

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL Y SUS COMORBILIDADES: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA EMPÍRICA E IMPLICANCIAS CLÍNICAS

Social anxiety disorder and its comorbidities: a literature review and clinical implications

Lic. Federico Santillán

Asociación Civil Ayuda

Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad

Contacto: licfedericosantillan@gmail.com

Resumen: Esta revisión de la literatura busca examinar los hallazgos empíricos y teóricos centrados en el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y su comorbilidad con otros trastornos mentales tales como la depresión, otros trastornos de ansiedad, el trastorno de personalidad evitativa y el abuso de sustancias. Se evaluaron artículos científicos, metaanálisis y revisiones de la literatura previas.

Los resultados de esta revisión bibliográfica enfatizan que la comorbilidad del TAS con otros problemas de salud mental es altamente frecuente y prevalente en la población, así como que cuando coexiste con otra condición psicopatológica, hay una elevada tendencia a desarrollar sintomatología de mayor severidad y mayor resistencia al tratamiento.

Palabras clave: *Trastorno de ansiedad social, comorbilidad, depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad evitativa, abuso de sustancias*

Abstract: *This literature review aims to examine empirical and theoretical findings focused on Social Anxiety Disorder (SAD) and its comorbidity with other mental disorders such as depression, other anxiety disorders, avoidant personality disorder and substance abuse. Scientific articles, meta-analyses, and previous literature reviews were evaluated.*

The results of this bibliographic review emphasize that the comorbidity of SAD with other mental health problems is highly frequent and prevalent in the population. Moreover, when SAD coexists with another psychopathological condition, there is a marked tendency to develop more severe symptomatology and greater resistance to treatment.

Keywords: *Social Anxiety Disorder, Comorbidities, Depression, Other Anxiety Disorders, Avoidant Personality Disorder, substance abuse.*

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS), anteriormente conocido como Fobia Social, fue incluido como entidad diagnóstica en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III) (APA, 1980) y comenzó a ser investigado de forma exhaustiva a finales de la década del 80 (Caballo et al., 1995). Más recientemente, de acuerdo al DSM 5-TR (APA, 2022), el TAS se caracteriza fundamentalmente por miedo o ansiedad intensos y desproporcionados en una o más situaciones sociales, así como por el temor de actuar de una manera determinada o de exhibir síntomas de ansiedad que puedan derivar en una evaluación negativa de los otros. Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo e interfieren en diversas áreas de la vida de la persona afectando su calidad de vida. Es frecuente que quienes lo padecen eviten situaciones sociales o las afronten con un elevado malestar subjetivo (Bogiaizian & Fernández-Álvarez, 2022).

El TAS se vincula con vulnerabilidades estructurales tanto biológicas (p. ej., bases genéticas) como con patrones básicos de personalidad alterados, incluidos la inhibición conductual. En su forma más específica, el subtipo denominado "Sólo de actuación", introducido en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) (APA, 2013), se caracteriza por una mayor reactividad psicofisiológica frente a los estímulos temidos en escenarios de desempeño público (Heimberg et al., 2014).

Los datos epidemiológicos respaldan la hipótesis de que se trata de uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes. Suele presentarse en la adolescencia temprana, afecta a personas con menor nivel educativo y se asocia con mayores niveles de ansiedad y depresión, así como con un curso crónico y más deteriorante (Kessler et al., 2005; Wittchen & Fehm, 2003). En Estados Unidos, el TAS es el trastorno de ansiedad más común después de la fobia específica, con una prevalencia de por vida de 13% en población adulta y una incidencia anual del 8% (Kessler et al., 2005, 2012).

En Argentina, Cía et al. (2018) estimaron una prevalencia de por vida del 2.6% y una edad de inicio entre los 8 y los 19 años, mientras que Stagnaro et al. (2018) hallaron una prevalencia del 1.3% en población general.

En consonancia con estos hallazgos, Koyuncu, İnce, Ertekin y Tükel (2019) observaron que el TAS rara vez se presenta de forma aislada: la comorbilidad psiquiátrica es la norma más que la excepción, alcanzando tasas superiores al 90% en algunas muestras. Esto puede explicarse, en parte, por mecanismos subyacentes de orden superior —como la afectividad negativa— que se encuentran alterados y pueden dar lugar a manifestaciones diversas dentro de una misma persona (Belloch, Sandín y Ramos, 2020).

