

¿HACIA UN ESPECTRO DE LA TIMIDEZ?

José Guimón

(Catedrático de Psiquiatría de la EHU-UPV, Universidad del País Vasco)

onpguugj@lg.ehu.es

RESUMEN

Las características conductuales se presentan como rasgos estables (*traits*) o síntomas variables (*states*) en distintos cuadros psicopatológicos. En el presente artículo sólo comentaré la timidez que se encuentra en sujetos que no presentan otros trastornos psiquiátricos caracterizados. Me limitaré a la revisión de los datos provenientes de la llamada psicología empírica, dejando de lado los aspectos fenomenológicos y las interpretaciones psicoanalíticas que comentaré en otro lugar.

PALABRAS CLAVE

Timidez, psicopatología.

SUMMARY

The behavioural characteristics are presented as stable features (*traits*) or variable symptoms (*states*) in different psychopathological symptoms. In this article I only mention shyness that is found in subjects that do not have other characterised psychiatric disorders. I limit myself to the data from empirical psychology

KEY WORDS

Shyness, psychopathology.

Desde la “Psicología científica” o experimental se ha pretendido ⁱ con instrumentos diversos ⁱⁱ características conductuales como la timidez ⁱⁱⁱ, la inhibición ^{iv}, la evitación del daño ^v, la ansiedad social^{vi}, la culpa y la vergüenza. Otros instrumentos miden comportamientos opuestos como la impulsividad^{vii} y la desinhibición^{viii}. La adecuación psicométrica de las escalas ha sido discutida, no tanto en cuanto a su fiabilidad sino en cuanto a su validez y especificidad, ya que con frecuencia sus *ítems* y factores se solapan como ocurre con los conceptos mismos a que se refieren.

A través de estudios con estos instrumentos sobre poblaciones generalmente “normales” y, menos frecuentemente, constituidas por pacientes psiquiátricos, se han ido obteniendo algunos datos de interés. , que plantean la consideración de estas manifestaciones como “rasgos” (traits) o “estados” (states) y su posible ubicación en “dimensiones” (sintomáticas) o “espectros” (agrupaciones síndrómicas con marcadores comunes) . En estas páginas me limitaré a citar algunos de esos datos sin sacar conclusiones, que desarrollaré al final de los tres artículos que sobre este tema (con distintos síntomas y síndromes) irá publicando esta revista.

1. LA TIMIDEZ Y LA INHIBICIÓN COMO RASGOS

La timidez (como la inhibición y la fobia social), tienen un claro componente genético. Jung propuso ya la existencia que una hipersensibilidad innata (que se ha comprobado posteriormente que existe en en el 20% de los seres humanos) que predispone a algunos niños a sufrir más por algunas experiencias infantiles y ser luego tímidos y ansiosos. Estos niños tienen tendencia a procesar primero completamente la información antes de actuar, mientras que la mayoría de las personas actúa rápidamente “motrizmente”. Se ha visto que estas personas hipersensibles desarrollan más depresión ansiedad y timidez, si hay más estrés de lo deseable, aunque, si el ambiente es muy protector, pueden, paradójicamente, presentar menos patología, de hecho, que la media ^{ix}. Se advierte en esta diferencia ya la importancia de lo social, del ambiente, en la variación del síntoma que nos ocupa que puede aparecer en distintos momentos con distintas características, es decir, como “estado” .

La timidez correlaciona moderadamente con la introversión y la comorbilidad psiquiátrica en los tímidos es significativamente mayor que en los no tímidos ^x. La timidez no siempre precede a la fobia social^{xi}. Aunque la prevalencia de ésta es mayor en tímidos (18%) que en no tímidos (3%), la mayoría de los tímidos (82%) no son fóbicos socialmente. En efecto, la timidez y la fobia social (sobre todo la variedad denominada por Gelder “generalizada”) son parecidas pero no idénticas porque un individuo puede ser extremadamente tímido pero no tener una fobia social^{xii}.

Hay muchos trabajos que estudian inhibición conductual, timidez, fobia social y aislamiento pasivo en sujetos normales, pero pocos en pacientes previamente detectados como fóbicos sociales^{xiii}. Por otra parte, la inhibición conductual y el aislamiento social aunque frecuentemente van de la mano, difieren en varios aspectos^{xiv}.

