

Original

# Algunas Características Patológicas y no Patológicas de las Personas de Alta Sensibilidad (PAS)

Vicente E. Caballo<sup>1,\*</sup>, Equipo IMAS<sup>1,§</sup>, Isabel C. Salazar<sup>1</sup><sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, 18011 Granada, España\*Correspondencia: [vcaballo@gmail.com](mailto:vcaballo@gmail.com) (Vicente E. Caballo)

§El Equipo IMAS está compuesto por los siguientes investigadores: María F. Coello, Juan S. Herrera (Ecuador), Olivia Gamarra, Rosa B. Gómez, Alicia M. Rossitto (Paraguay), Eduardo F. Cabrera, Hugo A. Velarde (Bolivia), Carilú Pérez (Puerto Rico) y Rosa Sanguino (España).

Editor Académico: Yanhui Xiang

Enviado: 28 Junio 2024 Revisado: 1 Septiembre 2024 Aceptado: 12 Septiembre 2024 Publicado: 28 Agosto 2025

## Resumen

**Antecedentes:** El tema de las personas de alta sensibilidad (PAS) se ha popularizado en los últimos tiempos. Este concepto se refiere a las personas que poseen el rasgo de la «sensibilidad de procesamiento sensorial» (SPS) compuesto por características como el procesamiento profundo de la información sensorial, alta reactividad emocional, fácil sobreestimulación y sensibilidad a los detalles sutiles. **Métodos:** Utilizando una muestra de estudiantes universitarios y otra de pacientes con trastorno de ansiedad social y empleando una versión modificada de la “Escala de personas de alta sensibilidad”, este estudio intentó proporcionar más información sobre algunos de los problemas psicológicos con los que puede estar asociada la SPS. **Resultados:** Descubrimos que la SPS tenía relaciones positivas estadísticamente significativas con preocupaciones, rumiaciones, ansiedad social, depresión, comportamientos anticipatorios disfuncionales, perfeccionismo y algunos estilos/trastornos de la personalidad, y relaciones negativas con la autoestima, la calidad de vida y algunas habilidades sociales. Se obtuvieron resultados similares cuando se compararon personas de alta sensibilidad de procesamiento sensorial con personas de baja sensibilidad. **Conclusiones:** Se necesita más investigación para definir mejor el rasgo de SPS, sus características, así como sus ventajas e inconvenientes.

**Palabras Claves:** personas de alta sensibilidad (PAS); sensibilidad de procesamiento sensorial (SPS); Escala para personas de alta sensibilidad (HSPS); problemas psicológicos; psicopatología

## Some Pathological and Non-Pathological Characteristics of the Highly Sensitive Person (HSP)

### Abstract

**Background:** The topic of Highly Sensitive Person (HSP) has become popular in recent times. This concept refers to individuals who possess the trait of “sensory processing sensitivity” (SPS) composed of features such as deep processing of sensory information, high emotional reactivity, easy overstimulation, and sensitivity to subtle detail. **Methods:** Using samples of university students and patients with social anxiety disorder and working with a modified version of the Highly Sensitive Person Scale, this study attempted to provide more information on some of the psychological problems with which SPS may be associated. **Results:** We found that SPS had statistically significant positive relationships with worries, ruminations, social anxiety, depression, dysfunctional anticipatory behaviors, perfectionism and some personality styles/disorders, and negative relationships with self-esteem, quality of life and some social skills. Similar results were found when people with high sensory processing sensitivity were compared to people with low sensory processing sensitivity. **Conclusions:** The study concluded that more research is needed to better define the SPS trait, its essential characteristics, advantages and disadvantages.

**Keywords:** highly sensitive persons (HSP); sensory processing sensitivity (SPS); Highly Sensitive Persons Scale (HSPS); psychological problems; psychopathology



## 1. Introducción

Aron y Aron (1997) introdujeron el concepto de “personas de alta sensibilidad” (PAS) para referirse a individuos que poseen el rasgo de la “sensibilidad de procesamiento sensorial” (SPS) que controla la forma en que la información se recibe y procesa en el cerebro. Según algunos autores, la SPS constituye un rasgo de temperamento que es común, hereditario y conservado evolutivamente, caracterizado por una mayor profundidad en el procesamiento de la información, una mayor reactividad emocional y empatía, una mayor conciencia de las sutilezas del entorno y una facilidad para la sobreestimulación y que refleja diferencias individuales en la sensibilidad y reactividad a los estímulos ambientales (Aron et al, 2012; Aron y Aron, 1997; Greven et al, 2019). La alta SPS sería, por tanto, una disposición individual a recibir y procesar los estímulos externos e internos de forma más intensa que el nivel medio de la población. Según los autores de la teoría, incluiría características relativas al procesamiento sensorial de experiencias estéticas, al umbral del dolor, a la susceptibilidad a la cafeína, a los sonidos fuertes y a la percepción del estado de ánimo y de los sentimientos de otras personas (Aron y Aron, 1997). Estos mismos autores asociaron la SPS a un tipo de personalidad, la definieron según ese único rasgo y denominaron a los individuos que la presentan como PAS, sosteniendo que del 15% al 20% de la población presentaría ese rasgo.

Algunos investigadores de la SPS lo consideran un rasgo parcialmente innato, que puede reflejar un comportamiento evolutivo de aversión al riesgo, por medio del cual los individuos analizarían el entorno en detalle antes de actuar (Wolf et al, 2008). Otros defienden la bondad del rasgo señalando que esa condición estaría asociada a una mayor conciencia y capacidad de respuesta al entorno, así como con la profundidad del procesamiento cognitivo (Acevedo et al, 2023), ayudándoles a destacar en áreas como la creatividad, la empatía y la capacidad de observar detalles o establecer conexiones únicas (p. ej., Aron et al, 2012; Greven et al, 2019). No obstante, se hipotetiza que esa SPS mediaría en el impacto de las influencias ambientales de una manera «para bien y para mal». Así, la mente sensible puede verse fácilmente abrumada, conduciendo a una sobreestimulación y sobrecarga emocional en las PAS. La SPS se ha asociado también con características desfavorables como la hipersensibilidad al dolor, la inhibición conductual, menor bienestar subjetivo, menor calidad de vida, una mayor susceptibilidad a experimentar altos niveles de estrés, síntomas de mala salud y, especialmente, con toda una serie de problemas psicológicos, como el neuroticismo, la ansiedad, la depresión, rasgos autistas, baja asertividad o dificultades en la interacción social (p. ej., Ahadi y Basharpour, 2010; Assary et al, 2024; Benham, 2006; Booth et al, 2015; Brindle et al, 2015; Costa-López et al, 2024; Kinnealey y Fuiek, 1999; Lionetti et al, 2019; Liss et al, 2008; Pfeiffer y Kinnealey, 2003; Wu et al, 2021). Por otra parte,

se ha intentado ver hasta qué punto la SPS medida por la escala HSP se relaciona con los cinco grandes rasgos (*Five factor model*) hallando que el neuroticismo (de forma positiva) y, en menor medida, la extraversión (de forma negativa) correlacionaban significativamente con la puntuación total de la escala (p. ej., Lionetti et al, 2018; Pluess et al, 2018; Smolewska et al, 2006; Sobocko y Zelenski, 2015).