La evidencia clásica y contemporánea señala que un alto porcentaje de individuos con TAS presenta otra condición clínica concomitante, especialmente otros trastornos de ansiedad, depresión, trastornos por uso de sustancias, trastornos por estrés posttraumático y trastornos de personalidad, al compararlos con la población general. Asimismo, la presencia de comorbilidades se asocia con una menor calidad de vida (Chartier, Walker & Stein, 2003 ; Patel, Schubert & Cogle, 2024 ; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1994; Szafranski, Talkovsky, Farris, & Norton, 2014). En la mayoría de los casos, el TAS antecede al trastorno comórbido; la comorbilidad empeora el curso clínico, incrementa el riesgo suicida y puede derivar en intervenciones inadecuadas que podrían interpretarse erróneamente como resistencia terapéutica (Koyuncu et al., 2019). Además, la sintomatología suele ser más severa y más resistente al tratamiento, por lo que se considera al TAS un constructo heterogéneo y dimensional que requiere precisión en los diagnósticos diferenciales y el diseño de abordajes integrativos para su tratamiento (Bogiaizian & Fernández-Álvarez, 2022).

Objetivo

El objetivo del presente artículo es evaluar de manera crítica la literatura empírica y teórica previamente publicada sobre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y sus comorbilidades psiquiátricas asociadas más frecuentes, considerando su prevalencia, secuencia temporal, factores de vulnerabilidad asociados y sus implicancias clínicas y terapéuticas.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura empírica y teórica sobre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y sus comorbilidades. La búsqueda se efectuó utilizando bases de datos académicas (*PubMed*, *PsycINFO*, *Google Scholar* y *ResearchGate*, entre otras). Se emplearon palabras clave los términos: *social anxiety disorder*, *social phobia*, *comorbidities*, *depression*,

anxiety disorders, *avoidant personality disorder*, *substance abuse*, así como sus equivalentes en castellano.

La búsqueda inicial arrojó más de 5.500 artículos. Posteriormente, se aplicó un criterio de inclusión que priorizó artículos científicos, revisiones de la literatura y metaanálisis recientes, revisados por pares que incluyan directamente las variables de interés. La estrategia de búsqueda se centró en los estudios más relevantes desde el punto de vista epidemiológico y clínico considerando especialmente aquellos que evaluaron la frecuencia, temporalidad y las repercusiones terapéuticas de la comorbilidad del TAS con otros trastornos mentales. Este procedimiento permitió identificar las principales evidencias sobre estas asociaciones con el propósito de valorar la magnitud e impacto de estas en la práctica profesional.

Comorbilidad del trastorno de ansiedad social con la depresión

Estudios clínicos muestran que la depresión mayor es uno de los trastornos más frecuentes en pacientes con TAS. Por ejemplo, Fava et al. (1997, citado en Koyuncu et al., 2019) reportaron que el 50,6% de los pacientes con depresión mayor presentaban algún trastorno de ansiedad comórbido, y el 27% cumplían criterios de TAS.

En un estudio longitudinal prospectivo y familiar de 10 años de duración con jóvenes y adultos jóvenes, Beesdo et al. (2007) observaron que el inicio temprano del TAS incrementa significativamente el riesgo de desarrollar un episodio depresivo mayor o distimia en las décadas siguientes, con riesgos relativos entre 1.49 y 1.85. Estos hallazgos sugieren que la ansiedad social podría constituir un factor de vulnerabilidad para los trastornos depresivos.

En suma, Ohayon y Schatzberg (2010) en una muestra representativa de 18.980 individuos, de 15 años o más, hallaron que el 19.5% de los individuos con fobia social presentaban además depresión mayor y que la fobia social incrementa el riesgo de desarrollar un episodio depresivo mayor en los 2 años siguientes.

De manera similar, Van Zalk y Van Zalk (2019), en un estudio longitudinal con 501 adolescentes europeos, hallaron que la ansiedad social predice aumentos posteriores en síntomas depresivos, pero no a la inversa, reforzando la hipótesis de que la ansiedad social antecede y contribuye al desarrollo de la depresión.

Por su parte, Adams, Balbuena, Meng y Asmundson (2016) detectaron que la comorbilidad entre el trastorno depresivo mayor (TDM) y el TAS se presenta con mayor frecuencia en personas más jóvenes, especialmente hombres, y que el TDM tiende a manifestarse más tempranamente. Los individuos con TDM y más de dos diagnósticos de trastornos de ansiedad presentaron mayor gravedad, tendencia

suicida, abuso de sustancias y disfunción ocupacional y social.

