99, SRMR = .036. Figure 5.1 displays the resulting mediational model. The values of the autoregressive paths between social anxiety at T1, T2 and T3 and the autoregressive path between social looming at T1 and T2 indicate that they were stable over time. Specifically, the path between looming at T1 and T2 was .47. This coefficient means that looming was moderately stable over time. The results indicated that the other-directedness domain at T1 significantly predicted both social anxiety and social looming at T2 and social looming at T2, in turn, predicted the social anxiety symptoms at T3. However, the impaired autonomy and the impaired limits domains did not predict social looming neither social anxiety at T2. Finally, social looming at T1 predicted social anxiety at T2.

Figure 5.1. Mediation model between early maladaptive schemas, social looming, and social anxiety.



Note. The values given are unstandardized coefficients. Standard errors are in parentheses \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  ns: no significant

A bootstrapping procedure was used to test the significance of these mediational paths. In this study, 1,000 bootstrap samples were created from the original data set by random sampling with replacement, and the covariance matrix was estimated from each sample. The second step was to conduct the structural model 1,000 times with these 1,000 bootstrap covariances to yield 1,000 estimations of each path coefficient. The third step was to use LISREL's saved output of the 1,000 estimations of each path coefficient to calculate an estimate of the indirect effect. The final step was to determine whether the 95% CI for the estimated indirect effect included zero. According to Shrout and Bolger's (2002) proposal, an indirect effect is significant at the .05 level if the 95% confidence level does not include zero. Namely, the results from the bootstrap procedure indicated that the indirect path from other-directedness to social anxiety via social looming (95% CI: CI = .023–.030) were statistically significant.

## **5.5. Discussion**

Prior research on early maladaptive schema domains (Calvete & Orue, 2008; Pinto-Gouveia et al., 2006) and social LCS (Brown & Stopa, 2008; González-Díez, Orue, Calvete, & Riskind, 2014; Haikal & Hong, 2010; Riskind et al., 2013) has found evidence indicating that these cognitive factors are associated with higher levels of social anxiety. We examined these factors in a three wave design over 12 months, which allowed a test of a hypothesized mediational model.

We expected that the presence of early maladaptive schemas precedes and helps to sustain social LCS and that higher social-LCS lead to heightened subsequent risk of social anxiety. Results in this study provided support for this hypothesized mediational model as well as provide new evidence on the specific early maladaptive schema domains that are involved in this process.

### **5.5.1. The Role of schema Domains in the Prediction of Social Anxiety Symptoms.**

At the baseline or 1<sup>st</sup> wave of the data, the results showed that all five schema domains were significantly related to social anxiety symptoms. The longitudinal prospective data, however, told a different story and showed that only three of the five domains were predictively related (either positively or negatively to changes in subsequent social anxiety). Specifically, the domains of other-directedness and impaired autonomy and performance were positively related to increases in social anxiety symptoms over baseline, while the impaired limits domain was negatively related to changes in social anxiety. Although the disconnection and rejection domain was cross-sectionally associated to social anxiety, as in previous cross-sectional studies (Calvete & Orue, 2008; Pinto-Gouveia et al., 2006), this domain did not predict an increase in social

anxiety over time. Furthermore, the two previous longitudinal studies on schema domains and social anxiety also found that disconnection and rejection did not predict the increase in social anxiety (Calvete, 2014; Calvete, Orue, & Hankin, 2013). The overvigilance and inhibition domain neither predicted changes in social anxiety, which indicates that these schema domains are not relevant for social anxiety.

The results for the other-directedness domain, which contains schemas such as subjugation and approval-seeking, are consistent with those of Calvete, Orue, and Hankin (2013, 2014) and Calvete (2014), as well as those of previous studies of the cognitions (e.g., approval seeking) associated with social anxiety disorder (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). While prior longitudinal studies of social anxiety have not examined the impaired autonomy and performance and impaired limits domains, the present study found that these were predictive of social anxiety. These findings for these two domains may be consistent with prior studies that have shown that social anxiety is associated with a dependent interpersonal style (Darcy et al., 2005), fear of negative evaluation and negative views of self (Tanner, Stopa, & De Houwer, 2006; Rodebaugh, Weeks, Gordon, Langer, & Heimberg 2012; Van Tuijl, de Jong, Sportel, de Hullu, & Nauta, 2014). Finally, it was found that the impaired limits domain, which involves schemas regarding entitlement and grandiosity, was a negative predictor of social anxiety. This finding is not surprising and is consistent with the proposal that individuals with social anxiety rarely have such cognitions (Tanner et al., 2006, Van Tuijl et al., 2014).

The present results also contribute to the existing body of literature on LCS and social anxiety. Previous studies have shown that LCS for social threat is elevated in patients with DSM-diagnosed social anxiety disorder, and college students with elevated social anxiety (Riskind, Rector, & Cassin, 2011) and that LCS predicts anxiety symptom

changes and increases in worry over time (Riskind, Tzur, Williams, Mann, & Shahar 2007). The present study adds to such evidence and shows that LCS for social threat predicts social anxiety symptom changes 6 months later. The latter finding indicates that LCS functions as a cognitive vulnerability factor, not merely a proximal marker, for future social anxiety over a considerable period of time.

### **5.5.2. Mediation role of social looming vulnerability between schema domains and social anxiety.**

The present study is unique and its findings are novel because they provide insights into how these factors can be integrated as cognitive mechanisms that underlie social anxiety. Results indicated that the other-directedness domain predicted social looming at T2 and this in turn predicted social anxiety at T3. This was a case of full mediation because the other-directedness domain did not predict social anxiety directly. These findings are consistent with our hypothesis that integrates these two bodies of research. Specifically, we reasoned that early maladaptive schemas are derived from prior experiences of rejection or perceived social failure and that these early maladaptive schemas precede and help to sustain a cognitive vulnerability to future social anxiety based in the LCS for social threat. The LCS for social threat develops as a biased pattern of dynamic scenario generation of anticipated social rejection and failure. The present findings were consistent with this line of reasoning and thereby help to integrate two contemporary perspectives of cognitive vulnerability to social anxiety and their potential relationships.

### **5.5.3. Strengths, Limitations, and Future Directions.**

This study had several notable strengths, including its use of a large sample of adolescents and young adults who were followed over a substantial 1-year period and assessed on three different occasions six months apart. The 3-wave longitudinal design is important because it permitted an appropriate and relatively stringent test of whether LCS is grounded in previously established early maladaptive schemas and whether it helps to carry (or mediates) the influence of early maladaptive schemas on future social anxiety symptom changes. A further strength of this study is that it is the first to assess all the schemas composing the five schema domains using the complete version of YSQ-S3 (Young, 2006). In addition to the strengths, however, it is also important to acknowledge that this study has several limitations. First, the study had the usual limitations attendant with studies that rely on self-reports. Given that the study relied exclusively on self-report measures of early maladaptive schemas, looming cognitive style, and social anxiety, this could result in increasing the covariance among measures. To strengthen future studies, interview methods and behavioral measures could be included. Another limitation is that the present study relied on an unselected, nonclinical sample and thus caution is required in generalizing these to patient samples with clinically significant social anxiety.

In sum, the present findings supported a proposed structural model that the effects of other-directedness schema domain on changes in social anxiety symptoms 1 year later are mediated by LCS for social threats. The results of the present study are unique in that it provided a more detailed and nuanced exploration of the cognitive mechanisms that create vulnerability to social anxiety. It may be useful in future studies to examine other cognitive vulnerabilities that have traditionally been studied separately. Aside from the specific cognitive vulnerabilities that were examined in the present study, bringing

together separate lines of inquiry into cognitive vulnerability to social anxiety may potentially help to provide a more integrated and comprehensive understanding of the cognitive mechanisms in social anxiety. As suggested by Ledley et al. (2006) greater knowledge of the distal cognitive antecedents of social anxiety may be helpful in preventing and limiting its negative impact of social anxiety disorder, as well as designing clinical treatments and preventing future relapse. For example, at face value the results suggest that if LCS carries the influence of early maladaptive schemas on social anxiety, targeted modification of the LCS could help to mitigate the impact that early maladaptive schemas have on social anxiety. To address such possibilities, Riskind and colleagues have begun to develop and test “looming reduction” interventions that have been supported by encouraging case studies (Riskind, Rector, & Taylor, 2012).

## **5.6. Acknowledgments**

This research was supported by a predoctoral grant from the Basque Government to the first author (grant number BFI-2012-211) and a grant from the Ministerio de Ciencia y Innovación, Reference PSI2010-15714 (Spanish Government).