La “Escala para personas altamente sensibles” (*Highly Sensitive Person Scale*, HSPS; Aron y Aron, 1997) se utiliza habitualmente para evaluar la SPS en adultos. Sus autores la desarrollaron con base en la observación clínica después de extensas entrevistas con adultos. Dicha escala consta de 27 ítems, con una calificación de 1 (“Muy en desacuerdo”) a 7 (“Muy de acuerdo”). Las puntuaciones más altas indican una mayor SPS. Aron y Aron (1997) consideraron que la escala HSP era unidimensional al igual que otros investigadores (p. ej., Hofmann y Bitran, 2007; Neal et al, 2002; Smith et al, 2022). No obstante, muchos autores han encontrado una notable diversidad en su estructura dimensional, proponiendo que el mejor ajuste era de dos factores (Bobrowska y Liberska, 2023; Ershova et al, 2018; Evans y Rothbart, 2008; Rinn et al, 2018), tres factores (Booth et al, 2015; De Gucht et al, 2023; Grimen y Diseth, 2016; Konrad y Herzberg, 2019; Lionetti et al, 2018; Rocha-Nieto et al, 2025; Smolewska et al, 2006; Sobocko y Zelenski, 2015), cuatro factores (Bordarie et al, 2022; Meyer et al, 2005; Şengül-İnal y Sümer, 2017), cinco factores (Chacón et al, 2021; May et al, 2020) y seis factores (Blach y Egger, 2011). En el análisis factorial de la escala se han excluido con frecuencia algunos de sus ítems para llegar a una solución coherente. Por ejemplo, Bobrowska y Liberska (2023) eliminaron seis ítems en su adaptación de la escala HSP al polaco debido a sus bajas saturaciones factoriales, Konrad y Herzberg (2019) eliminaron 13 ítems por la misma razón, Ershova et al. (2018) eliminaron también 13 ítems por diferentes razones y Baryła-Matejczuk et al. (2021) redujeron la escala a 10 ítems.

Dado el importante interés social que existe desde hace tiempo en el tema de la SPS y su evaluación con la escala HSP, llevamos a cabo esta investigación sobre el grado en que la SPS está asociado a toda una serie de problemas psicológicos. Con este fin, recogimos datos sobre el tipo de muestra más frecuente utilizada en la investigación de la SPS (estudiantes universitarios) y sobre una muestra clínica compuesta por pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad social, siguiendo las recomendaciones de Greven et al. (2019).

## 2. Método

### 2.1 Participantes

Participaron en el estudio 562 estudiantes de Psicología de la Universidad de Granada (España), con una edad media de 20,13 años (*Desviación Típica* (*DT*) = 4,54), de los cuales 114 eran hombres (*Media* (*M*) = 20,70 años; *DT* = 4,91) y 448 eran mujeres (*M* = 19,99 años; *DT* =

**Tabla 1. Saturación de los ítems de la “Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada” (PAS-M20).**

Factores en estudiantes universitarios (N = 564)	Saturación	Factores en pacientes con ansiedad social (N = 107)	Saturación
<b>F3. Facilidad de excitabilidad (EOE)</b>		<b>F1. Facilidad de excitabilidad (EOE)</b>	
Valor propio = 1,33; Varianza explicada = 6,68		Valor propio= 4,68; Varianza explicada = 23,42	
11. Me pongo nervioso/a cuando tengo muchas cosas que hacer en un corto espacio de tiempo (14)	0,62	4. Me molesta mucho cuando la gente quiere que yo haga muchas cosas a la vez (16)	0,69
3. Soy muy sensible al dolor (4)	0,58	3. Soy muy sensible al dolor (4)	0,67
10. Me asusto con facilidad (13)	0,54	12. Me esfuerzo mucho para no cometer errores o no olvidar las cosas (17)	0,62
19. Cuando tengo que competir o ser observado mientras hago algo, me pongo tan nervioso/a que lo hago mucho peor que en una situación normal (26)	0,53	11. Me pongo nervioso/a cuando tengo muchas cosas que hacer en un corto espacio de tiempo (14)	0,60
12. Me esfuerzo mucho para no cometer errores o no olvidar las cosas (17)	0,52	2. El estado de ánimo de los demás me afecta habitualmente (3)	0,60
13. Suelo evitar películas o programas de televisión violentos (18)	0,50	14. Cuando suceden muchas cosas a mi alrededor me activo de forma desagradable (19)	0,56
2. El estado de ánimo de los demás me afecta habitualmente (3)	0,50	1. Me doy cuenta de muchos aspectos sutiles de mi ambiente (2)	0,55
20. De niño/a, mis padres o profesores me veían como alguien muy sensible o tímido/a (27)	0,35	16. Los cambios que tienen lugar en mi vida me dan una sacudida (21)	0,47
<b>F1. Umbral sensorial bajo (LST)</b>		10. Me asusto con facilidad (13)	0,46
Valor propio= 4,62; Varianza explicada = 23,12		8. Tengo una rica y compleja vida interior (8)	0,40
7. Me molestan habitualmente cosas como las luces muy brillantes, los olores fuertes o los tejidos muy gruesos (7)	0,74	13. Suelo evitar películas o programas de televisión violentos (18)	0,32
9. Los ruidos fuertes me molestan mucho (9)	0,68	<b>F2. Umbral sensorial bajo (LST)</b>	
15. El estar hambriento me produce una fuerte reacción, perturbando mi concentración o estado de ánimo (20)	0,56	Valor propio= 1,92; Varianza explicada = 9,60	
14. Cuando suceden muchas cosas a mi alrededor me activo de forma desagradable (19)	0,55	9. Los ruidos fuertes me molestan mucho (9)	0,80
16. Los cambios que tienen lugar en mi vida me dan una sacudida (21)	0,52	7. Me molestan habitualmente cosas como las luces muy brillantes, los olores fuertes o los tejidos muy gruesos (7)	0,78
5. En los días con mucho trabajo, necesito aislarme en un lugar tranquilo en el que pueda tener privacidad y alivio del exceso de estímulos (5)	0,50	15. El estar hambriento me produce una fuerte reacción, perturbando mi concentración o estado de ánimo (20)	0,62
4. Me molesta mucho cuando la gente quiere que yo haga muchas cosas a la vez (16)	0,41	19. Cuando tengo que competir o ser observado mientras hago algo, me pongo tan nervioso/a que lo hago mucho peor que en una situación normal (26)	0,39
6. Soy sensible a los efectos de la cafeína (6)	0,40	<b>F3. Sensibilidad estética (AES)/miscelánea</b>	
<b>F2. Sensibilidad estética (AES)</b>		Valor propio= 1,60; Varianza explicada= 7,99	
Valor propio= 1,73; Varianza explicada = 8,67		18. Una de mis prioridades es arreglar mi vida para evitar situaciones molestas o problemáticas (24)	0,62
17. Valoro y disfruto de los sabores, aromas, sonidos o trabajos artísticos de calidad (22)	0,70	6. Soy sensible a los efectos de la cafeína (6)	0,56
1. Me doy cuenta de muchos aspectos sutiles de mi ambiente (2)	0,68	20. De niño/a, mis padres o profesores me veían como alguien muy sensible o tímido/a (27)	0,51
8. Tengo una rica y compleja vida interior (8)	0,67	17. Valoro y disfruto de los sabores, aromas, sonidos o trabajos artísticos de calidad (22)	0,50
18. Una de mis prioridades es arreglar mi vida para evitar situaciones molestas o problemáticas (24)	0,48	Varianza total explicada = 41,01%	
Varianza total explicada = 38,46%			

Nota: Áreas sombreadas en gris: el nombre de cada factor está sombreado en gris para facilitar la comparación entre las dos muestras. El número que precede a cada ítem representa el orden del mismo en la HSP-M20. Al final de cada ítem se ha incluido el número de orden en el que figura en la escala original, de 27 ítems, “*High Sensitive Person Scale*” (HSPS) de Aron y Aron (1997).