Entre la mitad y dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento psicoterapéutico para el TAS cumplen criterios para depresión mayor, y uno de cada cinco padece distimia (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancil, 2001).

Hofmann y Otto (2008) señalan que los puntos de contacto entre ambas condiciones incluyen la perseveración cognitiva, la baja autoestima, la autoeficacia percibida reducida y altos niveles de perfeccionismo factores que contribuyen al mantenimiento y solapamiento de ambos cuadros.

Comorbilidad del trastorno de ansiedad social con otros trastornos de ansiedad

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) presenta también una alta coexistencia con otros trastornos de ansiedad, incluidos el trastorno de pánico (TP), la Agorafobia (AGF), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Patel et al., 2024; Koyuncu et al., 2019). La alta comorbilidad entre estos trastornos se vincula con el subfactor miedo identificado en los modelos dimensionales jerárquicos de la psicopatología (Kotov et al., 2017).

Grant et al. (2005), en el marco de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*, hallaron que la prevalencia del TAS en los últimos 12 meses y a lo largo de la vida fue de 2.8% y del 5% respectivamente y quienes lo padecen presentan tasas significativamente más altas de TAG, trastorno bipolar tipo 1 y trastornos de la personalidad dependiente y evitativa. En esta misma dirección, Koyuncu et al. (2019) informan que la prevalencia del TOC en pacientes con TAS oscila entre el 2% y el 19%, mientras que la del TAS en pacientes con TOC varía entre el 8% y el 42%. Esta comorbilidad se asocia con mayor gravedad clínica, disfunción social y resistencia al tratamiento, reflejando la estrecha interrelación entre ambos trastornos.

De manera consistente, McLean, Asnaani, Litz y Hofmann (2011) confirmaron que las coocurrencias entre trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres -excepto en el TAS que no se encontraron diferencias significativas- y se asocian con mayor cronicidad y discapacidad funcional en mujeres que en hombres.

A su vez, Tibi et al. (2021) encontraron que aproximadamente el 20% de los pacientes con TOC presentaban además TAS. En este subgrupo comórbido se observó una mayor severidad de los síntomas depresivos y menores niveles de apego seguro en comparación con los pacientes con TOC sin TAS. Además, los individuos con TAS dentro del grupo con TOC presentaron una edad de inicio significativamente más temprana de la ansiedad social que aquellos con TAS

sin TOC, lo que sugiere una forma más precoz y posiblemente más persistente del trastorno.

En muchos casos, estas condiciones comparten mecanismos cognitivos y emocionales en común, como la hiperfocalización en la amenaza social, el perfeccionismo interpersonal y los sesgos atencionales hacia el juicio negativo, lo que explica en parte su solapamiento (Clark, & McManus, 2002).

Bogiaizian y Fernández-Álvarez (2022) plantean que la comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad constituye la regla más que la excepción. En el caso del TAS, estiman que aproximadamente la mitad de los pacientes que lo presentan tienen comorbilidad con al menos otro trastorno de ansiedad.

Según la revisión de Koyuncu et al. (2019), la fobia específica es la comorbilidad ansiosa más frecuente a lo largo de la vida en el TAS, con tasas que oscilan entre 14.1% y 60.8%, reportadas en múltiples estudios, los sujetos evaluados reportaron mayores niveles de miedo y evitación. Asimismo, el trastorno de pánico presenta tasas de comorbilidad entre 4.7% y 26.9%, la agorafobia entre 8% y 45% y quienes lo padecen tienen ataques de pánico con predominio de síntomas visibles característicos del TAS tales como: temblor, sudor y rubor.

Potter et al. (2014) observaron que aproximadamente el 21.6% de los individuos con TAS presentan ataques de pánico situacionales, y que en este grupo más del 72% evitan activamente situaciones sociales por temor a un ataque de pánico. Además, estos pacientes muestran mayor evitación de situaciones y peor funcionamiento general comparados con aquellos sin dichos ataques.

En este contexto, Bogiaizian y Fernández-Álvarez (2022) resaltan que, en algunas formas agudas del TAS, puede resultar útil distinguirlo de los ataques de pánico, dado que la evolución del trastorno puede dirigirse hacia una forma de reacción panicosas cuando los pacientes se encuentran en situaciones límite.