La inhibición conductual ante lo desconocido se refiere a la inhibición ante situaciones sociales y no sociales mientras que la timidez se presenta sólo en relaciones sociales y no en las no sociales. Ambas se asocian a la ansiedad tanto en niños como en adultos^{xv}. La timidez empeora los rendimientos escolares de los niños cuando se realizan pruebas cara a cara pero no si se realizan en grupo^{xvi}. Se ha relacionado la timidez infantil con la existencia de fobia social materna^{xvii}; y la propensión a la inhibición conductual con la presencia en los padres de trastornos de pánico^{xviii}. Sin embargo, no está claro el papel jugado por la herencia y por el aprendizaje.

La inhibición^{xix} explica numerosos fenómenos biológicos, como el bloqueo de algunos reflejos peligrosos, la muerte por inhibición, las impotencias sexuales psíquicas, etc..

Desde una perspectiva “cognitiva”, las inhibiciones intervienen en el funcionamiento de la atención voluntaria y las asociaciones de ideas, eliminando de la conciencia las asociaciones inútiles. La hipnosis se ha explicado también por fenómenos de inhibición y el fenómeno de la “disociación” se ha atribuido a mecanismos neurofisiológicos en los que la inhibición juega un papel fundamental.

Desde un punto de vista afectivo y psicomotor, la educación y las experiencias espontáneas desarrollan también inhibiciones que nos permiten conformarnos a la vez a nuestras necesidades instintivas y a las exigencias de la vida social con sus prohibiciones y limitaciones.

En Psicología empírica se habla actualmente a menudo de “inhibición neuro-conductual” y, en especial de la “la inhibición conductual ante lo desconocido” para referirse a la inhibición que presentan algunas personas (y animales) ante situaciones sociales y no sociales “no familiares”..

Parece ser que la inhibición protege contra la delincuencia a los niños sin que, como algunos preveían, se observe por ello un aumento del riesgo de depresión. Sin embargo, un exceso parece que correlaciona con la propensión a la esquizofrenia^{xx}.

La ansiedad fobia social se define, por su parte, como “un temor intenso y persistente hacia situaciones sociales o en las que hay que actuar ante un público^{xxi}. Se da en el 13% de la población y puede ser muy incapacitante, coexistiendo a veces con depresión o distimia^{xxii}.

En el extremo del posible espectro, la desinhibición parece que disminuye con la edad desde la adolescencia a la edad adulta, lo que apoya la hipótesis de que existiría en estos aspectos una “maduración psicológica normativa”^{xxiii}. Los niveles de “búsqueda de sensaciones”, con la que se ha asociado a la desinhibición, decrecen, también, con la edad.

Desde el punto de vista de las diferencias de género, se ha visto que los hombres tienen más tendencia a la búsqueda de sensaciones, la desinhibición, la susceptibilidad al aburrimiento y la búsqueda de aventuras que las mujeres^{xxiv}

2. VERGÜENZA Y CULPA COMO “ESTADOS”

Se considera que las llamadas “emociones morales” (culpa, vergüenza, pesar, remordimiento) provienen del funcionamiento de un a modo de escáner moral que nos proporciona una evaluación de nuestros actos (Kroll and Egan 2004) que nos hace comportarnos de forma inhibida. La vergüenza es una respuesta fisiológica primitiva al rechazo por otro. Se caracteriza cuando es leve por una molestia moderada; cuando es intensa produce rabia que se proyecta sobre los demás o sobre uno mismo y sensaciones corporales (opresión en la garganta, náuseas, dolor de estómago, dolor en el tórax). La intensidad depende de la significación del otro y de la vulnerabilidad propia (Thomas 1995). En situaciones sociales amenazantes bruscas (Gruenewald, Kemeny et al. 2004) o

crónicas (Dickerson, Gruenewald et al. 2004) se producen diversos cambios psicobiológicos^{xxv}

Sin embargo, hay otras formas de manifestarse la vergüenza, como con algunas formas de expresión de la llamada “psicopatología de la normalidad”: silencio, duda, depresión, alexitimia, rabia, envidia, grandiosidad y desvergüenza” (Skarderud 2001).