## 5.7. References

- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2007). *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Anxiety Disorder*. Washington DC: American Psychological Association.
- Braet, C., Van Vlierberghe, L., Vandevivere, E., Theuwis, L., & Bosmans, G. (2013). Depression in Early, Middle and Late Adolescence: Differential Evidence for the Cognitive Diathesis–Stress Model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(5), 369-383
- Brown, M. A., & Stopa, L. (2008). The looming maladaptive style in social anxiety. *Behavior Therapy*, 39, 57-64. doi:10.1016/j.beth.2007.04.004
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Irurtia, M., & Calderero, M. (2010). Validación del 'Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos' (CASO-A30) en universitarios Españoles: Similitudes & diferencias entre carreras universitarias & comunidades autónomas [Validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30) in Spanish university students: Similarities and differences between undergraduates and a community sample] *Behavioral Psychology*, 18, 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M., Arias, B., & Hofmann, S. G. (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43(2), 313-328. doi:10.1016/j.beth.2011.07.001

- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect, 38*(4), 735-746, doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – Short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment, 21*, 91–100.
- Calvete, E., & Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicología Conductual, 16*, 5–21.
- Calvete, E., & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 105–117.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B.L. (2014). A test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. doi: 10.1007/S10862-014-9438-X
- Calvete, E., Orue, I., & González-Díez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment, 29*(4), 283-290. doi:10.1027/1015-5759/a000158
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders, 27*(3), 278-288. doi:10.1016/j.janxdis.2013.02.011

- Clark, D.M., Beck, A.T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14 (9) 418-424, doi:10.1016/j.tics.2010.06.007.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, and F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Darcy, K., Davila, J., & Beck, J. (2005). Is Social Anxiety Associated With Both Interpersonal Avoidance and Interpersonal Dependence? *Cognitive Therapy & Research*, 29(2), 171-186. doi:10.1007/s10608-005-3163-4
- Haikal, M., & Hong, R. Y. (2010). The effects of social evaluation and looming threat on self-attentional biases and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 345-352. doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.007
- Hebert, K. R., Fales, J., Nangle, D. W., Papadakis, A. A., & Grover, R. L. (2012). Linking Social Anxiety and Adolescent Romantic Relationship Functioning: Indirect Effects and the Importance of Peers. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-13.
- Heimberg, R.G., Brozovich, F.A., & Rapee, R.M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S.G. Hofmann & P.M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental and social perspectives* (pp. 395-422). New York, NY: Elsevier, <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00028-6>.
- Hong, R. Y. & Paunonen, S. V. (2011). Personality vulnerabilities to psychopathology: Relations between trait structure and affective-cognitive processes. *Journal of Personality*, 79, 527-562.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

- Hulme, N., Hirsch, C., & Stopa, L. (2012). Images of the self and self-esteem: Do positive self-images improve self-esteem in social anxiety? *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(2), 163-173. doi:10.1080/16506073.2012.664557
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.8*. Scientific Software International, Inc.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Lakoma, M.D., Petukhova, M., ... Merikangas, K.R. (2012). Lifetime comorbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCSA). *Psychological Medicine, 42*, 1997-2010.
- Ledley, D. A., Fresco, D. M. & Heimberg, R. G. (2006). Relationship of cognitive factors to social anxiety disorder. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.) *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 251-284), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lee, C.W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive therapy and Research, 23*, 441-451.
- Little, T. D., Slegers, D. W., & Card, N. A. (2006). A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. *Structural Equation Modeling, 13*, 59-72.
- Makkar, S.R. & J. R. Grisham (2011). Social anxiety and the effects of negative self-imagery on emotion, cognition, and post-event processing. *Behavior Research and Therapy, 49* (10) pp. 654-664, doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.004
- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I., & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual, 11*, 405-428.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy & Research, 30*(5), 571-584. doi:10.1007/s10608-006-9027-8

- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 741–756
- Raftery, A. E. (1995). Bayesian model selection in social research. *Sociological Methodology*, *25*, 111-163.
- Rijkeboer, M.M., Van den Bergh, H., & Van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus nonclinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*, 129–144.
- Rijkeboer, M. M., & Bergh, H. van de (2006). Multiple group confirmatory factor of the Young schema-questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 263-278.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder: A Second Generation of Theoretical Perspectives. *Cognitive Therapy & Research*, *29*, 1-5. doi:10.1007/s10608-005-1644-0
- Riskind, J. H., & Alloy, L. B. (2006). Cognitive Vulnerability to Psychological Disorders: Overview of Theory, Design, and Methods. *Journal of Social & Clinical Psychology*, *25*, 705-725.
- Riskind, J. H., Black, D., & Shahar, G. (2010). Cognitive vulnerability to anxiety in the stress generation process: Interaction between the Looming Cognitive Style and Anxiety Sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 124-128. doi:10.1016/j.janxdis.2009.09.007
- Riskind, J. H., Calvete, E., González-Díez, Z., Orue, I., Kleiman, E. M., & Shahar, G. (2013). Direct and indirect effects of looming cognitive style via social cognitions on social anxiety, depression, and hostility. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*(1), 73-85. doi:10.1521/ijct.2013.6.1.73

- Riskind, J. H., Rector, N. A., & Cassin, S. E. (2011). Examination of the convergent validity of looming vulnerability in the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 989-993. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.004
- Riskind, J.H., Rector, N.A., & Taylor, S. (2012). Looming cognitive vulnerability to anxiety and its reduction in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 22*(2), 137-162. doi:10.1037/a0028011.
- Riskind, J. H., Tzur, D., Williams, N., Mann, B., & Shahar, G. (2007). Short-term predictive effects of the looming cognitive style on anxiety disorder symptoms under restrictive methodological conditions. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1765–1777.
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (2006). A Unique Vulnerability Common to All Anxiety Disorders: The Looming Maladaptive Style. In L. B. Alloy, J. H. Riskind, L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. (pp. 175-206). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 837-852. doi:10.1037/0022-3514.79.5.837
- Rodebaugh, T. L., Weeks, J. W., Gordon, E. A., Langer, J. K., & Heimberg, R. G. (2012). The longitudinal relationship between fear of positive evaluation and fear of negative evaluation. *Anxiety, Stress & Coping, 25*(2), 167-182. doi:10.1080/10615806.2011.569709
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika, 66*, 507-514.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods, 7*, 422–445.

- Shumaker, E.A. & Rodebaugh, T.L. (2009). Perfectionism and social anxiety: Rethinking the role of high standards, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(3), 423-433, doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.04.002.
- Tanner, R. J., Stopa, L., & De Houwer, J. (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (10), 1397-1409. doi:10.1016/j.brat.2005.10.007
- Van Tuijl, L. A., de Jong, P. J., Sportel, B., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 45(1), 113-121. doi:10.1016/j.jbtep.2013.09.007
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy & Research*, 34(4), 316-332. doi:10.1007/s10608-009-9283-5.
- Williams, N. L., Shahar, G., Riskind, J. H., & Joiner Jr., T. E. (2005). The looming maladaptive style predicts shared variance in anxiety disorder symptoms: further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 157-175. doi:10.1016/j.janxdis.2004.01.003
- Young, J. (2006). *Young Schema Questionnaire-3*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press

## **6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES**

### **6.1 Discusión**

Este apartado trata de integrar los resultados obtenidos en los tres estudios presentados en esta Tesis Doctoral. A continuación se presenta un breve resumen de los mismos, además de las conclusiones generales y su aportación al conocimiento del trastorno de ansiedad social. También se expone la aplicabilidad de los resultados aquí obtenidos para finalizar exponiendo las principales limitaciones y líneas futuras de investigación.

El objetivo de esta tesis doctoral fue explorar la vulnerabilidad cognitiva al desarrollo de la ansiedad social teniendo como referencia dos modelos cognitivos de vulnerabilidad, el modelo de terapia de esquemas de Young (2003) y el modelo de vulnerabilidad del looming de Riskind (2000), no solo identificando los esquemas cognitivos nucleares sino analizando cual era la relación entre ambos modelos. Además se estudió el papel de las experiencias de maltrato emocional en la formación del estilo cognitivo disfuncional perteneciente al modelo de vulnerabilidad del looming, con el objetivo de avanzar en el conocimiento de los mecanismos cognitivos subyacentes que vinculan el maltrato emocional a los síntomas de ansiedad social.

#### **6.1.1 Propiedades psicométricas del cuestionario del estilo cognitivo de looming en jóvenes españoles.**

En primer lugar se validó el instrumento del LMSQ en una muestra de jóvenes españoles, traduciendo y adaptando el instrumento existente en inglés al castellano para analizar sus propiedades psicométricas y su relación con síntomas de ansiedad social, ansiedad generalizada y depresión. Una vez realizado esto, se estudió el papel que tenían las

experiencias de maltrato, en concreto el maltrato emocional por parte de padres e iguales, en relación al desarrollo del ECL social, un estilo cognitivo disfuncional altamente vinculado al desarrollo de síntomas de ansiedad social. Por último, se analizó el papel de dos vulnerabilidades cognitivas, específicamente el EDT y el ECL como mecanismos subyacentes del desarrollo de ansiedad social, y como estos se integran en un modelo que sirve de explicación para la aparición de síntomas de ansiedad social.

El modelo de vulnerabilidad del looming difiere de los modelos cognitivos tradicionales de ansiedad por su énfasis sobre la percepción subjetiva de la amenaza en términos de proyección temporal, aproximación y por constituir un elemento dinámico y cambiante que aumenta su peligro a cada momento. Los resultados obtenidos en estudios realizados en muestras anglosajonas indican que las personas que puntúan alto en este estilo cognitivo son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad (Riskind y Williams, 2005). A pesar de que han sido muchos los estudios que han utilizado el instrumento que mide este estilo cognitivo, el *Looming Maladaptive Style Questionnaire* (LMSQ), no existía investigación exhaustiva respecto a su estructura de dos factores (looming social y looming físico) y estabilidad e invarianza de la medida en diferentes muestras.