En relación a la asociación del TAS con el TAG, Koyuncu et al. (2019) detectaron una comorbilidad del 0.6 y 27% entre ambos trastornos especialmente en muestras clínicas asociándose con un inicio más temprano, mayor gravedad clínica, peor funcionamiento y mayor resistencia al tratamiento. Desde una mirada clínica, Bogiaizian y Fernández-Álvarez (2022) subrayan que esta combinación suele manifestarse en formas extremas de ansiedad social, caracterizadas por hiperexigencia y evaluaciones muy catastróficas acerca de los costos posibles en caso de concretarse la situación temida.

Respecto a la comorbilidad del Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) y TAS, Koyuncu et al. (2019) señalan que es de 3.2 y 16%. En la misma línea, Hardarson et al. (2023), en un estudio con 286 adultos finlandeses expuestos a experiencias de trauma social, hallaron que los individuos con mayores niveles de

ansiedad social y síntomas de estrés postraumático compartían creencias negativas acerca de sí mismos (p. ej., “soy débil”, “soy inadecuado”) y acerca de los otros como crueles o críticos. Asimismo, identificaron que la inhibición comportamental y los miedos hacia amenazas sociales median la relación entre el trauma social y la aparición de sintomatología ansiosa, sugiriendo que estos esquemas cognitivos constituyen un factor de vulnerabilidad común entre el TAS y TEPT.

Comorbilidad del TAS con el Trastorno de Personalidad Evitativa

Diversas investigaciones han señalado una estrecha relación entre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y el Trastorno de Personalidad Evitativa (TPE), al punto de que ambos comparten características clínicas y mecanismos cognitivos subyacentes (Alden, & Taylor, 2004; Koyuncu et al., 2019; Ralevski et al., 2005). En un estudio clásico, Oldham et al. (1995) observaron *odds ratios* significativamente elevados para la coexistencia de trastornos de ansiedad con trastornos de personalidad límite, dependiente y evitativa.

Se estima que entre el 30% y el 50% de las personas con TAS cumplen también criterios diagnósticos para TPE (Ralevski et al., 2005). De modo complementario, Cox, Pagura, Stein, Sareen y the Canadian Community Health Survey Mental Health Group (2009) determinaron que la prevalencia a lo largo de la vida para la fobia social generalizada fue del 2.8% mientras que para el TPE del 2.4%, demostrando que ambos trastornos tienen un alto grado de superposición (16–57%) entre ambos, dependiendo del número de situaciones temidas.

Mientras que el TAS se caracteriza por un miedo intenso a la evaluación negativa en contextos sociales específicos, el TPE implica patrones más generalizados y estables de evitación interpersonal, sensibilidad extrema al rechazo y autopercepción de ineptitud (APA, 2013).

De acuerdo con Koyuncu et al. (2019) en estudios clínicos más recientes la asociación entre el TAS y el TPE fue más moderada arrojando 32–48% de comorbilidad. Los pacientes con TAS y características de TPE -definidas por un patrón persistente de inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa- presentan niveles más altos de evitación social, peor funcionamiento interpersonal y mayor resistencia al tratamiento en comparación con pacientes con TAS sin dichos rasgos de personalidad.

La diferenciación clínica entre ambos trastornos requiere considerar la estabilidad de los rasgos, la extensión de la evitación y el grado de deterioro funcional, ya que comparten una base cognitiva caracterizada por el temor al juicio negativo, el perfeccionismo social y la autocrítica persistente (Bogiaizian & Fernández-Álvarez, 2022).

Desde el punto de vista terapéutico, la coexistencia de TAS y TPE plantea desafíos clínicos significativos, dado que la presencia de rasgos evitativos profundos tiende a disminuir la eficacia de los tratamientos convencionales centrados exclusivamente en la ansiedad social (Hofmann & Otto, 2008). En estos casos, se recomienda un abordaje integrado que combine técnicas cognitivo-conductuales específicas con intervenciones orientadas a la modificación de esquemas interpersonales y creencias nucleares negativas (Alden & Taylor, 2004). Asimismo, la incorporación de estrategias basadas en el síndrome cognitivo atencional y las creencias metacognitivas ha mostrado resultados promisorios en este tipo de pacientes (Nordahl & Wells, 2018).