Hay, por otra parte, una relación entre las manifestaciones de la culpabilidad y de la vergüenza (Barr 2004). La vergüenza y la culpa se pueden sentir en soledad^{xxvi} aunque algunos autores afirman que la vergüenza es intrínsecamente interpersonal^{xxvii}. Ciertos investigadores, sin embargo, no ven las diferencias tan claras. En un estudio sobre personas que violaron las leyes de tráfico por exceso de alcohol no se encontraron las esperadas diferencias entre vergüenza y culpa y se concluyó que se habían exagerado en trabajos anteriores^{xxviii}.

En dos estudios con estudiantes no se pudo confirmar la hipótesis de Lewis que suponía que la vergüenza y la culpa se relacionaban con clusters sintomáticos distintos. La tendencia a la vergüenza correlacionaba con el desajuste psicológico en general y con la depresión mientras que la tendencia a la culpabilidad tenía sólo moderadas relaciones con la psicopatología^{xxix}. Por otra parte se ha visto que hay una relación positiva entre bulimia y vergüenza^{xxx} que no se ha demostrado con la culpabilidad.

3. LA FOBIA SOCIAL COMO SÍNDROME.

La fobia social se define como “un temor intenso y persistente hacia situaciones sociales o en las que hay que actuar ante un público^{xxxii}. Se da en el frecuentemente (10% de prevalencia vida), coexistiendo a veces con depresión o distimia. No es una mera timidez grave sino uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes e invalidantes^{xxxiii}. Sólo en un tercio de los casos la sintomatología remite en el curso de ocho años, comparado con dos tercios en el trastorno de pánico^{xxxiii}.

La fobia social encaja bien en un modelo de espectros porque tiene cualidades de inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre normal y patológico (Schneier, Blanco et al. 2002). Por ello se le ha pretendido situar (con otros trastornos poco frecuentes como el mutismo selectivo) en una tipología de inhibición-desinhibición de la que un extremo sería la manía y el otro el trastorno evitativo^{xxxiv}.

La fobia social responde a fármacos y terapias cognitivas relativamente específicas que pueden tener relevancia para otros trastornos del espectro como inhibición conductual y desapego, trastorno evitativo y mutismo selectivo. Otros trastornos cursan también con ansiedad social como depresión mayor, trastorno dismórfico corporal, trastornos de la alimentación, uso de sustancias, trastorno paranoide, trastorno bipolar y autismo de Asperger.

Medidas biológicas como hipoactividad del sistema dopaminérgico vinculan la fobia social, el rasgo de desapego, y déficits en las funciones de recompensa e incentivo.

La especificidad del concepto de fobia social ha sido puesta en cuestión por trabajos que muestran una clara asociación de la fobia social con el trastorno por evitación y otros trastornos por ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo (Shea, Stout et al. 2004). Sin embargo son varios los trabajos que aportan una validación biológica a la fobia social^{xxxv} y tanto estudios familiares como genéticos apoyan una vulnerabilidad hereditaria a la fobia social. El mapping electroencefalográfico EEG en pacientes con fobia social revela diferencias significativas respecto a controles^{xxxvi} y, en el mismo sentido, se ha sugerido que la fobia social tiene una base neuroanatómica^{xxxvii}

4. LA DUDOSA ENTIDAD DEL TRASTORNO POR EVITACIÓN

El extremo de la dificultad de relación lo constituyen los sujetos con Trastorno por evitación^{xxxviii xxxix}, que fue eliminado del DSMIV por una decisión del comité (Denardin, Silva et al. 2004) que sugiere que no es más que una parte del espectro de la fobia social, lo que confirma el estudio clínico de estos autores y de Tillfors (Tillfors, Furmark et al. 2004). En ese sentido se ha visto que (Taylor, Laposa et al. 2004), aunque la evitación social es una característica del trastorno por evitación también se encuentra evitación a las novedades y a situaciones no sociales.