Los resultados muestran que los datos apoyan la estructura propuesta por el modelo de vulnerabilidad del looming (Riskind et al., 2000). Se analizó además la relación de las dos subescalas del instrumento con los síntomas de ansiedad social, ansiedad generalizada y depresión, concluyendo que el ECL social se vinculaba a la ansiedad social y el ECL a la ansiedad generalizada, y que este estilo no se vinculaba con los síntomas de depresión. Este estudio mostró que el instrumento cuenta con unas buenas propiedades psicométricas en muestras castellanohablantes. Uno de los hallazgos importantes fue que el modelo de medida del LMSQ fue invariante tanto en mujeres como en hombres, así como en la muestra con síntomas de ansiedad social altos y bajos. Por otra parte, la asociación más fuerte entre los

factores de looming en mujeres respecto a hombres puede ayudar a comprender la mayor propensión de las mujeres a desarrollar trastornos de ansiedad. Por último, el estudio puso de manifiesto que el LMSQ es estable en un periodo de 6 meses, respaldando la idea de que este estilo cognitivo es un factor moderadamente estable de vulnerabilidad (Riskind et al., 2000, 2006). La utilización de este instrumento permite detectar un estilo cognitivo propio de los trastornos de ansiedad, avanzando en el conocimiento de las diferencias cognitivas existentes respecto a los síntomas de depresión (LeMoult y Joormann, 2012).

### **6.1.2 El papel del maltrato emocional y el estilo cognitivo de looming en el desarrollo de síntomas de ansiedad social en adolescentes.**

La investigación resalta la importancia que las primeras experiencias con los demás tienen en el desarrollo de síntomas de ansiedad social, especialmente si estas se caracterizan por ser abusivas. En este estudio nos centramos en el maltrato emocional, puesto que muchas investigaciones han resaltado su importancia en la aparición de síntomas de ansiedad social. Para ello analizamos a través de qué mecanismos actúan estas experiencias y dan como resultado el desarrollo de síntomas de ansiedad social. En concreto, evaluamos si el maltrato emocional predice el desarrollo del ECL social (Brown y Stopa, 2008; Riskind et al., 2011). Este modelo conceptualiza las experiencias tempranas como decisivas en la aparición del mismo. Para la obtención de relaciones explicativas se utilizó un diseño longitudinal con tres tiempos con un espacio de 6 meses entre una medición y la siguiente en una muestra de adolescentes de 16 a 19 años. Los resultados indicaron que el ECL social actuó como mediador entre el maltrato emocional por parte de los padres y el incremento subsecuente de ansiedad social, en la línea de los resultados obtenidos por Gulley et al. (2014) que resaltaban la importancia de los estilos parentales negativos en la aparición de importantes sesgos en el procesamiento de la información. Aunque de manera transversal, la victimización por parte

de iguales se asoció a la sintomatología de ansiedad social, tal y como encontraron otras investigaciones (Erath et al., 2007; Storch et al., 2005). Sin embargo, de manera prospectiva no predijo ni el aumento del ECL social ni de los síntomas de ansiedad social, lo que sugiere que, contrariamente de lo que se piensa, los factores familiares siguen teniendo tanta influencia como la pueden tener las relaciones con los iguales (Gómez-Ortiz et al., 2016). En resumen este estudio complementa la investigación existente respecto a la relación entre experiencias de maltrato emocional por parte de padres e iguales con la ansiedad social a través de la explicación de cuáles son los mecanismos cognitivos intervinientes que confieren vulnerabilidad cognitiva al desarrollo de ansiedad social.

### **6.1.3 El papel del maltrato emocional y el estilo cognitivo de looming en el desarrollo de síntomas de ansiedad social en adolescentes.**

El objetivo de este estudio fue analizar si el looming social explica la asociación predictiva entre los dominios de los esquemas disfuncionales tempranos y la ansiedad social. Las personas con ciertos esquemas disfuncionales tempranos serían más propensas a generar escenarios en los que la amenaza social crece y aumenta a cada instante como anticipación a un futuro rechazo social. En concreto, el ECL fue el intermediario entre los esquemas disfuncionales tempranos y la ansiedad social. Además, los esquemas de orientación a los demás, autonomía deteriorada y límites deteriorados (este negativamente) se asociaron al incremento de ansiedad social un año después. Son resultados consistentes con lo expuesto por Calvete, Orue y Hankin (2013, 2015).

Este estudio amplía la investigación previa realizada en relación a los esquemas disfuncionales tempranos y la ansiedad social, por una parte al incluir todos los dominios incluidos en la teoría propuesta por Young et al. (2003) a diferencia de los estudios previos que no utilizaron todos los dominios propuestos en el modelo. Se hizo además en una muestra

de adolescentes y jóvenes, que constituyen el periodo con mayor prevalencia de ansiedad social. Este estudio aporta evidencias que se pueden añadir a las que ya existen respecto al papel del ECL en la ansiedad social, y al conocimiento general de los elementos distales en la vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad social, aportando información acerca de la integración de los mecanismos intervinientes que subyacen al desarrollo de ansiedad social.

## **6.2. Conclusiones generales**

En relación a los objetivos propuestos en esta tesis los resultados de los estudios realizados en la misma indican que:

1. El cuestionario adaptado al castellano del presente estudio “*Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ)*”, que mide el ECL cuenta con unas buenas propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad, estabilidad y validez en una muestra de jóvenes españoles. Los resultados obtenidos nos muestran que el LSMQ es una herramienta fiable en cuanto a la detección de una especificidad cognitiva al desarrollo de trastornos de ansiedad.
2. La estructura del LMSQ muestra dos subescalas claramente diferenciadas que se relacionan de manera diferente con los síntomas de ansiedad social, ansiedad generalizada y depresión. Así el ECL social se relaciona en mayor medida con el trastorno de ansiedad social, constituyendo una vulnerabilidad cognitiva específica que predice la aparición de desarrollo de síntomas de ansiedad social.
3. Las experiencias de maltrato emocional por parte de los padres predicen la aparición del ECL social, siendo más decisivas para la formación de esta vulnerabilidad cognitiva que el maltrato emocional ejercido por los padres. El ECL social actuó como mediador entre el abuso emocional ejercido por los padres

y la aparición de síntomas de ansiedad social. Esto supone un avance en el conocimiento de las variables distales que influyen en la aparición de la vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad social y confirma la relevancia de las experiencias tempranas en la formación de esta vulnerabilidad cognitiva (Riskind y Williams, 2006).

4. Los dominios de orientación a los demás, autonomía deteriorada y límites deteriorados (este negativamente) se vincularon al incremento de ansiedad social. El dominio de orientación a los demás predice el ECL y este a su vez los síntomas de ansiedad social. Esto supone la integración de dos modelos de vulnerabilidad cognitiva que hasta el momento habían sido estudiados por separado.
5. Las chicas mostraron puntuaciones más altas en ECL, y en los síntomas de ansiedad social. Por otra parte, el patrón de asociaciones predictivas entre las variables de maltrato emocional, ECL social y ansiedad social fue similar en chicas y chicos.

### **6.3. Implicaciones prácticas**

Los estudios expuestos en esta tesis tienen implicaciones prácticas a nivel metodológico, práctico y teórico.

En primer lugar, la validación del LMSQ proporciona un instrumento válido y fiable en el que se miden los escenarios en los que la persona muestra mayor vulnerabilidad. En cuanto a la utilización del YSQ-S3, este estudio es el primero que utiliza los 5 dominios que componen este instrumento en el estudio de ansiedad social.

Desde el punto de vista teórico supone un avance en el conocimiento etiológico de los mecanismos subyacentes en ansiedad social a través de la integración de dos modelos de vulnerabilidad cognitiva, obteniendo un modelo teórico que integra lo propuesto por ambos. Además se ha incluido el estudio del maltrato emocional por parte de progenitores e iguales en el origen del ECL tal y como expone el modelo de vulnerabilidad del looming.

Por último, observando la alta prevalencia que este trastorno tiene durante la adolescencia así como los factores de vulnerabilidad existentes, el conocimiento teórico de los contenidos causantes de dicha vulnerabilidad deben ser incluidos en los protocolos de tratamiento ya existentes, con un trabajo específico sobre las creencias que sustentan la aparición y desarrollo del mismo, así como los estilos de procesamiento de la amenaza en términos dinámicos. A nivel preventivo, sería recomendable incluir el trabajo sobre estas creencias en módulos dirigidos a trabajar el desarrollo de habilidades sociales y conductas asertivas que ayuden a potenciar una autoimagen positiva en los adolescentes. Por otra parte, sería aconsejable concienciar a los padres, madres y comunidad educativa acerca de la importancia que tiene la detección de formas de abuso que pueden pasar desapercibidas y que sin embargo, además de generar un enorme sufrimiento, juegan un papel fundamental en el desarrollo del trastorno de ansiedad social.