Comorbilidad del Trastorno de Ansiedad Social con el abuso de sustancias

Otra comorbilidad ampliamente documentada es la que se establece entre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y el abuso de sustancias. Estudios poblacionales estadounidenses basados en el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), con una muestra de 43.093 participantes, han demostrado que las personas con TAS presentan mayor probabilidad de desarrollar dependencia alcohólica (Schneier et al., 2010). La coexistencia entre ambos trastornos se asocia con un deterioro funcional significativamente mayor, un curso más crónico y mayores tasas de suicidabilidad.

El modelo explicativo más aceptado para esta asociación es el de la automedicación, según el cual los individuos con ansiedad social utilizan el alcohol como estrategia para reducir la ansiedad anticipatoria o facilitar la interacción social. Sin embargo, la evidencia también sugiere que el consumo excesivo de alcohol puede exacerbar los síntomas de ansiedad social y aumentar la vulnerabilidad a recaídas así como el TAS puede constituir un factor de riesgo para la dependencia alcohólica (Buckner, Timpano, Zvolensky, & Sachs-Ericsson, 2008).

Oliveira, Bermúdez, Macedo y Passos (2018) plantean que, aunque el alcohol es la sustancia a la que más recurren las personas con TAS, no es infrecuente el consumo de psicofármacos y otras sustancias psicoactivas. En este contexto, la ingesta de alcohol funciona como una estrategia de afrontamiento desadaptativa, que permite al ansioso social focalizar su atención en los estímulos externos y, por lo tanto, reducir momentáneamente los niveles de ansiedad, constituyendo una conducta de seguridad que perpetúa el trastorno.

Más recientemente, Patel et al. (2024) confirmaron que la severidad del TAS a lo largo de la vida se correlaciona con el uso diario de alcohol y con la presencia de un Trastorno por Abuso de Alcohol (TPA). Sin embargo, solo el consumo diario en el último año se

asoció significativamente con la gravedad del TAS en ese mismo período. Además, se observó una relación significativa entre el TAS y los intentos de suicidio, lo que refuerza la importancia de evaluar sistemáticamente el consumo de sustancias dentro del abordaje clínico integral de las personas con ansiedad social.

Tabla 1
Comorbilidades del TAS y prevalencias

Diagnóstico	Prevalencia promedio
Agorafobia	8–45%
TAG	0.6–27%.
TOC	19%
TEPT	3.2–16%
Trastorno de Personalidad Evitativa	32–48%
Trastorno por Consumo de alcohol o sustancias	50%

Nota. Las cifras reflejan estimaciones aproximadas basadas en estudios epidemiológicos y clínicos. Los porcentajes pueden variar según la muestra, criterios diagnósticos y metodología de evaluación

CONCLUSIONES

Las comorbilidades del Trastorno de Ansiedad Social (TAS) son altamente prevalentes y clínicamente significativas. Entre las más relevantes se destacan los trastornos depresivos, otros trastornos de ansiedad, el trastorno de personalidad evitativa y el consumo de

sustancias psicoactivas en las cuales el alcohol es la más elegida.

La evidencia empírica sugiere que el TAS suele preceder al desarrollo de otras psicopatologías, actuando como un trastorno de base que incrementa la vulnerabilidad hacia cuadros posteriores. Asimismo, la coexistencia de comorbilidades se asocia con mayor gravedad clínica, resistencia al tratamiento, deterioro funcional y peor calidad de vida.

Incorporar estos hallazgos en la evaluación clínica a fin de reconocer y tratar las comorbilidades del TAS resulta esencial para obtener eficacia terapéutica. Adicionalmente, la literatura actual enfatiza la necesidad de intervenciones integradas que aborden simultáneamente la ansiedad social y los trastornos asociados, adaptando el enfoque terapéutico a la complejidad del perfil clínico de cada paciente.

LIMITACIONES

La presente revisión bibliográfica involucró ajustar el foco a los estudios más significativos acerca de las comorbilidades más prevalentes con el TAS. En este sentido, otras entidades psicopatológicas, por limitaciones de extensión y su menor asociación epidemiológica, fueron excluidas del presente trabajo. Sería deseable en el futuro ampliar la revisión para cubrir la literatura correspondiente a comorbilidades menos relevantes desde el punto de vista epidemiológico, pero no obstante relevantes para una comprensión lo más abarcativa posible del TAS y sus comorbilidades.