Los pacientes dan prueba de una extrema sensibilidad ante el rechazo y tienen un gran deseo de establecer relaciones sociales. Sin embargo, no pueden lograrlo, ya que su miedo a no ser aceptados y a ser criticados es tal, que para evitar la angustia que estos temores hacen surgir, acaban aislándose. Interpretan todo contacto interpersonal como

un riesgo de ridículo, y presentan un grado muy bajo de confianza en sí mismos. Tienen en general pocos amigos o confidentes y sólo si estos últimos los aceptan de forma incondicional. Todo esto puede provocar estados de ansiedad y depresión.

Aunque la evitación social es una característica del trastorno por evitación (Taylor, Lapsa et al. 2004) también se encuentran en él evitación a las novedades y a situaciones no sociales. Shea y cols (Shea, Stout et al. 2004) muestran una clara asociación del trastorno por evitación con trastornos por ansiedad, específicamente fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo.^{xi}

5. BIBLIOGRAFÍA

ⁱ Tangney, J., Niedenthal, P., Covert, M., & DH., B. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *J Pers Soc Psychol.*, 75(1), 256-268.

ⁱⁱ Tangney, J. (1996). Conceptual and methodological in the assessment of shame and guilt. *Behav Res Ther.*, 34(9), 741-754. Este autor desarrolló un instrumento muy utilizado, el Attributional Style Questionnaire . Tangney, J., P. Wagner, et al. (1992). "Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology." *J Abnorm Psychol.* 101(3): 469-78.

ⁱⁱⁱ . La *Cheek's Shyness Scale* Sakuragi, T. (2004). "Association of culture with shyness among Japanese and American university students." *Percept Mot Skills* 98(3 Pt 1): 803-13;

La *Revised Shyness Scale*. Van Ameringen, M., C. Mancini, et al. (1998). "The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder." *J Nerv Ment Dis.* 186(7): 425-31.;

La *Shyness/Self-consciousness scale* y *Shyness-to-the-Unfamiliar Scale* (Stevenson-Hinde and Glover).

^{iv} La *Cloninger Harm Avoidance scale* Battaglia, M., A. Ogliari, et al. (2004). "Children's discrimination of expressions of emotions: relationship with indices of social anxiety and shyness." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 43(3): 358-65.

^v La *Cloninger Harm Avoidance scale* Battaglia, M., A. Ogliari, et al. (2004). "Children's discrimination of expressions of emotions: relationship with indices of social anxiety and shyness." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 43(3): 358-65.

^{vi} La *Liebowitz Social Anxiety Scale*

^{vii} La *Barratt Impulsiveness Scale* por ejemplo

^{viii} Como la *Disinhibition and Boredom Susceptibility Scale* Aluja, A. and R. Torrubia (2004). "Hostility-aggressiveness, sensation seeking, and sex hormones in men: re-exploring their relationship." *Neuropsychobiology.* 50(1): 102-7; o los ítems relativos a la desinhibición en la *Sensation Seeking Scale* .

^{ix} Aron, E. (2004). Revisiting Jung's concept of innate sensitiveness. *J Anal Psychol.*, 49(3), 337-367.

^x Heiser, N., Turner, S., & Beidel, D. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Ther.*, 41(2), 209-221.

^{xi} Coplan, R., Prakash, K., O'Neil, K., & Armer, M. (2004). Do you "want" to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Dev Psychol.*, 40(2), 244-258.