#### **6.4. Limitaciones, fortalezas y líneas futuras**

Tal y como los diferentes estudios han expuesto, esta investigación no está exenta de limitaciones a tener en cuenta en la interpretación de los resultados. En primer lugar, se han utilizado medidas de autoinforme, lo que podría haber provocado sesgos en el recuerdo de ciertas experiencias negativas. Si a lo anterior le unimos el paso del tiempo, esto pudo tener consecuencias en la recogida de los datos. Para minimizar esta limitación, futuros estudios deberían contar con medidas adicionales para evitar posibles sesgos, como medidas de terceros así como medidas fisiológicas y entrevistas individualizadas. Sería recomendable replicar los hallazgos en muestras clínicas y ver si las relaciones encontradas entre las variables permanecen de la misma manera. A pesar de tener un diseño longitudinal, sería recomendable el estudio de las mismas relaciones a edades más tempranas, con periodos entre medidas más amplios. De la misma manera, sería recomendable estudiar las relaciones bidireccionales entre las variables de estudio y ver si los síntomas de ansiedad influyen en la percepción de maltrato. En relación a esto mismo, se deben tener en cuenta la complejidad en las relaciones, y por tanto, la complejidad y formas de maltrato existentes. También se debería tener en cuenta como las variables de personalidad influyen en la formación del modelo estructural propuesto, teniendo en cuenta los factores protectores y ver la manera en la que interactúan. A pesar de dichas limitaciones este trabajo supone un paso importante sobre el que trabajar, aportando nuevas evidencias sobre el origen de estilos cognitivos vinculados al trastorno de ansiedad social en jóvenes y adolescentes en nuestra cultura.

**7. REFERENCIAS GENERALES.**

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358
- Acarturk, C., Smit, F., De Graaf, R., van Straten, A., Ten Have, M. y Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 115, 421–429. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.008
- Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A. y De Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241-254. doi: 10.1017/S0033291708003590
- Acquah, E. O., Topalli, P. Z., Wilson, M. L., Junttila, N. y Niemi, P. M. (2015). Adolescent loneliness and social anxiety as predictors of bullying victimisation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1-12. doi: 10.1080/02673843.2015.1083449
- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E. y Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 393-400. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.003
- Adler, A.D. y Strunk, D. R. (2010). Looming Maladaptive Style as a Moderator of Risk Factors for Anxiety, *Cognitive Therapy and Research*, 34, 59-68. doi: 10.1007/s10608-008-9221-y
- Alfano, C. A. y Beidel, D. C. (2011). *Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice*. American Psychological Association.

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.), Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Washington, DC: Author.
- Amir, N., Beard, C. y Bower, E. (2005). Interpretation bias and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 433–443. doi: 10.1007/s10608-005-2834-5
- Amir, N., Coles, M. E., Brigidi, B. y Foa, E. B. (2001). The effect of practice on recall of emotional information in individuals with generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 76-82. doi: 10.1037/0021-843X.110.1.76
- Amir, N. y Taylor, C. T. (2012). Interpretation training in individuals with generalized social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 497-511. doi: 10.1037/a0026928
- Anderson, B., Goldin, P. R., Kurita, K. y Gross, J. J. (2008). Self-representation in social anxiety disorder: linguistic analysis of autobiographical narratives. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1119-1125. doi:10.1016/j.brat.2008.07.001
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D. y Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12, 268–279. doi: 10.1080/13651500802095004

- Ball, S. G., Otto, M. W., Pollack, M. H., Uccello, R. y Rosenbaum, J. F. (1995). Differentiating social phobia and panic disorder: A test of core beliefs. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 473-482. doi: 10.1007/BF02230413
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N. y Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, 94, 130-139. doi:10.1016/j.paid.2016.01.021
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.1
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. y Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183. doi: 10.1037/0021-843X.96.3.179
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36. doi: 10.1080/10615808808248218
- Beck, A. T. y Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409. doi: 10.1007/978-1-4757-9779-4\_2
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beesdo-Baum, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary

- depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64, 903-912. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S.G. y Wittchen, H.U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, 411-425. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L. y Sarver, N. W. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 908-918. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.09.016
- Belzer, K. D., McKee, M. B. y Liebowitz, M. R. (2005). Social anxiety disorder: Current perspectives on diagnosis and treatment. *Primary Psychiatry*, 12 (11), 35-48.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Gómez, L., Blanco, C. y Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24, 396-401.
- Bifulco, A., Schimmenti, A., Jacobs, C., Bunn, A. y Rusu, A. C. (2014). Risk factors and psychological outcomes of bullying victimization: A community-based study. *Child Indicators Research*, 7, 633-648. doi: 10.1007/s12187-014-9236-8

- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S. y Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13-16. doi: 10.1186/1744-859X-13-16
- Bitran, S. y Hofmann, S. G. (2010). Effect of affect on social cost bias in social anxiety disorder. *Anxiety, Stress and Coping*, 23, 273-287. doi: 10.1080/10615801003586846
- Blöte, A. W., Kint, M. J., Miers, A. C. y Westenberg, P. M. (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 305-313. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.11.007
- Boden, M. T., John, O. P., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G. y Gross, J. J. (2012). The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 287-291. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.007
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. y Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM V. *Depression & Anxiety*, 27, 168-189. doi:10.1002/da.20670
- Borge, F. M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C. y McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 991-1010. doi:10.1016/j.janxdis.2007.10.002
- Bosmans, G., Braet, C. y Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 374-385. doi: 10.1002/cpp.744

- Botella, C.; Baños, R.M.; y Perpiñá, C. (comp.) (2003). *Fobia Social: Avances en la Psicopatología, la Evaluación y el Tratamiento Psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paídos.
- Brown, M. A. y Stopa, L. (2008). The looming maladaptive style in social anxiety. *Behavior Therapy*, 39, 57-64. doi:10.1016/j.beth.2007.04.004
- Brozovich, F. y Heimberg, R. G. (2011). The relationship of post-event processing to self-evaluation of performance in social anxiety. *Behavior Therapy*, 42, 224-235. doi: 10.1016/j.beth.2010.08.005
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... y Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179-1187. doi: 10.1176/foc.6.4.foc539
- Bruch, M. A., Fallon, M. y Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 109. doi:10.1037/0022-0167.50.1.109
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C. y Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.01.002
- Burstein, M., Ameli-Grillon, L. y Merikangas, K. R. (2011). Shyness versus social phobia in US youth. *Pediatrics*, 128, 917-925. doi: 10.1016/j.yeped.2012.03.028

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Caballo, V. E., Arias, B., Calderero, M., Salazar, I. C. y Iurrtia, M. J. (2011). Acoso escolar y ansiedad social en niños (I): análisis de su relación y desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual*, 19(3), 591-609.
- Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J. y Hofmann, S. G. (2015). Psychometric properties of an innovative self-report measure: The Social Anxiety Questionnaire for adults. *Psychological Assessment*, 27, 997-1012. doi: 1040-3590/15/\$12.00.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iurrtia, M. y Calderero, M. (2010). Validación del 'Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos' (CASO-A30) en universitarios Españoles: Similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Clínica & de la Salud*, 18, 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J., Arias, B. y Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 18(2), 259.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M., Arias, B. y Hofmann, S. G. (2012). The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43, 313-328. doi:10.1016/j.beth.2011.07.001
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(3), 401-423.

- Calderero, M., Salazar, I. C. y Caballo, V. E. (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Psicología Conductual, 19*, 389-415.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect, 735–746*. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- Calvete, E. y Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicología Conductual, 16*, 5–21.
- Calvete, E. y Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 105–117. doi: 10.1007/s10802-011-9546-y
- Calvete, E., Orue, I. y Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 278-288. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011
- Calvete, E., Orue, I. y Hankin H. (2015). A Longitudinal Test of the Vulnerability-Stress Model with Early Maladaptive Schemas for Depressive and Social Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 37*, 85-99. doi: 10.1007/s10862-014-9438-x
- Calvete, E., Orue, I. y González-Díez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment, 29*, 283-290. doi:10.1027/1015-5759/a000158
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and

- mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263. doi:  
10.1016/j.brat.2005.10.001
- Canton, J., Scott, K. M. y Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215. doi:  
10.2147/NDT.S23317
- Carr, S. N. y Francis, A. J. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive therapy and Research*, 34, 343-358. doi:10.1007/s10608-009-9250-1
- Cecero, J. J., Nelson, J. D. y Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire—research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 344-357. doi: 10.1002/cpp.401
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chartier, M. J., Walker, J. R. y Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734. doi:  
10.1007/s00127-003-0720-6
- Chen, J., Rapee, R. M. y Abbott, M. J. (2013). Mediators of the relationship between social anxiety and post-event rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 1-8. doi:  
10.1016/j.janxdis.2012.10.008
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... y Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A

- randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.568
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, and F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Clauss, J. A. y Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1066-1075. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Coles, M. E., Heimberg, R. G. y Schofield, C. A. (2008). Interpretation of facial expressions and social anxiety: Specificity and source of biases. *Cognition and Emotion*, 22, 1159-1173. doi: 10.1080/02699930701685919
- Crome, E. y Baillie, A. (2014). Mild to severe social fears: Ranking types of feared social situations using item response theory. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 471-479. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.05.002.
- Crome, E., Baillie, A., Slade, T. y Ruscio, A. M. (2010). Social phobia: further evidence of dimensional structure. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1012-1020. doi: 10.3109/00048674.2010.507544.
- Dalrymple, K. L. y Zimmerman, M. (2011). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 131-137. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.012
- Del Palacio-González, A. y Clark, D. A. (2015). Specificity of Cognitive Vulnerability in Fear and Sad Affect: Anxiety Sensitivity, Looming Cognitive Style, and Hopelessness