4,45). Por otra parte, participaron también 117 pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad social (TAS), según los criterios del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-5, APA, 2013), de 5 países (54 de Ecuador, 17 de Paraguay, 18 de Bolivia, 8 de Puerto Rico y 20 de España), con una edad media de 24,90 años ( $DT = 8,90$ ), de los cuales 42 eran hombres ( $M = 25,43$  años;  $DT = 8,40$ ) y 75 eran mujeres ( $M = 24,61$  años;  $DT = 9,21$ ).

## 2.2 Instrumentos

(a) “Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada” (PAS-M20). Se utilizó una modificación del cuestionario “¿Eres altamente sensible?” (*Are you highly sensitive?*; Aron, 1999) eliminando 2 de los 22 ítems de que se componía dicho cuestionario debido a algunos problemas de comprensión en el idioma español. La PAS-M20 (véase Tabla 1) constituye una versión reducida y ligeramente modificada de la medida de autoinforme más extendida y utilizada en la investigación sobre sensibilidad de procesamiento sensorial denominada “Escala para personas altamente sensibles” (*Highly Sensitive Person Scale*, HSPS; Aron y Aron, 1997). De los 27 ítems de que consta esta última medida, no se tuvieron en cuenta 7 de ellos. Así, quedaron fuera los ítems 1, 10, 11, 12, 15, 23 y 25. La PAS-M20 (al igual que la escala original de Aron y Aron, 1997) intenta evaluar el grado de sensibilidad que una persona tiene a los estímulos y eventos externos (principalmente) e internos. La PAS-M20 se responde en una escala Likert de cinco puntos (desde 1 = «muy poco característico de mí» hasta 5 = «muy característico de mí»). Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la SPS. Dicha escala, junto con otros ítems añadidos, se ha utilizado habitualmente en la evaluación de pacientes que son tratados por problemas de ansiedad social (Salazar et al, 2022). En este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre países dentro de cada sexo.

(b) “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO; Caballo et al, 2012). Este instrumento fue desarrollado para evaluar la ansiedad social en España, Portugal y la mayoría de los países iberoamericanos. El cuestionario consta de 30 ítems que se contestan utilizando una escala Likert de cinco puntos (de 1 = “Nada o muy poco” a 5 = “Mucho o muchísimo”), indicando el grado de malestar, tensión o nerviosismo que se experimenta en cada situación social. Los ítems están agrupados en cinco dimensiones (o subescalas): (1) Interacción con desconocidos, (2) Interacción con personas que me atraen, (3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, (4) Quedar en evidencia o en ridículo, y (5) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. A mayor puntuación mayor ansiedad social, tanto en las distintas dimensiones como en la puntuación total. Estas dimensiones han sido identificadas empíricamente con más de 30.000 participantes, más de 1.000 pacientes y la participación de 18 países. Las propiedades psicométricas del instrumento pueden encontrarse en Caballo

et al. (2012). La consistencia interna (alfa de Cronbach) para la puntuación total del CASO ha ido de 0,88 hasta 0,93 y la de las dimensiones ha ido desde 0,74 hasta 0,90. En este estudio fue de 0,90 para la puntuación total y de 0,81, 0,77, 0,76, 0,67 y 0,86 en las dimensiones correspondientes en la muestra universitaria, y de 0,95 para la puntuación total y de 0,89, 0,91, 0,86, 0,76 y 0,86 en las dimensiones correspondientes en la muestra clínica.

(c) “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme” (*Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report*, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Este instrumento consta de 24 ítems que evalúan el temor o ansiedad (subescala de Ansiedad), por una parte, y la evitación (subescala de Evitación), por la otra, de situaciones sociales específicas. A los participantes se les pide que puntúen su temor o ansiedad en una escala tipo Likert que va desde 0 (“Ninguna”) hasta 3 (“Grave”) al igual que la evitación sobre el mismo tipo de escala, desde 0 (“Nunca”) hasta 3 (“Habitualmente”). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de la subescala de Ansiedad y la de Evitación. A mayor puntuación, mayor ansiedad o evitación o ambas. La consistencia interna (alfa de Cronbach) encontrada de la LSAS-SR total ha ido de 0,93 hasta 0,95 y la de las subescalas ha ido desde 0,83 hasta 0,93 (González et al, 1998; Terra et al, 2006). En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,94, 0,90 y 0,88 para la puntuación total y las subescalas de Ansiedad y Evitación, respectivamente en la muestra universitaria y de 0,96, 0,94 y 0,93 en la muestra clínica.

(d) “Inventario Beck para la depresión” (*Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck et al, 1996). El BDI-II mide la magnitud de la depresión mediante 21 ítems de cuatro alternativas de respuesta que van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. La persona que responde debe elegir aquella opción que mejor describa su situación actual durante las últimas dos semanas. Cuanto mayor es la puntuación mayor es la presencia de sintomatología depresiva. Los niveles de fiabilidad informados con muestras españolas son altos (p. ej., Salazar et al, 2014) y en el estudio de Salazar et al. (2022) el alfa de Cronbach fue de 0,90. En este estudio fue de 0,92 para los estudiantes universitarios y de 0,90 para los pacientes.

(e) “Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pensilvania” (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer et al, 1990), versión en español de Nuevo et al. (2002). El PSWQ es un instrumento unidimensional que evalúa el exceso, la generalidad y la incontrolabilidad de las preocupaciones y consta de 16 ítems que se contestan en una escala Likert de cinco puntos (desde 1 = “Nada” hasta 5 = “Mucho”). El cuestionario original (Meyer et al, 1990) contiene cinco ítems negativos (1, 3, 5, 8, 10 y 11), pero la versión en español utilizada en este estudio contiene los ítems negativos reformulados en positivo debido a lo problemático que resultan estos ítems para las personas hispanohablantes. La puntuación total se obtiene sumando las



puntuaciones de todos los ítems y cuanto mayor es, mayor es el grado de preocupación. Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) informados sobre el instrumento son excelentes (p. ej., 0,92 en [Counsell et al, 2017](#); 0,95 en [Salazar et al, 2022](#)). En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,95 para los estudiantes y de 0,94 para los pacientes.