REFERENCIAS

- Adams, G. C., Balbuena, L., Meng, X., & Asmundson, G. J. G. (2016). When social anxiety and depression go hand in hand: A population study of comorbidity and associated consequences. *Journal of Affective Disorders, 206*, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.031>
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 857–882. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.006>
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3.ª ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.ª ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & 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*(8), 903–912. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.903>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología (3ª de.)*. McGraw Hill.
- Bogiaizian, D., & Fernández-Álvarez, J. (2022). *Ansiedad social, conceptualización y tratamiento del miedo a los otros*. Lumen.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancil, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Buckner, J. D., Timpano, K. R., Zvolensky, M. J., Sachs-Ericson, N., & Schmidt, N. B. (2008). Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety

- disorder. *Depression and anxiety*, 25(12), 1028–1037. <https://doi.org/10.1002/da.20442>
- Caballo, V. E., Verania, A., y Bas, F. (1995) Fobia Social en Caballo, V. E. (dir) *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(12), 728–734. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0720-6>
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(4), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51(1), 92–100. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01296-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01296-3)
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., Sareen, J., & the Canadian Community Health Survey Mental Health Group. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety*, 26(4), 354–362. <https://doi.org/10.1002/da.20475>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S., Saha, T. D., & Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(11), 1351–1361. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n1102>
- Hardarson, J. P., Gudmundsdottir, B., Valdimarsdottir, A. G., Gudmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., Wessman, I., Davidsdottir, S., Tomasson, G., & Holmes, E. A. (2023). Appraisals of social trauma and their role in the development of post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Behavioural Sciences*, 13(7), 577. <https://doi.org/10.3390/bs13070577>
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A. J., Stein, M. B., & Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 31(6), 472–479. <https://doi.org/10.1002/da.22231>
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment*. Routledge.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & 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(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Muñoz Murillo, M., & Alpízar Rodríguez, R. (2016). Comorbilidad en los trastornos de ansiedad: Implicaciones clínicas. *Revista Médica de Costa Rica*, 73(1), 45–52.
- Nordahl, H., & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy for comorbid anxiety disorders: A case series study. *Frontiers in Psychology*, 9, 261. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00540>
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.018>
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Davies, M. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 571–578. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.571>
- Oliveira, L. M., Bermúdez, M. B., Macedo, J. D. A. & Passos, I. C. (2018). Comorbid social anxiety disorder with patients alcohol use disorder: A sistematic review. *Journal of Psychiatry Research*, 106, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.008>
- Patel, T. A., Schubert, F. T., & Cogle, J. R. (2024). Comorbidity and Quality of Life in DSM-5 Social Anxiety Disorder Among a Nationally Representative Sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 85(2), 23m15217. <https://doi.org/10.4088/JCP.23m15217>
- Potter, C. M., Wong, J., Heimberg, R. G., Blanco, C., Liu, S.-M., Wang, S., & Schneier, F. R. (2014). Situational panic attacks in social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 167, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.044>
- Ralevski, E., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Tracie Shea, M., Yen, S., Bender, D. S., Zanarini, M. C., & McGlashan, T. H. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be

- separate disorders? *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 208–214. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00580.x>
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1994). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 51(4), 282–288. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820040034004>
- Schneier, F. R., Foose, T. E., Hasin, D. S., Heimberg, R. G., Liu, S. M., Grant, B. F., & Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40(6), 977–988. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991231>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., & Medina-Mora, M. E. (2018). Epidemiología de los trastornos de ansiedad en Argentina: Resultados del estudio nacional de salud mental. *Vertex*, 29(137), 46–54.
- Szafranski, D. D., Talkovsky, A. M., Farris, S. G., & Norton, P. J. (2014). Social anxiety disorder and psychiatric comorbidity. In J. W. Weeks (Ed.), *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder* (pp. 201–222). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118653920.ch10>
- Tibi, L., Asher, S., van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., Eikelenboom, M., Visser, H. A., Penninx, B. W., & Anholt, G. E. (2021). The correlates of social phobia in OCD: Findings from a large clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 312–332. <https://doi.org/10.1111/bjc.12292>
- Van Zalk, N., & Van Zalk, M. (2019). Longitudinal Links Between Adolescent Social Anxiety and Depressive Symptoms: Testing the Mediatonal Effects of Cybervictimization. *Child psychiatry and human development*, 50(2), 186–197. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0829-1>
- Wittchen, H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 108(417), 4–18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x>