- in Emotion Reactivity and Recovery. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 351-367. doi: 10.1521/ijct.2015.8.4.351
- Delgado, B. Inglés, C.J y García-Fernández, J.M. (2014). Social Anxiety and Self-Concept in Adolescence, *Revista de Psicodidactica*, 18, 179-195 doi:10.1387/RevPsicodidact.6411
- Dozois, D. J. y Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. *Risk factors in depression*, 1, 121-143. doi: 10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X
- Dozois, D. J., Martin, R. A. y Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 585-596. doi: 10.1007/s10608-008-9223-9
- Dozois, D. J., Martin, R. A. y Faulkner, B. (2013). Early maladaptive schemas, styles of humor and aggression. *International Journal of Humor Research*, 26, 97-116. doi: 10.1515/humor-2013-0006
- Eldoğan, D. y Barışkın, E. (2014). Early Maladaptive Schema Domains and Social Phobia Symptoms: Is There a Mediator Role of Emotion Regulation Difficulties? *Türk Psikoloji Dergisi*, 29 (74), 116-118.
- Elwood, L. S., Riskind, J. H. y Olatunji, B. O. (2011). Looming vulnerability: Incremental validity of a fearful cognitive distortion in contamination fears. *Cognitive therapy and research*, 35, 40-47. doi: 10.1007/s10608-009-9277-3
- Elwood, L. S., Williams, N. L., Olatunji, B. O. y Lohr, J. M. (2007). Interpretation biases in victims and non-victims of interpersonal trauma and their relation to symptom development. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 554-567. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.08.006

- Epkins, C., y Heckler, D. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 14, 329-376. doi:10.1007/s10567-011-0101-8
- Erath, S. A., Flanagan, K. S. y Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 405-416. doi: 10.1007/s10802-007-9099-2
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'Adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00215-7
- Fehm, L., Beesdo-Baum, K., Jacobi, F. y Fiedler, A. (2008) Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265. doi: 10.1007/s00127-007-0299-4
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. y Wittchen, H. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.002
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D. y Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 775-787. doi: 10.1037/a0015401
- Furman, W., McDunn, C. y Young, B. (2009). The role of peer and romantic relationships in adolescent affective development. In: Allen N, Sheeber L (eds.), *Adolescent emotional*

- development and the emergence of depressive disorders.* (pp. 219-317). Cambridge University Press, New York.
- García-López, L.J. (2007). *Trastorno de ansiedad social: estado actual en población infanto-juvenil.* Investigación en psicología (pp. 13-34). Universidad de Jaén.
- García-López, L. J., Díaz-Castela, M. M., Muela-Martínez, J. A. y Espinosa-Fernández, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 812-822. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.09.001
- García-López, L. J., Inglés, C. J. y García-Fernández, J. M. (2008). Exploring the relevance of gender and age differences in the assessment of social fears in adolescence. *Social Behavior and Personality*, 36, 385-390. doi: 10.2224/sbp.2008.36.3.385
- García-López L.J., Irurtia, M.J., Caballo, V.E., y Díaz-Castela, M.M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología Conductual*, 19, 223–236.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. D. M. y Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501-533.
- García-López, L. J., Salvador, M. C. y De Los Reyes, A. (2015). Assessment of social anxiety in adolescents. En K. Ranta, A. M. La Greca, L. J. García-López, M. Marttunen (dirs.), *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies* (pp. 121-150). Cham: Springer.
- García-López, L.J. y Storch, E.A. (2008). Recent advances in anxiety disorders in childhood. *Behavioral Psychology*, 16, 361–363.

- Gibb, B. E., Chelminski, I. y Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety, 24*, 4, 256–263. doi:10.1002/da.20238
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 723-751. doi:10.1016/S0193-953X(05)70260-4
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C. y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual, 24*(1), 29-49.
- Goodwin, N. P., Mrug, S., Borch, C., y Cillessen, A. H. (2012). Peer selection and socialization in adolescent depression: The role of school transitions. *Journal of Youth and Adolescence, 41*, 320-32. doi: 10.1007/s10964-011-9723-x
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research, 39*, 1-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.05.004
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G. y Svedin, C. G. (2009). Social phobia in Swedish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 1-7. doi: 10.1007/s00127-008-0400-7.
- Gulley, L. D., Oppenheimer, C. W. y Hankin, B. L. (2014). Associations among negative parenting, attention bias to anger, and social anxiety among youth. *Developmental Psychology, 50*, 577-585. doi:10.1037/a0033624

- Gyesook, Y., Ju Hee, P. y Hey Jung, J. (2014). Early maladaptive schemas as predictors of interpersonal orientation and peer connectedness in university students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 42, 1377-1394.  
doi:10.2224/sbp.2014.42.8.1377
- Hackmann, A., Clark, D. M. y McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601-610.
- Haikal, M. y Hong, R. Y. (2010). The effects of social evaluation and looming threat on self-attentional biases and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 345-352.  
doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.007
- Harris, A. E. y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.  
doi:10.1023/a:1016085112981
- Hawke, L. D. y Provencher, M. D. (2012). Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136, 803-811.  
doi:10.1016/j.jad.2011.09.036
- Hawley, L. L., Rector, N. A. y Lapsa, J. M. (2016). Examining the dynamic relationships between exposure tasks and cognitive restructuring in CBT for SAD: Outcomes and moderating influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 10-20. doi:  
10.1016/j.janxdis.2016.01.010
- Heeren, A., Mogoase, C., Philippot, P. y McNally, R. J. (2015). Attention bias modification for social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 76-90. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.001

- Heimberg, R.G., Brozovich, F.A. y Rapee, R.M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S.G. Hofmann & P.M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental and social perspectives* (pp. 395-422). New York, NY: Elsevier, doi: 10.1016/B978-0-12-375096-9.00028-6.
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. J., Stein, M. B. y ... Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression & Anxiety*, 31, 472-479. doi:10.1002/da.22231
- Hirsch, C., Meynen, T. y Clark, D. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12(4), 496-506.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 392.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209. doi: 10.1080/16506070701421313
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2010). The empirical status of the “new wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Hofmann, S. G. y Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632. doi: 10.4088/JCP.v69n0415

- Hope, D. A., Burns, J. A., Hayes, S. A., Herbert, J. D. y Warner, M. D. (2010). Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 1-12. doi: 10.1007/s10608-007-9147-9
- Hughes, M. E., Alloy, L. B. y Cogswell, A. (2008). Repetitive thought in psychopathology: The relation of rumination and worry to depression and anxiety symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 271-288. doi: 10.1891/0889-8391.22.3.271
- Iffland, B., Sansen, L. M., Catani, C. y Neuner, F. (2012). Emotional but not physical maltreatment is independently related to psychopathology in subjects with various degrees of social anxiety: A web-based internet survey. *BMC Psychiatry*, 12-49. doi:10.1186/1471-244X-12-49
- Inglés, C. J., Delgado, B., García-Fernández, J. M., Ruiz-Esteban, C. y Díaz-Herrero, Á. (2010). Sociometric types and social interaction styles in a sample of Spanish adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 13, 730-740. doi: 10.1017/S1138741600002390
- Inglés, C. J., La Greca, A. M., Marzo, J. C., Garcia-Lopez, L. J. y Garcia-Fernandez, J. M. (2010). Social Anxiety Scale for Adolescents: Factorial invariance and latent mean differences across gender and age in Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 847-855. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.007.
- Inglés, C. J., Martínez-Monteaudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G., ... y García-López, L. J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y aprendizaje*, 31 (4), 449-461.

- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., Garcia-Fernandez, J. M., García-López, L. J., Delgado, B., y Ruiz-Esteban, C. (2010). Gender and age differences in the cognitive, psychophysiological, and behavioral responses of social anxiety in adolescence. *Psicothema*, 22(3), 376-381.
- Jones, C., Harris, G. y Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review*, 13, 237-244. doi: 10.1002/erv.642
- Kashdan, T. B., Farmer, A. S., Adams, L. M., Ferssizidis, P., McKnight, P. E. y Nezlek, J. B. (2013). Distinguishing healthy adults from people with social anxiety disorder: Evidence for the value of experiential avoidance and positive emotions in everyday social interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 645-655. doi: 10.1037/a0032733
- Kearney, C. (2006). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*. Springer Science & Business Media.
- Kellogg, S. H. y Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62, 445-458. doi: 10.1002/jclp.20240
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Lakoma, M.D., Petukhova, M., ... Merikangas, K.R. (2012). Lifetime comorbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCSA). *Psychological Medicine*, 42, 1997-2010. doi: 10.1017/S0033291712000025
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *51*, 8-19. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
- Kessler, R. C., y Wang, P. S. (2008). The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States\*. *Annual Review of Public Health*, *29*, 115-129. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, *28*, 592-612. doi: 10.1016/j.cpr.2007.08.003
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2009). Do parental psychopathology and unfavorable family environment predict the persistence of social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 986-994. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.06.010.
- Knappe S, Beesdo-Baum K, Fehm L, Lieb R, Wittchen HU (2012) Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*, 608–616. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.02.014
- Knappe, S., Sasagawa, S. y Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. En K. Ranta, A. M. La Greca, L. J. García López y M. Martunnen (dirs.), *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies* (pp. 39-70). Cham: Springer.
- Koerner, N., Tallon, K. y Kusec, A. (2015). Maladaptive core beliefs and their relation to generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 592–612. doi:10.1080/16506073.2015.1042989