(f) “Cuestionario para el trastorno de la personalidad por evitación” (*Questionnaire for Avoidant Personality Disorder*; QAPD). Se recogieron los 7 ítems que evalúan el trastorno de la personalidad por evitación (TPE) del Cuestionario de personalidad de la “Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV” (SCID-II; [First et al, 1999](#)). Se modificó la escala original de respuesta (sí/no) por una escala Likert de 5 puntos (desde 1 = “Muy poco característico de mí” hasta 5 = “Muy característico de mí”). A mayor puntuación mayor posibilidad de ser diagnosticado con un TPE. En [Salazar et al. \(2022\)](#) el alfa de Cronbach fue de 0,85 y en este estudio fue de 0,82 para los estudiantes universitarios y de 0,85 para los pacientes.

(g) “Escala Rosenberg de autoestima” (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSES; [Rosenberg et al, 1995](#); [Rosenberg, 1965](#)). La RSES es la medida de autoinforme más utilizada para evaluar la autoestima. Según [Rosenberg \(1965\)](#), evalúa “el sentimiento de que uno es lo suficientemente bueno” (p. 31). Consta de 10 ítems, cinco formulados positivamente y cinco negativamente. Cada uno de ellos se puede responder en una escala Likert de cuatro puntos (desde 1 = “Muy en desacuerdo” hasta 4 = “Muy de acuerdo”). En la corrección, se invierte la puntuación de los ítems negativos y se suman todos. A mayor puntuación mayor autoestima. En cuanto a su consistencia interna, se ha informado de alfas de Cronbach de 0,81 ([Cheng et al, 2015](#)) y 0,88 ([Fleming y Courtney, 1984](#)) y fiabilidad test-retest de 0,82 ([Fleming y Courtney, 1984](#)). En [Salazar et al. \(2022\)](#) el alfa de Cronbach fue de 0,87 y en este estudio fue de 0,89 para la muestra universitaria y de 0,87 para la muestra clínica.

(h) “Cuestionario de habilidades sociales” (CHASO; [Caballo et al, 2017](#)). El CHASO es un cuestionario formado por 40 ítems que evalúan 10 habilidades sociales (4 ítems por habilidad): (1) Interactuar con desconocidos, (2) Expresar sentimientos positivos, (3) Afrontar las críticas, (4) Interactuar con las personas que me atraen, (5) Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas, (6) Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad, (7) Afrontar situaciones embarazosas, (8) Defender los propios derechos, (9) Pedir disculpas, y (10) Rechazar peticiones. Cada ítem se responde en una escala Likert, desde 1 (“Muy poco característico de mí”) hasta 5 (“Muy característico de mí”). La puntuación se obtiene al sumar directamente los ítems. En cada habilidad, la puntuación mínima es de 1 y la máxima de 20. Cuanto más alta sea la puntuación mayor es la habilidad social evaluada. [Caballo et al. \(2017\)](#) informan de coeficientes de fiabilidad (dos mitades de Guttman) en-

tre 0,66 y 0,89, y de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) entre 0,64 y 0,90 para las dimensiones del CHASO y para la puntuación total de 0,86 (Guttman) y 0,88 ( $\alpha$  de Cronbach). Ha correlacionado de forma significativa con el “Inventario Rathus de asertividad” (*Rathus Assertiveness Schedule*) ( $r = 0,53$ ) y con el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” ( $r = -0,49$ ) ([Salazar et al, 2022](#)). El alfa de Cronbach para la puntuación global fue de 0,93 en la investigación de [Salazar et al. \(2022\)](#). En este estudio fue de 0,89 para la puntuación total y para las dimensiones de 0,80, 0,84, 0,79, 0,91, 0,74, 0,86, 0,63, 0,75, 0,84 y 0,81, respectivamente, en la muestra universitaria y de 0,93 para la puntuación total y para las dimensiones de 0,81, 0,84, 0,88, 0,95, 0,84, 0,80, 0,74, 0,81, 0,89 y 0,86, respectivamente, en la muestra clínica.

(i) “Cuestionario breve de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de vida” (*World Health Organization Quality of Life*, WHOQoL-Bref; [World Health Organization, 1996](#)). El WHOQoL-Bref está formado por 26 ítems que evalúan la percepción del individuo sobre su calidad de vida. Los dos primeros ítems se examinan por separado. El ítem 1 se refiere a la percepción general de su calidad de vida y el ítem 2 a la percepción general de su salud. Los 24 ítems restantes están distribuidos en cuatro áreas, en las que se evalúa la calidad de vida de forma independiente: (1) Salud física (7 ítems), que se refiere a las actividades de la vida diaria, la dependencia de medicamentos, energía y fatiga, movilidad, dolor y malestar, sueño y capacidad de trabajo; (2) Psicológica (6 ítems), referida a la imagen corporal, los sentimientos positivos y negativos, autoestima, espiritualidad y creencias personales, y procesos superiores (pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración); (3) Relaciones sociales (3 ítems), que se refiere a las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual; y (4) Ambiente (8 ítems), referida a los recursos económicos, la seguridad física, el sistema de seguridad social (acceso y calidad), ambiente familiar, oportunidades para adquirir nuevos conocimientos y habilidades, oportunidades de ocio y actividades en el tiempo libre, ambiente físico (polución, ruido, tráfico, clima) y transporte. Los ítems se contestan en escalas Likert de cinco opciones, pero antes de obtener las puntuaciones en cada área y total, hay que invertir la valoración de tres ítems. A mayor puntuación mayor calidad de vida en el área correspondiente. En [Salazar et al. \(2022\)](#) el alfa de Cronbach fue de 0,92 y en este estudio fue de 0,90 en estudiantes universitarios y de 0,90 en pacientes. Con respecto a las secciones, en estudiantes universitarios fue de 0,72 (salud física), 0,83 (área psicológica), 0,62 (relaciones sociales) y 0,74 (ambiente) y en pacientes el alfa fue de 0,57 (salud física), 0,63 (área psicológica), 0,79 (relaciones sociales) y 0,78 (ambiente).

(j) “Cuestionario sobre conductas sociales anticipatorias” (*Anticipatory Social Behaviours Questionnaire*, ASBQ; [Hinrichsen y Clark, 2003](#)). Esta es una escala de 12 ítems que evalúa el tipo y nivel de las estrategias cog-

nitivas utilizadas por los individuos antes de las situaciones sociales. Estas incluyen el ensayo de la situación inminente, la catastrofización y el pensamiento sobre situaciones sociales pasadas. Se pide a los participantes que evalúen la frecuencia con la que suelen adoptar determinados comportamientos o tener determinados pensamientos antes de una situación social. Cada ítem se valora en una escala de 1 (“Nunca”) a 4 (“Siempre”) y las puntuaciones más altas indican un mayor uso de estrategias cognitivas desadaptativas. La consistencia interna informada sobre el ASBQ es alta ( $\alpha = 0,88$ ; Hinrichsen y Clark, 2003) y en este estudio fue de 0,90 en la muestra de estudiantes.