- ^{xii} Chavira, D., Stein, M., & Malcarne, V. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord*, 16(6), 585-598.
- ^{xiii} Neal, J., & Edelmann, R. (2003). The etiology of social phobia: toward a developmental profile. *Clin Psychol Rev*, 23(6), 761-786.
- ^{xiv} Kerr, M., Tremblay, R., Pagani, L., & Vitaro, F. (1997). Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency. *Arch Gen Psychiatry*, 54(9), 809-816.
- ^{xv} Van Ameringen, M., Mancini, C., & Oakman, J. (1998). The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.*, 186(7), 425-431.
- ^{xvi} Crozier, W., & Hostettler, K. (2003). The influence of shyness on children's test performance. *Br J Educ Psychol*, 73(Pt 3), 317-328.
- ^{xvii} Cooper, P., & Eke, M. (1999). Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *Br J Psychiatry.*, 174, 439-443.
- ^{xviii} Hirshfeld-Becker, D., Biederman, J., Faraone, S., Segool, N., Buchwald, J., & Rosenbaum, J. (2004). Lack of association between behavioral inhibition and psychosocial adversity factors in children at risk for anxiety disorders. *Am J Psychiatry.*, 161(3), 547-555.
- ^{xix} Porot, A. (1969). *Manuel Alfabétique de Psychiatrie*. Paris: PUF.
- ^{xx} Goldberg, J., & Schmidt, L. (2001). Shyness, sociability, and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Res*, 48(2-3), 343-349.
- ^{xxi} La DSM IV incluye a las antes llamas de "neurosis" en apartados distintos con los nombres de «Trastornos de ansiedad» y «Trastornos disociativos». Entre los trastornos por ansiedad se incluyen el trastorno de pánico sin o con agorafobia; agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico; fobia específica; fobia social; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno por estrés post-traumático; trastorno por estrés agudo; y trastorno de ansiedad generalizada.
- ^{xxii} Chavira, D., Stein, M., & Malcarne, V. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord*, 16(6), 585-598.
- ^{xxiii} Morizot, J., & Le Blanc, M. (2003). Continuity and change in personality traits from adolescence to midlife: a 25-year longitudinal study comparing representative and adjudicated men. *J Pers.*, 71(5), 705-755.
- ^{xxiv} Butkovic, A., & Bratko, D. (2003). Generation and sex differences in sensation seeking: results of the family study. *Percept Mot Skills*, 97(3 Pt 1), 965-970.
- ^{xxv} Como actividad proinflamatoria de la citoquina y del cortisol
- ^{xxvi} Tangney, J., Miller, R., Flicker, L., & Barlow, D. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *J Pers Soc Psychol*, 70(6), 1256-1269.
- ^{xxvii} Trumbull, D. (2003). Shame: an acute stress response to interpersonal traumatization. *Psychiatry*, 66(1), 53-64.
- ^{xxviii} Harris, N. (2003). Reassessing the dimensionality of the moral emotions. *Br J Psychol.*, 94, 457-473.
- ^{xxix} Tangney, J., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol.*, 101(3), 469-478.

^{xxx} Hayaki, J., Friedman, M., & Brownell, K. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eat Behav*, 3(1), 73-83.

^{xxxii} En la DSM IV

^{xxxiii} Keller, M. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand, Suppl. 417*(85-94.).

^{xxxiv} Stein y cols señalan que las clasificaciones actuales utilizan criterios categoriales para los trastornos de ansiedad social pero hay propuestas dimensionales : (1)un espectro de fobia social y evitación (2)un espectro de preocupaciones centradas en el cuerpo (3) un espectro de trastornos de ansiedad y disfunción afectiva (4) un espectro de déficits sociales(Stein, Ono et al. 2004).

^{xxxv} . Así, se ha identificado un *linkage* para la fobia social en el cromosoma 16 cerca del marcador D16S415 que cumple los criterios conservadores para "linkage sugestivo". En el gen que codifica la proteína transportadora de la noradrenalina (SLC6A2) y que se convierte en un candidato posicional y fisiológico de influencia al riesgo de fobia social (Gelernter, Page et al. 2004).

^{xxxvi} Sugieren una *hyperarousal* (Sachs, Anderer et al. 2004) que sería más bien que específico de la fobia social un factor patogénico de la ansiedad en general.

^{xxxvii} Estaría situado en una red altamente sensible al miedo en la región amigdaló-hipocámpica , es decir el sistema de alarma del cerebro que incluye el cortex prefrontal. . Esto indica una vulnerabilidad general al miedo más que a la fobia social misma. (Tillfors 2004). Van Ameringen y cols (Van Ameringen, Mancini et al. 2004) encuentran desactivaciones durante la exposición en el gyrus lingual derecho y en el gyrus medial frontal derecho en la experiencia subjetiva de fobia social de 6 pacientes

^{xxxviii} Se trata de uno de los "trastornos de personalidad", según la clasificación de los trastornos mentales Asociación Norteamericana de Psiquiatría , la DSM IV.