- Koyuncu, A., Ertekin, E., Deveci, E., Ertekin, B. A., Yüksel, Ç., Çelebi, F., ... y Tükel, R. (2015). Age of onset in social anxiety disorder: Relation to clinical variables and major depression comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27(2), 84-89.
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G. y Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 467-473. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.011
- La Greca, A. M. y Harrison, H. M. (2005). Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do They Predict Social Anxiety and Depression? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 49-61. doi:10.1207/s15374424jccp3401\_5
- Laposa, J. M. y Rector, N. A. (2011). A prospective examination of predictors of post-event processing following videotaped exposures in group cognitive behavioural therapy for individuals with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 568-573. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.01.004
- Ledley, D. A., Fresco, D. M. & Heimberg, R. G. (2006). Relationship of cognitive factors to social anxiety disorder. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 251-284), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- LeMoult, J., Yoon, K. L. y Joormann, J. (2012). Affective priming in major depressive disorder. *Frontiers in integrative neuroscience*, 6, 76. doi: 10.3389/fnint.2012.00076
- Levin, T. T., Riskind, J. y Li, Y. (2010). Looming cognitive style and quality of life in a cancer cohort. *Palliative & Supportive Care*, 8, 449-54. doi: 10.1017/S1478951510000325

- Lewin, M. R., Garcia, L. M., Limon, A. M. y Ojeda, A. (2015). Dysfunctional Parenting and Depression: The Mediational Role of Schemas. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6, 2-12. doi: 10.5127/jep.035513
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. y Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866. doi: 10.1001/archpsyc.57.9.859
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J. y Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Archives of general Psychiatry*, 57, 191-192. doi: 10.1001/archpsyc.57.2.191-a
- Luebke, A. M., Bump, K., Fussner, L. M. y Rulon, K. J. (2014). Perceived maternal and paternal psychological control: relations to adolescent anxiety through deficits in emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 45, 565-576. doi: 10.1007/s10578-013-0425-3
- Lumley, M. N. y Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657. doi: 10.1007/s10608-006-9100-3
- Mairet, K., Boag, S. y Warburton, W. (2014). How important is temperament? The relationship between coping styles, early maladaptive schemas, and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 171-190.
- Makkar, S. R. y Grisham, J. R. (2011). Social anxiety and the effects of negative self-imagery on emotion, cognition, and post-event processing. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 654-664. doi: 10.1016/j.brat.2011.07.004

- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, *123*, 218-221. doi. 10.1176/ajp.123.2.218
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, *50*, 370-396. doi:10.1037/h0054346
- McCabe, R. E., Miller, J. L., Laugesen, N., Antony, M. M. y Young, L. (2010). The relationship between anxiety disorders in adults and recalled childhood teasing. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 238-243. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.11.002
- McCarthy, M. C. y Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*, 288-297. doi: 10.1080/16506073.2012.676669
- McGinn, L. K., Cukor, D. y Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 219–242. doi: 10.1007/s10608-005-3166-1
- McGinn, L. K. y Newman, M. G. (2013). Status update on social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*, 88-113. doi: 10.1521/ijct.2013.6.2.88
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. y Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, *45*, 1027-1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- McLeod, B. D., Wood, J. J. y Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 155-172. doi:10.1016/j.cpr.2006.09.002

- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*, 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
- Miers, A. C., Blöte, A. W., De Rooij, M., Bokhorst, C. L. y Westenberg, P. M. (2013). Trajectories of social anxiety during adolescence and relations with cognition, social competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 97-110. doi: 10.1007/s10802-012-9651-6
- Mitte, K. (2008). Memory bias for threatening information in anxiety and anxiety disorders: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *134*, 886. doi: 10.1037/a0013343
- Moitra, E., Beard, C., Weisberg, R. B. y Keller, M. B. (2011). Occupational impairment and social anxiety disorder in a sample of primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, *130*, 209-212. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.024
- Morrison, A. S. y Heimberg, R. G. (2013). Attentional control mediates the effect of social anxiety on positive affect. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*, 56-67. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.10.002
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 123-134. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.04.002
- Moscovitch, D.A. Hofmann, S.G. (2007). When ambiguity hurts: Social standards moderate self-appraisals in generalized social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1039-1052. doi:10.1016/j.brat.2006.07.008

- Moscovitch, D. A., Rodebaugh, T. L. y Hesch, B. D. (2012). How awkward! Social anxiety and the perceived consequences of social blunders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 142-149. doi: 10.1016/j.brat.2011.11.002
- Muller, R. T., Thornback, K. y Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence*, 27, 243-255. doi: 10.1007/s10896-012-9417-5
- Muris, P., van Brakel, A.M.L., Arntz, A. y Schouten, E. (2011) Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: a longitudinal study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 57–170. doi: 10.1007/s10826-010-9365-8
- Neal, J. A. y Edelman, R. J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00076-X
- Nordahl, H. M., Holthe, H. y Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12, 142-149. doi: 10.1002/cpp.430
- Nordgreen, T., Havik, O. E., Öst, L. G., Furmark, T., Carlbring, P. y Andersson, G. (2012). Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 13-21. doi: 10.1016/j.brat.2011.10.009
- Norton, A. R. y Abbott, M. J. (2016). Self-Focused Cognition in Social Anxiety: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change*, 33, 44-64. doi:10.1017/bec.2016.2

- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual, 11*, 405-428.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Alcázar, R. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema, 18*(2), 207-212.
- O'Toole, M. S., Hougaard, E. y Mennin, D. S. (2013). Social anxiety and emotion knowledge: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 98-108. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.09.005
- Ouimet, A. J., Gawronski, B. y Dozois, D. J. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clinical Psychology Review, 29*, 459-470. doi: 10.1016/j.cpr.2009.05.004
- Pace, U., Cacioppo, M., Cascio, V. L., Guzzo, G. y Passanisi, A. (2016). Are there similar or divergent transitions to adulthood in a mediterranean context? A cross-national comparison of Italy and Spain. *Europe's Journal of Psychology, 12*, 153-168. doi: 10.5964/ejop.v12i1.1043
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema, 13*(3), 523-529.
- Persike, M. y Seiffge-krenke, I. (2012). Competence in coping with stress in adolescents from three regions of the world. *Journal of Youth and Adolescence, 41*, 863-79. doi: 10.1007/s10964-011-9719-6

- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. y Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy & Research*, 30, 571-584. doi:10.1007/s10608-006-9027-8
- Ponniah, N., y Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38, 3-14. doi: 10.1017/S0033291707000918
- Ramsawh, H. J., Weisberg, R. B., Dyck, I., Stout, R. y Keller, M. B. (2011). Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *Journal of Affective Disorders*, 132, 260-264. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.006
- Ranøyen, I., Jozefiak, T., Wallander, J., Lydersen, S. y Indredavik, M. S. (2014). Self-reported social anxiety symptoms and correlates in a clinical (CAP) and a community (Young-HUNT) adolescent sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1937-1949. doi: 10.1007/s00127-014-0888-y
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Frojd, S. y Marttunen, M. (2013). Peer victimization and social phobia: A follow-up study among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 533-544. doi:10.1007/s00127-012-0583-9
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. y Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates and service use. *Depression and Anxiety*, 26, 528-536. doi: 10.1002/da.20422
- Rapee, R. M., Gaston, J. E. y Abbott, M. J. (2009). Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 317-327. doi: 10.1037/a0014800

- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756. doi 10.1016/S0005-7967(97)00022-3
- Rapee, R. M. y Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767. doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.004
- Reardon, J. M. y Williams, N. L. (2007). The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 625-643. doi:10.1016/j.janxdis.2006.09.013
- Rector, N. A., Kamkar, K. y Riskind, J. H. (2008). Misappraisal of time perspective and suicide in the anxiety disorders: The multiplier effect of looming illusions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 69-79. doi:10.1680/ijct.2008.1.1.69
- Rheingold, A. A., Herbert, J. D. y Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder: A Second Generation of Theoretical Perspectives. *Cognitive Therapy & Research*, 29, 1-5. doi:10.1007/s10608-005-1644-0
- Riskind, J. H. y Alloy, L. B. (2006). Cognitive Vulnerability to Psychological Disorders: Overview of Theory, Design, and Methods. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25, 705-725. doi: 10.1521/jscp.2006.25.7.705
- Riskind, J. H., Black, D. y Shahar, G. (2010). Cognitive vulnerability to anxiety in the stress generation process: Interaction between the Looming Cognitive Style and Anxiety

Sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 124-128.

doi:10.1016/j.janxdis.2009.09.007

Riskind, J. H., Calvete, E., González-Díez, Z., Orue, I., Kleiman, E. M. y Shahar, G. (2013).