(k) “Cuestionario sobre experiencias” (*Experiences Questionnaire*, EQ; Fresco et al, 2007). El EQ es una medida de autoinforme de 17 ítems compuesta por dos subescalas: (1) *Distanciamiento*, formada por los 11 primeros ítems que indicarían la capacidad de distanciarse de los propios pensamientos y sentimientos. Cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es la capacidad de desvinculación o distanciamiento, lo que constituye una característica positiva de la persona. (2) *Rumiación*, formada por los 6 últimos ítems que indicarían que la persona da vueltas una y otra vez a sus pensamientos. Cuanto mayor es la puntuación, más centrada está la persona en sus propios pensamientos, lo cual es una característica negativa del individuo. Ambas subescalas utilizan una escala Likert de 5 puntos. La subescala de Distanciamiento ha demostrado tener una consistencia interna de adecuada a buena, así como validez convergente y divergente (Fresco et al, 2007). En la muestra de estudiantes de este estudio fue de 0,79 para Distanciamiento y 0,74 para Rumiación.

(l) “Escala multidimensional de perfeccionismo” (*Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS; Frost et al, 1990). Esta escala se ha desarrollado para evaluar dicha característica, muy común en personas con fobia social. Esta escala consta de 35 ítems que se distribuyen en seis subescalas. Además, hay una puntuación global de perfeccionismo, que es la suma de todas las subescalas excepto la de Organización. Las subescalas son las siguientes: (1) “Preocupación por los errores” (*Concern over mistakes*, CM), compuesta por 9 ítems, que refleja reacciones negativas ante los errores, una tendencia a interpretar los errores como equivalentes al fracaso y una tendencia a creer que uno perderá el respeto de los demás tras el fracaso; (2) “Estándares personales” (*Personal standards*, PS), compuesta por 7 ítems, que reflejan el establecimiento de estándares muy altos y la excesiva importancia que se da a estos altos estándares para la autoevaluación; (3) “Expectativas de los padres” (*Parent expectations*, P), compuesto por 5 ítems, que es la tendencia a creer que los propios padres establecen metas muy altas; (4) “Críticas por parte de los padres” (*Parental criticism*, CP), compuesto por 4 ítems, que se refiere a la percepción de que los propios padres son (o eran) demasiado críticos; (5) “Dudar de las acciones” (*Doubting of actions*, D), compuesto por 4 ítems, que refleja hasta qué

punto las personas dudan de su capacidad para realizar tareas; (6) “Organización” (*Organization*, O), compuesto por 6 ítems, que evalúa la tendencia a ser ordenado u organizado y refleja un énfasis en el orden y la disciplina que a menudo se ha asociado con el perfeccionismo. Se ha demostrado una buena consistencia interna (alfa de Cronbach) tanto para la medida general del perfeccionismo como para las seis subescalas (Frost et al, 1990). En la muestra de estudiantes de este estudio fue de 0,93 para la puntuación total y de 0,90, 0,82, 0,87, 0,84, 0,71 y 0,88 para las subescalas.

(m) “Cuestionario exploratorio de personalidad-III” (*Exploratory Questionnaire of Personality*, CEPER-III; Caballo et al, 2011). Este instrumento de autoinforme se compone de 168 ítems que evalúan 14 estilos de personalidad: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, sádico, autodestructivo y depresivo. Además, incluye dos ítems que evalúan la sinceridad. Los diez primeros estilos siguen los criterios del DSM-5 (APA, 2013), los estilos pasivo-agresivo y depresivo siguen los criterios del DSM-IV (APA, 1994), y los estilos autodestructivo y sádico siguen los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). Aunque los ítems del cuestionario siguen los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad, el CEPER-III se ha desarrollado para evaluar los estilos de personalidad. El formato de respuesta es de tipo Likert, y va de 1 = «Muy poco característico de mí» a 7 = «Muy característico de mí». La consistencia interna (alfa de Cronbach) para la puntuación global con muestras españolas ha sido excelente (0,97 en Caballo et al, 2011) y buena (de 0,76 a 0,89) para cada uno de los estilos de personalidad (Caballo et al, 2011). En la muestra de estudiantes de este estudio el alfa de Cronbach fue de 0,97 para la puntuación total y para los estilos Paranoide de 0,80, Esquizoide 0,74, Esquizotípico 0,81, Antisocial 0,73, Límite 0,86, Histriónico 0,79, Narcisista 0,78, Evitativo 0,87, Dependiente 0,86, Obsesivo-compulsivo 0,80, Pasivo-agresivo 0,73, Autodestructivo 0,83, Depresivo 0,91 y Sádico 0,83.

### 2.3 Procedimiento

Con respecto a los estudiantes de Psicología, los cuestionarios utilizados en el presente estudio se pasaban de forma rutinaria en una clase. Se rellenaban de forma voluntaria y anónima. Con respecto a los pacientes habían sido seleccionados para participar en el programa de “Intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS) (Caballo et al, 2018). En el presente estudio se incluyeron los datos de los pacientes obtenidos en la etapa de pretratamiento, antes de pasar por el programa. En artículos anteriores (Caballo et al, 2021; Salazar et al, 2022) se encuentran publicados los datos sobre la aplicación del programa IMAS a parte de esos pacientes.

## 2.4 Análisis de Datos

Inicialmente se llevó cabo el análisis de algunas propiedades psicométricas de la PAS-M20, como su estructura factorial mediante un análisis factorial exploratorio, su consistencia interna y fiabilidad calculando los valores del alfa de Cronbach y las dos mitades de Guttman, respectivamente, en las muestras de estudiantes y de pacientes con TAS.

A continuación, se realizó un análisis de las diferencias de medias según el sexo (utilizando la *t* de Student) en lo que respecta al rasgo temperamental de la sensibilidad al procesamiento sensorial para establecer las desigualdades entre hombres y mujeres, tanto en la muestra universitaria como en la clínica.

Luego, con el propósito de analizar la relación entre el rasgo de personalidad de la SPS con otras dificultades psicológicas, como ansiedad social, trastorno de la personalidad por evitación, preocupaciones disfuncionales, depresión, autoestima, habilidades sociales y calidad de vida, se hallaron las correlaciones (*r* de Pearson) tanto en la muestra de estudiantes, por una parte, como en la muestra de pacientes, por la otra. En la muestra de estudiantes también se hallaron las correlaciones (*r* de Pearson) de los 3 factores obtenidos de la PAS-M20 con conductas sociales anticipatorias, experiencias (distanciamiento y rumiación), perfeccionismo y estilos/trastornos de personalidad.

Finalmente, se seleccionó la muestra de estudiantes para comparar, por medio de la *t* de Student (y en algún caso también a través de la *U* de Mann-Whitney), aquellos que tenían las puntuaciones más elevadas en el rasgo de alta sensibilidad con aquellos que mostraban las puntuaciones más bajas en dicho rasgo. Para obtener estas submuestras, categorizamos a los sujetos como de alta sensibilidad cuando su puntuación en la PAS-M20 era de al menos una desviación típica por encima de la media y de baja sensibilidad cuando su puntuación era de al menos una desviación típica por debajo de la media.