^{xxxix} Se trata de uno de los "trastornos de personalidad", según la clasificación de los trastornos mentales Asociación Norteamericana de Psiquiatría , la DSM IV.

^{xl} Otro estudio encuentra asociación entre los trastornos de personalidad y el humor y la ansiedad , especialmnete intensas en la personalidad evitativa. Los trastornos paranoide y esquizoide correlacionaban más con distimia , manía trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, y ansiedad

BIBLIOGRAFÍA

^{xl} Tangney, J., Niedenthal, P., Covert, M., & DH., B. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *J Pers Soc Psychol.*, 75(1), 256-268.

^{xl} Tangney, J. (1996). Conceptual and methodological in the assessment of shame and guilt. *Behav Res Ther.*, 34(9), 741-754. Este autor desarrolló un instrumento muy utilizado, el Attributional Style Questionnaire . Tangney, J., P. Wagner, et al. (1992). "Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology." *J Abnorm Psychol.* **101**(3): 469-78.

^{xl} . La *Cheek's Shyness Scale* Sakuragi, T. (2004). "Association of culture with shyness among Japanese and American university students." *Percept Mot Skills* **98**(3 Pt 1): 803-13;

La *Revised Shyness Scale*. Van Ameringen, M., C. Mancini, et al. (1998). "The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder." *J Nerv Ment Dis.* **186**(7): 425-31.;

La *Shyness/Self-consciousness scale* y *Shyness-to-the-Unfamiliar Scale* (Stevenson-Hinde and Glover).

^{xl} La *Retrospective Self-Report of Behavioral Inhibition* (RSRI))

- ^{x1} La *Cloninger Harm Avoidance scale* Battaglia, M., A. Ogliari, et al. (2004). "Children's discrimination of expressions of emotions: relationship with indices of social anxiety and shyness." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **43**(3): 358-65.
- ^{x1} La *Liebowitz Social Anxiety Scale*
- ^{x1} La *Barratt Impulsiveness Scale* por ejemplo
- ^{x1} Como la *Disinhibition and Boredom Susceptibility Scale* Aluja, A. and R. Torrubia (2004). "Hostility-aggressiveness, sensation seeking, and sex hormones in men: re-exploring their relationship." *Neuropsychobiology*, **50**(1): 102-7; o los ítems relativos a la desinhibición en la *Sensation Seeking Scale*.
- ^{x1} Aron, E. (2004). Revisiting Jung's concept of innate sensitiveness. *J Anal Psychol.*, **49**(3), 337-367.
- ^{x1} Heiser, N., Turner, S., & Beidel, D. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Ther.*, **41**(2), 209-221.
- ^{x1} Coplan, R., Prakash, K., O'Neil, K., & Armer, M. (2004). Do you "want" to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Dev Psychol.*, **40**(2), 244-258.
- ^{x1} Chavira, D., Stein, M., & Malcarne, V. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord*, **16**(6), 585-598.
- ^{x1} Neal, J., & Edelmann, R. (2003). The etiology of social phobia: toward a developmental profile. *Clin Psychol Rev*, **23**(6), 761-786.
- ^{x1} Kerr, M., Tremblay, R., Pagani, L., & Vitaro, F. (1997). Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency. *Arch Gen Psychiatry*, **54**(9), 809-816.
- ^{x1} Van Ameringen, M., Mancini, C., & Oakman, J. (1998). The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.*, **186**(7), 425-431.
- ^{x1} Crozier, W., & Hostettler, K. (2003). The influence of shyness on children's test performance. *Br J Educ Psychol*, **73**(Pt 3), 317-328.
- ^{x1} Cooper, P., & Eke, M. (1999). Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *Br J Psychiatry.*, **174**, 439-443.
- ^{x1} Hirshfeld-Becker, D., Biederman, J., Faraone, S., Segool, N., Buchwald, J., & Rosenbaum, J. (2004). Lack of association between behavioral inhibition and psychosocial adversity factors in children at risk for anxiety disorders. *Am J Psychiatry.*, **161**(3), 547-555.
- ^{x1} Porot, A. (1969). *Manuel Alfabétique de Psychiatrie*. Paris: PUF.
- ^{x1} Goldberg, J., & Schmidt, L. (2001). Shyness, sociability, and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Res*, **48**(2-3), 343-349.
- ^{x1} La DSM IV incluye a las antes llamas de "neurosis" en apartados distintos con los nombres de «Trastornos de ansiedad» y «Trastornos disociativos». Entre los trastornos por ansiedad se incluyen el trastorno de pánico sin o con agorafobia; agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico; fobia específica; fobia social; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno por estrés post-traumático; trastorno por estrés agudo; y trastorno de ansiedad generalizada.
- ^{x1} Chavira, D., Stein, M., & Malcarne, V. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord*, **16**(6), 585-598.