Direct and indirect effects of looming cognitive style via social cognitions on social anxiety, depression, and hostility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 73-85.

doi:10.1521/ijct.2013.6.1.73

Riskind, J. H. y Kleiman, E. M. (2012). Looming cognitive style, emotion schemas, and fears

of loss of emotional control: Two studies. *International Journal of Cognitive Therapy*,

5, 392-405. doi: 10.1521/ijct.2012.5.4.392

Riskind, J. H., Kleiman, E. M., Seifritz, E. y Neuhoff, J. (2014). Influence of anxiety,

depression and looming cognitive style on auditory looming perception. *Journal of*

*Anxiety Disorders*, 28, 45-50. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.11.005

Riskind, J. H., Rector, N. A. y Cassin, S. E. (2011). Examination of the convergent validity of

looming vulnerability in the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 989-

993. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.004

Riskind, J. H., Rector, N. A. y Taylor, S. (2012). Looming cognitive vulnerability to

anxiety and its reduction in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*,

22, 137–162. doi:10.1037/a0028011

Riskind, J. H., Tzur, D., Williams, N. L., Mann, B. y Shahar, G. (2007). Short-term predictive

effects of the looming cognitive style on anxiety disorder symptoms under restrictive methodological conditions. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1765-1777.

doi:10.1016/j.brat.2006.12.007

- Riskind, J. H. y Williams, N. L. (1999). Specific cognitive content of anxiety and catastrophizing: Looming vulnerability and the looming maladaptive style. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13*(1), 41-54.
- Riskind, J. H. y Williams, N. L. (2005). The Looming Cognitive Style and Generalized Anxiety Disorder: Distinctive Danger Schemas and Cognitive Phenomenology. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 7-27. doi:10.1007/s10608-005-1645-z
- Riskind, J. H. y Williams, N. L. (2006). A Unique Vulnerability Common to All Anxiety Disorders: The Looming Maladaptive Style. In L. B. Alloy, J. H. Riskind, L. B. Alloy, J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 175-206). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Altman, M. D., Black, D. O., Balaban, M. S. y Gessner, T. L. (2004). Developmental antecedents of the looming maladaptive style: Parental bonding and parental attachment insecurity. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*, 43-52. doi:10.1891/jcop.18.1.43.28050
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D. y Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 837-852. doi:10.1037/0022-3514.79.5.837
- Riskind, J. H., Williams, N. L. y Joiner, T. (2006). The looming cognitive style: A cognitive vulnerability for anxiety disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 779-801. doi:10.1521/jscp.2006.25.7.779
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J. y Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. American Psychological Association.

- Rodríguez, J. O., Caballo, V. E., García-López, L. J., Alcázar, A., Isabel Rosa y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Revista Internacional De Psicología Clínica y De La Salud*, 11(3), 405-427
- Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L. y Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30, 133-142. doi: 10.6018/analesps.30.1.165371
- Ruscio, M., Brown, T.A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein M. B. y Kessler R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28 doi:10.1017/S0033291707001699
- Scaini, S., Belotti, R. y Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 650-656. Doi: 10.1016/j.janxdis.2014.07.002
- Schimmenti, A. y Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 41-48. doi: 10.1111/camh.12051
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Gervasi, A. M., Manzella, S. y Fama, F. I. (2014). Insecure attachment attitudes in the onset of problematic Internet use among late adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 588-595. doi: 10.1007/s10578-013-0428-0.

- Schmidt, N. B. y Joiner Jr, T. E. (2004). Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 65-72. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007457.95008.d2
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Jr., Young, J.E. y Telch, M.J. (1995). The schema questionnaire: investigation of the psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295–321. doi: 10.1007/BF02230402
- Schmidt, L. A. y Riniolo, T. C. (1999). The role of neuroticism in test and social anxiety. *The Journal of Social Psychology*, 139, 394-395. Doi: 10.1080/00224549909598398
- Schulz, S. M., Alpers, G. W. y Hofmann, S. G. (2008). Negative self-focused cognitions mediate the effect of trait social anxiety on state anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 438-449. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.008
- Schultz, L. T. y Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221. doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.003
- Shah, R. y Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 19-25. Doi: 10.1097/00005053-200001000-00004
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S. y Stuart, G. L. (2015). The relationship between early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47, 230-238. doi:10.1080/02791072.2015.1050133

- Sibrava, N. J., Beard, C., Bjornsson, A. S., Moitra, E., Weisberg, R. B. y Keller, M. B. (2013). Two-year course of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and panic disorder in a longitudinal sample of African American adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 1052. doi: 10.1037/a0034382
- Sica, C., Caudek, C., Chiri, L. R., Ghisi, M. y Marchetti, I. (2012). “Not just right experiences” predict obsessive–compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: a one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*, 159-167. doi:10.1016/j.jocrd.2012.03.006
- Siegel, R. S., La Greca, A. M. & Harrison. H. M. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationships. *Journal of Youth and Adolescence, 38*, 1096-1109. doi: 10.1007/s10964-009-9392-1
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., ... & Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 26*, 1027-1032. doi: 10.1002/da.20604
- Smits, J. A. J., Rosenfield, D., McDonald, R. y Telch, M. J. (2006). Cognitive mechanisms of social anxiety reduction: An examination of specificity and temporality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1203–1212. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1203
- Stangier, U., Heidenreich, T. y Schermelleh-Engel, K. (2006). Safety behaviors and social performance in patients with generalized social phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 17-31. doi: 10.1891/jcop.20.1.17

- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M. y Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 68, 692-700. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.67
- Stewart, R.E. y Chambless, D.L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606. doi: 10.1037/a0016032
- Stewart, R. E., Chambless, D. L. y Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 8-23. doi: 10.1002/jclp.20832
- Stopa, L. y Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273-283. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00043-1
- Stopa, L. & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57. doi: 10.1348/147608304X21383
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Crisp, H. y Klein, R. G. (2005). Peer victimization and social anxiety in adolescence: A prospective study. *Aggressive behavior*, 31, 437-452. doi: 10.1002/ab.20093
- Stuhldreher, N., Leibing, E., Leichsenring, F., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hoyer, J., König, H. (2014). The costs of social anxiety disorder: The role of symptom severity and comorbidities. *Journal of Affective Disorders*, 165, 87-94. doi:10.1016/j.jad.2014.04.039

- Taylor, S. (2009). Looming Vulnerability and Posttraumatic Stress Disorder: How Are They Related? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 77-84. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.77
- Taylor, C. T. y Alden, L. E. (2010). Safety behaviors and judgmental biases in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 226-237. doi:10.1016/j.brat.2009.11.005
- Tillfors, M. y Furmark, T. (2007). Social phobia in Swedish university students: Prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 79-86. doi: 10.1007/s00127-006-0143-2
- Tzur-Bitan, D., Meiran, N., Steinberg, D. M. y Shahar, G. (2012). Is the looming maladaptive cognitive style a central mechanism in the (generalized) anxiety-(major) depression comorbidity: An intra-individual, time series study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 170-185. doi: 10.1521/ijct.2012.5.2.170
- Van Zalk, N., Van Zalk, M., Kerr, M. y Stattin, H. (2011). Social anxiety as a basis for friendship selection and socialization in adolescents' social networks. *Journal of Personality*, 79, 499-526. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00682.x
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Williams, N. L., Shahar, G., Riskind, J. H. y Joiner Jr., T. E. (2005). The looming maladaptive style predicts shared variance in anxiety disorder symptoms: further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 157-175. doi:10.1016/j.janxdis.2004.01.003

- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz, M. R., Wang, S. y Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 12-19. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.006.
- Yap, K., Gibbs, A. L., Francis, A. J. P. y Schuster, S. E. (2016). Testing the bivalent fear of evaluation model of social anxiety: The relationship between fear of positive evaluation, social anxiety, and perfectionism. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45, 136-149. doi:10.1080/16506073.2015.1125941
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R. y Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric services*, 52, 637-643. 10.1176/appi.ps.52.5.637
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. (rev. ed.), Practitioner's resource series.
- Young, J. (2006). *Young Schema Questionnaire-3*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., Klosko, J.S., y Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G. y Iida, M. (2010). Anxiety disorders and intimate relationships: a study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 163-173. doi 10.1037/a0018473
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C. y Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a

4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 33, 1211-1222. doi: 10.1017/S0033291703008158

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C. y Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19, 654-660.

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C. y Salinas, J. M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31, 189-196. doi:10.1007/s10608-006-9027-8

Zubeidat, I., Sierra, J. C., y Fernández-Parra, A. (2007). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 147-162. doi 10.5944/rppc

# **ANEXOS**



8. ANEXOS

**ANEXO A. LMSQ. ORIGINAL VERSION**

Instructions

In these questions, we are interested in your immediate thoughts and reactions to a number of different scenes. Put down whatever comes to mind in response to each of these scenes immediately, rather than thinking about your answer for a long time.

After you read each scene, try to **vividly** imagine it. What comes to mind as you bring that scene to mind and think about it? Concentrate on it and imagine it in as much vivid detail as possible.

After you have finished concentrating on the scene, answer the questions about what you were imagining was happening. Please do not leave out any questions if possible.

To summarize;

- 1) Vividly imagine yourself in each scene.
- 2) Answer all the questions about your own immediate thoughts and feelings.

**Suppose that you were to hear a strange engine noise from your car as you were driving on the expressway in heavy rush hour traffic. There are rushing cars and trucks on both sides of you and your car sounds as if it the engine could be cracking or the engine is developing a serious problem.**

1. How worried or anxious does your imagining this scene make you feel?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

2. In this scene, are the chances of your having a difficulty with the car's engine decreasing, or increasing and expanding with each moment?

Chances are

decreasing with time      1      2      3      4      5      Chances are expanding

3. Is the level of threat to you from the car's engine staying fairly constant, or is it growing rapidly larger with each passing moment?

Threat is staying

Threat is growing

fairly constant    1      2      3      4      5      rapidly larger

4. How much do you visualize your car's engine as in the act of progressively worsening?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

**Suppose that a person you have been romantically involved with is behaving oddly. They were late to meet you and there are long moments of silence when they don't speak and don't give you eye contact. It seems your relationship could be breaking up.**

1. How worried or anxious does your imagining this scene make you feel?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

2. In this scene, are the chances of your having a difficulty with the relationship decreasing, or increasing and expanding with each moment?

Chances are

decreasing with time      1      2      3      4      5      Chances are expanding

3. Is the level of threat of losing your relationship staying fairly constant, or is it growing rapidly larger with each passing moment?