## 3. Resultados

### 3.1 Análisis Factorial Exploratorio de la PAS-M20

Utilizando el análisis factorial exploratorio con rotación oblicua, la solución más coherente para esta escala fue la de 3 factores en ambas muestras, tanto en la de estudiantes universitarios (varianza acumulada de 33,46%) como en la de pacientes con TAS (varianza acumulada de 41,01%). En la Tabla 1 hemos incluido los ítems de esos 3 factores para las dos muestras. El factor denominado “Facilidad de excitabilidad” (*Ease of Excitation*, EOE, por sus siglas en inglés) compartía 6 ítems en ambas muestras, el denominado “Umbral sensorial bajo” (*Low Sensory Threshold*, LST) compartía 3 ítems y la “Sensibilidad estética” (*Aesthetic Sensitivity*, AES) compartía 2 ítems (aunque en el caso de los pacientes no tenían mucha coherencia los ítems que incluía este factor). La solución de 3 factores era la

que tenía las dimensiones más congruentes, aunque lejos de constituir un panorama de fácil explicación, especialmente por diferencias importantes en el conjunto de ítems que saturaban en cada factor y por unas varianzas acumuladas muy bajas (véase la Tabla 1).

El análisis factorial de esta versión de 20 ítems de la PAS-M20 no parece arrojar resultados claramente consistentes al comparar el contenido de los 3 factores en las dos muestras empleadas en el estudio. Las soluciones con más factores, aunque aumentaban el porcentaje de varianza acumulada, incluían ítems muy diversos en cada factor y apenas coincidían en algún ítem cuando se comparaban las dos muestras. Teniendo en cuenta estos problemas, especialmente el distinto contenido de los factores de las muestras, decidimos utilizar la puntuación total de la PAS-M20 como variable principal a la hora de relacionar la SPS con las otras variables utilizadas en este estudio. No obstante, en el caso de los estudiantes y a pesar de algunos problemas de coherencia en los factores encontrados, hemos incluido también la puntuación en esos tres factores, la EOE, el LST y la AES, en los análisis.

En la Tabla 2 se incluyen las correlaciones de los tres factores con la puntuación total de la PAS-M20 y entre ellos mismos en la muestra de estudiantes universitarios. Claramente los factores de la EOE y la LST están más relacionados entre sí que con la AES.

### 3.2 Fiabilidad de la PAS-M20

La evaluación de la *consistencia interna* de la PAS-M20 se valoró mediante el alfa de Cronbach, que en el caso de la muestra de estudiantes fue de 0,81 para la puntuación global de la escala y de 0,73, 0,57 y 0,70 para los factores Umbral sensorial bajo, Sensibilidad estética y Facilidad de excitabilidad, respectivamente. En la muestra de pacientes, el alfa de Cronbach para la puntuación total fue de 0,80 y de 0,64, 0,19 y 0,79 para los factores Umbral sensorial bajo, Sensibilidad estética y Facilidad de excitabilidad, respectivamente.

También se calculó la *fiabilidad* de la dos mitades de Guttman, que fue de 0,84 para la puntuación total de la PAS-M20 y de 0,78, 0,62 y 0,74 para los factores Umbral sensorial bajo, Sensibilidad estética y Facilidad de excitabilidad, respectivamente, en la muestra de estudiantes. En la muestra de pacientes, la fiabilidad de las dos mitades de Guttman fue de 0,80 para la puntuación total de la PAS-M20 y de 0,64, 0,12 y 0,81 para los factores Umbral sensorial bajo, Sensibilidad estética y Facilidad de excitabilidad, respectivamente. Finalmente, la correlación media entre ítems fue de 0,18 en ambas muestras.

### 3.3 Diferencias de Sexo en la Escala PAS-M20

En la muestra de estudiantes universitarios, las mujeres puntuaban significativamente más alto que los hombres ( $p < 0,001$ ) en la puntuación total de la PAS-M20. Con respecto a sus factores, sólo en el factor EOE las mu-

**Tabla 2. Correlaciones entre los diferentes factores de la “Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada” (PAS-M20) en estudiantes universitarios.**

Variable	<i>M</i>	<i>DT</i>	1	2	3	4
1. PAS-M20 total	66,95	10,99	–	–	–	–
2. LST	24,74	5,78	0,86	–	–	–
3. AES	15,54	2,63	0,52	0,27	–	–
4. EOE	26,66	5,48	0,85	0,54	0,28	–

Notas: PAS-M20, Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada; LST, Umbral sensorial bajo; AES, Sensibilidad estética; EOE, Facilidad de excitabilidad. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). *M*, media; *DT*, desviación típica.

jerer puntuaban más alto que los hombres de forma claramente significativa ( $p < 0,001$ ). En la muestra de pacientes, aunque las mujeres puntuaban más alto que los hombres en la PAS-M20 estas diferencias no llegaban a ser estadísticamente significativas por muy poco ( $p = 0,059$ ) (Tabla 3).

Hemos encontrado también que los pacientes con TAS tenían medias más elevadas que los estudiantes universitarios en la puntuación total de la PAS-M20. Al comparar a los hombres de ambas muestras encontramos que las diferencias no son estadísticamente significativas ( $t = 1,54$ ;  $p = 0,125$ ), mientras que en las mujeres sí lo es ( $t = 2,02$ ;  $p < 0,05$ ).

### 3.4 Correlaciones de la Escala PAS-M20 con Diversas Variables Psicopatológicas

La correlaciones entre las puntuaciones de la escala de alta sensibilidad (PAS-M20) con las obtenidas en otras variables empleadas en este estudio son muy diversas. Utilizamos instrumentos que evaluaban ansiedad social (incluyendo el trastorno de la personalidad por evitación), preocupaciones, depresión, habilidades sociales, autoestima y calidad de vida tanto en sujetos universitarios como en pacientes con TAS. Además, en los estudiantes universitarios evaluamos conductas anticipatorias disfuncionales, capacidad para distanciarse de los propios pensamientos y sentimientos, pensamientos de rumiación, diversas facetas del perfeccionismo y estilos/trastornos de personalidad (Optamos por evaluar los estilos de personalidad basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV/DSM-5/DSM-5-TR (APA, 1994, 2013, 2022) y no en la clasificación alternativa del DSM-5/DSM-5-TR basada en los cinco grandes rasgos (Five factor model, FFM), ya que la aportación de este modelo a la práctica clínica y al tratamiento de los trastornos de personalidad ha sido nula hasta estos momentos (véase Caballo et al, 2024 para una revisión más pormenorizada), a pesar de los numerosos estudios realizados en el área).

Las Tablas 4,5 presentan las correlaciones encontradas en la muestra de estudiantes universitarios, teniendo en cuenta tanto la puntuación global de la PAS-M20 como la de sus tres factores. Así, en la Tabla 4 encontramos que las mayores correlaciones de la *alta sensibilidad per-*

*sonal* tenían lugar con las *preocupaciones* ( $r = 0,52$ ), con el *trastorno de la personalidad por evitación* ( $r = 0,49$ ) y la *ansiedad social* ( $r_{LSAS} = 0,46$  y  $r_{CASO} = 0,44$ ), en especial en situaciones que tienen que ver con hacer el ridículo o quedar en evidencia ( $r = 0,39$ ) y aquellas que requieren hablar en público o relacionarse con personas de autoridad ( $r = 0,37$ ), pero también en la interacción con desconocidos ( $r = 0,32$ ) y en la expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado ( $r = 0,31$ ). Había también relaciones positivas, aunque no tan elevadas como las anteriores ( $0,20 < r < 0,30$ ) entre la alta sensibilidad personal y la *depresión* ( $r = 0,29$ ) y con la habilidad social de *Pedir disculpas* ( $r = 0,20$ ), y relaciones negativas con la *autoestima* ( $r = -0,27$ ), la *calidad de vida*, especialmente en las áreas Salud física ( $r = -0,29$ ), Psicológica ( $r = -0,26$ ) y Global ( $r = -0,27$ ) y también con dos *habilidades sociales*: mantenerse tranquilo en situaciones embarazosas ( $r = -0,29$ ) y Hablar en público/Interactuar con personas con autoridad ( $r = -0,25$ ).