- ^{x1} Morizot, J., & Le Blanc, M. (2003). Continuity and change in personality traits from adolescence to midlife: a 25-year longitudinal study comparing representative and adjudicated men. *J Pers.*, 71(5), 705-755.
- ^{x1} Butkovic, A., & Bratko, D. (2003). Generation and sex differences in sensation seeking: results of the family study. *Percept Mot Skills*, 97(3 Pt 1), 965-970.
- ^{x1} Como actividad proinflamatoria de la citoquina y del cortisol
- ^{x1} Tangney, J., Miller, R., Flicker, L., & Barlow, D. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *J Pers Soc Psychol*, 70(6), 1256-1269.
- ^{x1} Trumbull, D. (2003). Shame: an acute stress response to interpersonal traumatization. *Psychiatry*, 66(1), 53-64.
- ^{x1} Harris, N. (2003). Reassessing the dimensionality of the moral emotions. *Br J Psychol.*, 94, 457-473.
- ^{x1} Tangney, J., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol.*, 101(3), 469-478.
- ^{x1} Hayaki, J., Friedman, M., & Brownell, K. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eat Behav*, 3(1), 73-83.
- ^{x1} En la DSM IV
- ^{x1} Keller, M. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.417*(85-94.).
- ^{x1} Stein y cols señalan que las clasificaciones actuales utilizan criterios categoriales para los trastornos de ansiedad social pero hay propuestas dimensionales : (1)un espectro de fobia social y evitación (2)un espectro de preocupaciones centradas en el cuerpo (3) un espectro de trastornos de ansiedad y disfunción afectiva (4) un espectro de déficits sociales(Stein, Ono et al. 2004).
- ^{x1} . Así, se ha identificado un *linkage* para la fobia social en el cromosoma 16 cerca del marcador D16S415 que cumple los criterios conservadores para "linkage sugestivo". En el gen que codifica la proteína transportadora de la noradrenalina (SLC6A2) y que se convierte en un candidato posicional y fisiológico de influencia al riesgo de fobia social (Gelemtter, Page et al. 2004).
- ^{x1} Sugieren una *hyperarousal* (Sachs, Anderer et al. 2004) que sería más bien que específico de la fobia social un factor patogénico de la ansiedad en general.
- ^{x1} Estaría situado en una red altamente sensible al miedo en la región amigdaló-hipocámpica , es decir el sistema de alarma del cerebro que incluye el cortex prefrontal. . Esto indica una vulnerabilidad general al miedo más que a la fobia social misma. (Tillfors 2004). Van Ameringen y cols (Van Ameringen, Mancini et al. 2004) encuentran desactivaciones durante la exposición en el gyrus lingual derecho y en el girus medial frontal derecho en la experiencia subjetiva de fobia social de 6 pacientes
- ^{x1} Se trata de uno de los "trastornos de personalidad", según la clasificación de los trastornos mentales Asociación Norteamericana de Psiquiatría , la DSM IV.
- ^{x1} Se trata de uno de los "trastornos de personalidad", según la clasificación de los trastornos mentales Asociación Norteamericana de Psiquiatría , la DSM IV.
- ^{x1} Otro estudio encuentra asociación entre los trastornos de personalidad y el humor y la ansiedad , especialmnete intensas en la personalidad evitativa. Los trastornos paranoide y esquizoide correlacionaban más con distimia , manía trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, y ansiedad

generalizada y trastorno de pánico con agorafobia Grant, B., D. Hasin, et al. (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." J Psychiatr Res **39**(1): 1-9.