Threat is staying

Threat is growing

fairly constant   1      2      3      4      5      rapidly larger

4. How much do you visualize your relationship as in the act of progressively breaking up?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

**Suppose that you get odd heart palpitations while talking to someone about a financial problem. You have never had palpitations where your heart skipped around like this and you could be developing a heart murmur.**

1. How worried or anxious does your imagining this scene make you feel?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

2. In this scene, are the chances of your having a difficulty with your heart seem to be decreasing, or increasing and expanding with each moment?

Chances are

decreasing with time      1      2      3      4      5      Chances are expanding

3. Is the level of threat of a heart condition staying fairly constant, or is it growing rapidly larger with each passing moment?

Threat is staying

Threat is growing

fairly constant   1      2      3      4      5      rapidly larger

4. How much do you visualize your heart problem as in the act of becoming progressively worse?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

**Suppose you walk up to an extremely popular, self-centered person in a group of people. The person looks a little bored when first glancing at you and many of the people in the group are looking in your direction. You want to extend an invitation to a party to the person but the person could reject your invitation.**

1. How worried or anxious does your imagining this scene make you feel?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

2. In this scene, are the chances of your having a difficulty decreasing, or increasing and expanding with each moment?

Threat is

decreasing with time      1      2      3      4      5      Threat is expanding

3. Is the level of threat of your being rejected staying fairly constant, or is it growing rapidly larger with each passing moment?

Threat is staying

Threat is growing

fairly constant    1      2      3      4      5      rapidly larger

4. How much do you visualize the risk of being rejected as in the act of becoming progressively worse?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

**Suppose that you are in front of a large audience of strangers. You are speaking about a topic on which you do not know a lot. Some of the people look bored or disinterested, while others look upset. It seems that you could get a very negative audience reaction.**

1. How worried or anxious does your imagining this scene make you feel?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

2. In this scene, are the chances of your having a difficulty with the audience decreasing, or increasing and expanding with each moment?

Threat is

decreasing with time      1      2      3      4      5      Threat is expanding

3. Is the level of threat from the audience staying fairly constant, or is it growing rapidly larger with each passing moment?

Threat is staying

Threat is growing

fairly constant    1      2      3      4      5      rapidly larger

4. How much do you visualize the audience reaction as in the act of becoming progressively worse?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

**Suppose that it is 6:00 in the evening-- the height of the rush hour and you are heading home on the expressway in your car. A red truck is speeding aggressively in and out of traffic behind you without seeming to notice your position. It seems that there is a definite risk of getting into an accident.**

1. How worried or anxious does your imagining this scene make you feel?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

2. In this scene, are the chances of your having difficulty with the red truck decreasing, or increasing and expanding with each moment?

Threat is getting smaller or

decreasing with time      1      2      3      4      5      Threat is expanding

3. Is the level of threat of an accident staying fairly constant, or is it growing rapidly larger with each passing moment?

Threat is staying

fairly constant    1      2      3      4      5      Threat is growing  
rapidly larger

4. How much do you visualize the risk of an accident as in the act of becoming progressively worse?

Not at all      1      2      3      4      5      Very Much

**ANEXO B. LMSQ VERSION CASTELLANO**

En estas preguntas estamos interesados es tus pensamientos y reacciones inmediatas en una serie de escenas diferentes. Marca lo que sea que te venga a la mente en respuesta a cada una de las escenas inmediatamente. No pienses mucho tiempo en la respuesta.

Después de leer cada escena, intenta imaginártela vívidamente. ¿Qué te viene a la cabeza cuando piensas en esa escena? Concéntrate e imagina la escena en detalle.

Cuando te hayas concentrado en la escena responde a las preguntas sobre que te imaginas que estaba pasando. Por favor, intenta contestar a todas las preguntas.

En resumen:

- 1) Imagina con el mayor realismo posible cada escena
- 2) Contesta todas las preguntas sobre tus pensamientos y sentimientos inmediatos.

**ESCENA I: Imagínate que vas en el coche y escuchas un ruido extraño en el motor mientras vas por una autopista a hora punta con mucho tráfico. Hay coches y camiones que pasan a gran velocidad por ambos lados y tu coche suena como si fuera a averiarse en cualquier momento**

1. ¿En qué medida te hace sentir preocupado o ansioso el imaginarte esta escena?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2. Tal y como imaginas la escena, ¿ las posibilidades de tener un problema con el motor del coche están disminuyendo o aumentando cada vez más?

Las posibilidades están disminuyendo	1	2	3	4	5	Las posibilidades están aumentando
--------------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------------

3. ¿El nivel de amenaza para ti de que se rompa el motor se mantiene constante o está aumentando rápidamente a cada momento?

La amenaza se mantiene constante	1	2	3	4	5	La amenaza va aumentando rápidamente.
----------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿En qué medida visualizas el motor de tu coche empeorando progresivamente?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

**ESCENA II: Imagínate que una persona con la que has estado manteniendo una relación romántica se está comportando de manera extraña. Ha llegado tarde a una cita, hay momentos de silencio prolongado donde ninguno de los dos habláis y no te mira a los ojos. Parece que tu relación podría estar rompiéndose.**

1. ¿En qué medida te hace sentir preocupado o ansioso el imaginarte esta escena?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2. Tal y como imaginas la escena, ¿las posibilidades de tener una dificultad en la relación están disminuyendo o aumentando cada vez más?

Las posibilidades están disminuyendo	1	2	3	4	5	Las posibilidades están aumentando
--------------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------------

3. ¿El nivel de amenaza de perder la relación se mantiene constante o está aumentando rápidamente a cada momento?

La amenaza se mantiene constante	1	2	3	4	5	La amenaza va aumentando rápidamente.
----------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿En qué medida visualizas tú relación rompiéndose de manera progresiva?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

**ESCENA III: Imagínate que tienes palpitaciones raras del corazón mientras hablas con alguien sobre un problema económico. Nunca has tenido este tipo de palpitaciones en las que el corazón te latiera de esta manera y podrías estar desarrollando una enfermedad cardiaca.**

1. ¿En qué medida te hace sentir preocupado o ansioso el imaginarte esta escena?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2. Tal y como imaginas la escena, ¿las posibilidades de tener un problema cardiaco están disminuyendo o aumentando cada vez más?

Las posibilidades están disminuyendo	1	2	3	4	5	Las posibilidades están aumentando
--------------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------------

3. ¿El nivel de amenaza de tener un problema cardiaco se mantiene constante o está aumentando rápidamente a cada momento?

La amenaza se mantiene constante	1	2	3	4	5	La amenaza va aumentando rápidamente.
----------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿En qué medida visualizas tu problema cardiaco empeorando progresivamente?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

**ESCENA IV; Imagínate que ves a una persona muy popular a la que te presentaron recientemente. Está rodeada de otras personas y te acercas a saludarla. Esta persona te mira con gesto de aburrimiento y muchas de las personas que están en el grupo te miran. Tu intención es charlar un rato con esa persona pero parece que esta persona podría no recordarte e incluso rechazarte.**

1. ¿En qué medida te hace sentir preocupado o ansioso el imaginarte esta escena?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2. Tal y como imaginas la escena, ¿las posibilidades de que te rechace están disminuyendo o aumentando cada vez más?

Las posibilidades están disminuyendo	1	2	3	4	5	Las posibilidades están aumentando
--------------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------------

3. ¿El nivel de amenaza de que esa persona te rechace se mantiene constante o está aumentando rápidamente a cada momento?

La amenaza se mantiene constante	1	2	3	4	5	La amenaza va aumentando rápidamente.
----------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿En qué medida visualizas que ese rechazo vaya empeorando progresivamente?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

**ESCENA V; Imagínate que estás frente a una audiencia numerosa de gente desconocida. Estás hablando sobre un tema que no dominas Algunas personas parecen estar aburridas o desinteresadas, mientras que otros parecen que están molestos. Parece que podrías tener una reacción negativa de la audiencia/público.**

1. ¿En qué medida te hace sentir preocupado o ansioso el imaginarte esta escena?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2. Al imaginarte esta escena, ¿las posibilidades de tener un problema con el público están disminuyendo o aumentando cada vez más?

Las posibilidades están disminuyendo	1	2	3	4	5	Las posibilidades están aumentando
--------------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------------

3. ¿El nivel de amenaza del público se mantiene constante o está aumentando rápidamente a cada momento?

La amenaza se mantiene constante	1	2	3	4	5	La amenaza va aumentando rápidamente.
----------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿En qué medida visualizas la reacción del público empeorando progresivamente?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

**ESCENA VI; Imagínate que son las 7 de la tarde (hora de mucho tráfico) y te diriges a tu casa por una autovía en coche. Un camión rojo se acerca rápidamente cambiando de carril continuamente y parece que no te ha visto. Parece que hay riesgo de tener un accidente.**

1. ¿En qué medida te hace sentir preocupado o ansioso el imaginarte esta escena?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2. Al imaginarte esta escena, ¿las posibilidades de tener /un accidente con el camión están disminuyendo o aumentando cada vez más?

Las posibilidades están disminuyendo	1	2	3	4	5	Las posibilidades están aumentando
--------------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------------

3. ¿El nivel de amenaza de un accidente se mantiene constante o está aumentando rápidamente a cada momento?

La amenaza se mantiene constante	1	2	3	4	5	La amenaza va aumentando rápidamente.
----------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿En qué medida visualizas el riesgo de un accidente empeorando progresivamente?

Nada	1	2	3	4	5	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