Con respecto a los factores de la SPS en los estudiantes universitarios, los resultados de la Facilidad de excitabilidad (EOE) y el Umbral sensorial bajo (LST) eran muy similares a los obtenidos con la alta sensibilidad global, especialmente en el caso del primero. Sin embargo, el tercer factor, la Sensibilidad estética (AES) tenía correlaciones diferentes, con gran parte de las variables, a las de los otros dos factores. Así, por ejemplo, no tenía correlaciones significativas con el trastorno de la personalidad por evitación ni con la ansiedad social, excepto en las situaciones que tienen que ver con hacer el ridículo o quedar en evidencia ( $r = 0,10$ ), ni con la autoestima ni la calidad de vida. La correlación con las preocupaciones fue también muy baja ( $r = 0,13$ ) y, a diferencia de las correlaciones negativas de la PAS-M20, la EOE o la LST con las habilidades sociales, la AES tenía correlaciones significativas positivas con la puntuación global y con seis de las 10 habilidades sociales.

En la Tabla 5 encontramos correlaciones significativas de la alta sensibilidad personal con otras variables diferentes como la *rumiación* ( $r = 0,47$ ), las *conductas sociales anticipatorias* ( $r = 0,44$ ) y las *dudas perfeccionistas sobre su capacidad para realizar tareas* ( $r = 0,45$ ). Había también correlaciones significativas, aunque no tan elevadas



**Tabla 3. Diferencias de medias entre hombres y mujeres en las puntuaciones de la PAS-M20 de los estudiantes universitarios y los pacientes con TAS.**

Estudiantes universitarios	Sexo	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
PAS-M20					
Puntuación total	Hombre	63,49	9,56	3,82	0,000
	Mujer	67,85	11,19		
Factor 1. LST	Hombre	23,85	5,51	1,78	0,076
	Mujer	24,93	5,86		
Factor 2. AES	Hombre	15,51	2,77	0,19	0,851
	Mujer	15,56	2,60		
Factor 3. EOE	Hombre	24,02	4,40	5,95	0,000
	Mujer	27,36	5,56		
Pacientes con TAS					
Puntuación total	Hombre	66,43	11,56	1,90	0,059
	Mujer	70,74	10,91		

Notas: PAS-M20, Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada; LST, Umbral sensorial bajo; AES, Sensibilidad estética; EOE, Facilidad de excitabilidad; TAS, trastorno de ansiedad social. La muestra de estudiantes era de 114 hombres y 450 mujeres y la de pacientes era de 37 hombres y 70 mujeres.

como las anteriores ( $0,20 < r < 0,40$ ) entre la alta sensibilidad personal y las *reacciones negativas ante los errores* ( $r = 0,32$ ), el establecimiento de *estándares personales muy altos* y la excesiva importancia que se da a estos altos estándares para la autoevaluación ( $r = 0,24$ ) y el *perfeccionismo en general* ( $r = 0,35$ ). Con respecto a los estilos de personalidad, las participantes con alta SPS se caracterizaban por síntomas típicos de los estilos *evitativo* ( $r = 0,47$ ), *esquizotípico* ( $r = 0,46$ ), *depresivo* ( $r = 0,43$ ), *límite* ( $r = 0,42$ ) y *dependiente* ( $r = 0,40$ ). Es interesante señalar también las bajas correlaciones o falta de ellas entre la alta SPS y los estilos de personalidad antisocial, histriónico, narcisista y sádico.

Con respecto a los factores de la alta SPS, los resultados de los factores EOE y LST eran también muy similares a los obtenidos con la alta SPS global. Las correlaciones del factor AES con el resto de las variables eran bastante más bajas que en el caso de los otros dos factores en la mayoría de los casos y en algunos de ellos no existían correlaciones significativas, especialmente con determinados estilos de personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, autodestructivo, depresivo y sádico). Un dato interesante es que en la subescala *distanciamiento* (la capacidad de alejarse de los propios pensamientos y sentimientos) del Cuestionario de experiencias (EQ), el factor de la AES correlacionaba significativamente de forma positiva, mientras que tanto la PAS-M20 como los factores EOE y LST lo hacían de forma negativa.

En el caso de los pacientes con TAS (Tabla 6), la mayor correlación de la alta sensibilidad personal tenía lugar con las *preocupaciones* ( $r = 0,63$ ). Otras correlaciones importantes ( $0,20 < r < 0,40$ ) eran con la *ansiedad social global* ( $r = 0,39$  tanto en la LSAS como en el CASO), en es-

pecial en situaciones que tienen que ver con hacer el ridículo o quedar en evidencia ( $r = 0,46$ ), aquellas que requieren la *expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* ( $r = 0,40$ ) y *hablar en público o relacionarse con personas de autoridad* ( $r = 0,38$ ), con el *trastorno de la personalidad por evitación* ( $r = 0,39$ ), con la *depresión* ( $r = 0,38$ ), con un tipo de *habilidad social* como el mantenerse tranquilo en situaciones embarazosas ( $r = -0,41$ ), la *autoestima* ( $r = -0,30$ ) y con la *calidad de vida* ( $r = -0,27$ ), especialmente en la *percepción general de su calidad de vida* ( $r = -0,31$ ), la *percepción general de su salud* ( $r = -0,26$ ), elementos del *ambiente* que ayudan a la calidad de vida ( $r = -0,24$ ) y la *salud psicológica* ( $r = -0,23$ ). Es interesante también la falta total de correlaciones con la mayoría de las habilidades sociales. Finalmente, señalar que en los pacientes con TAS no se pasaron los cuestionarios que aparecen en la Tabla 5.

### 3.5 Diferencias Entre Participantes de Alto y Bajo Procesamiento de Sensibilidad Sensorial

Aunque las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en la escala de alta SPS y el resto de las variables eran estadísticamente significativas en la mayoría de los casos, examinamos las diferencias entre participantes de alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial en la muestra de estudiantes. No lo hicimos en la muestra de pacientes con TAS porque el tamaño de la muestra era pequeño y en los grupos extremos quedarían muy pocos participantes. Los resultados en mujeres estudiantes universitarias se muestran en las Tabla 7 y en estudiantes universitarios hombres en las Tabla 8.

Como podemos ver en la Tabla 7, las diferencias entre mujeres universitarias de alta y baja SPS eran significativas en casi todas las variables (con la excepción de

**Tabla 4. Correlaciones de la alta sensibilidad personal con distintas variables psicológicas en estudiantes universitarios (N = 562).**

Variables (instrumentos)	ASP (PAS-M20 total)	LST	AES	EOE
<b>Ansiedad social (CASO y LSAS)</b>				
Interacción con desconocidos	0,32***	0,29***	-0,01	0,35***
Interacción con personas atractivas	0,24***	0,22***	-0,05	0,27***
Expresión asertiva de molestia, desagrado	0,31***	0,24***	0,08	0,34***
Quedar en evidencia o ridículo	0,39***	0,33***	0,10*	0,39***
Hablar en público/Inter. autoridad	0,37***	0,29***	-0,02	0,45***
Ansiedad social global (CASO)	0,44***	0,37***	0,02	0,49***
LSAS Ansiedad	0,46***	0,42***	0,03	0,46***
LSAS Evitación	0,42***	0,40***	0,03	0,40***
Ansiedad social global (LSAS)	0,46***	0,43***	0,03	0,45***
Trastorno de personalidad evitación (QAPD)	0,49***	0,44***	0,02	0,50***
Preocupaciones (PSWQ)	0,52***	0,39***	0,13**	0,56***
Depresión (BDI-II)	0,29***	0,31***	0,05	0,23***
<b>Habilidades sociales (CHASO)</b>				
Interactuar con desconocidos	-0,17***	-0,17***	0,13**	-0,22***
Expresar sentimientos positivos	0,08	-0,03	0,19***	0,10*
Afrontar las críticas	-0,09	-0,11**	0,18***	-0,14***
Interactuar personas atraen	0,01	-0,01	0,14***	-0,05
Mantener tranquilidad	-0,29***	-0,25***	0,03	-0,32***
Hablar público/Inter autoridad	-0,25***	-0,19***	0,08	-0,32***
Afrontar situaciones embarazosas	0,01	-0,02	0,07	0,01
Defender los propios derechos	-0,10*	-0,04	0,07	-0,19***
Pedir disculpas	0,20***	0,04	0,26***	0,23***
Rechazar peticiones	-0,05	-0,02	0,10*	-0,13**
Habilidades sociales global	-0,13**	-0,16***	0,23***	-0,21***
<b>Autoestima (RSES)</b>				
Ítems positivos	-0,23***	-0,24***	0,11**	-0,26***
Ítems negativos	-0,28***	-0,26***	0,02	-0,29***
Autoestima global	-0,27***	-0,27***	0,07	-0,29***
<b>Calidad de vida (WHOQoL)</b>				
Percepción calidad de vida	-0,13**	-0,14***	0,03	-0,12**
Percepción calidad de salud	-0,07	-0,10*	0,06	-0,06
Salud física	-0,29***	-0,33***	0,03	-0,25***
Salud psicológica	-0,26***	-0,30***	0,07	-0,24***
Relaciones sociales	-0,16***	-0,20***	0,00	-0,10*
Ambiente	-0,17***	-0,21***	0,08	-0,15***
Calidad de vida global	-0,27***	-0,31***	0,06	-0,24***

Notas: ASP, Alta sensibilidad personal; PAS-M20, Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada; LST, Umbral sensorial bajo; AES, Sensibilidad estética; EOE, Facilidad de excitabilidad; CASO, Cuestionario de ansiedad social para adultos; LSAS, Escala de ansiedad social de Liebowitz-Versión de autoinforme; QAPD, Cuestionario para el trastorno de la personalidad por evitación; PSWQ, Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pensilvania; CHASO, Cuestionario de habilidades sociales; RSES, Escala Rosenberg de autoestima; WHOQoL, Cuestionario breve de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de vida. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

algunos tipos de habilidades sociales y un área de la calidad de vida—la percepción de la calidad de su salud). Las mujeres con alta SPS tenían más *preocupaciones*, más *ansiedad social* (incluyendo el *trastorno de personalidad por evitación*), estaban más *deprimidas*, tenían una menor *autoestima*, menor *calidad de vida* ( $p < 0,001$ ) y tenían mayor

dificultad en algunos tipos de *habilidades sociales* que las mujeres de baja SPS.

En la Tabla 7 podemos ver que las mujeres de alta sensibilidad de procesamiento sensorial puntuaban significativamente más alto en casi todas las variables que las mujeres de baja SPS (con  $p < 0,001$  en la mayoría de los ca-

**Tabla 5. Correlaciones de la alta sensibilidad personal con distintas variables psicológicas ( $N = 562$ ) y estilos/trastornos de personalidad ( $N = 392$ ) en estudiantes universitarios.**

Variables (instrumentos)	ASP (PAS-M20 total)	LST	AES	EOE
Conductas anticipatorias (ASBQ)	0,44***	0,38***	0,14***	0,41***
Cuestionario de Experiencias (EQ)				
Distanciamiento	-0,20***	-0,19***	0,16***	-0,27***
Rumiación	0,47***	0,38***	0,32***	0,38***
Perfeccionismo (MPS)				
Preocupación por errores	0,32***	0,33***	0,08	0,26***
Estándares personales	0,24***	0,22***	0,24***	0,14***
Expectativas de los padres	0,13**	0,16***	0,13**	0,03
Críticas por parte de los padres	0,19***	0,22***	0,10*	0,09*
Dudar de las acciones	0,45***	0,38***	0,13**	0,45***
Organización	0,15***	0,06	0,17***	0,16***
Perfeccionismo global	0,35***	0,35***	0,18***	0,25***
Estilos/trastornos de personalidad (CEPER)				
Paranoide	0,39***	0,41***	0,18***	0,27***
Esquizoide	0,32***	0,42***	0,03	0,21***
Esquizotípico	0,46***	0,44***	0,29***	0,34***
Antisocial	0,14**	0,21***	0,12*	0,00
Límite	0,42***	0,43***	0,16	0,32***
Histriónico	0,04	0,02	0,18***	-0,03
Narcisista	0,16**	0,17***	0,26***	0,03
Evitativo	0,47***	0,42***	0,04	0,50***
Dependiente	0,40***	0,34***	0,04	0,45***
Obsesivo-compulsivo	0,30***	0,23***	0,19***	0,28***
Pasivo-agresivo	0,30***	0,36***	0,11*	0,18***
Autodestructivo	0,36***	0,38***	0,05	0,32***
Depresivo	0,43***	0,44***	0,09	0,37***
Sádico	0,11*	0,21***	-0,06	0,04

Notas: ASP, alta sensibilidad personal; PAS-M20, Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada; LST, Umbral sensorial bajo; AES, Sensibilidad estética; EOE, Facilidad de excitabilidad; ASBQ, Cuestionario sobre conductas sociales anticipatorias; EQ, Cuestionario sobre experiencias; MPS, Escala multidimensional de perfeccionismo; CEPER, Cuestionario exploratorio de personalidad. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

sos). Las mujeres de alta SPS tenían más *conductas anticipatorias*, *rumiación*, *ideas perfeccionistas desadaptativas* de todo tipo, menos *capacidad de distanciamiento* de los propios pensamientos y sentimientos y puntuaban significativamente más *alto* en todos los *estilos de personalidad* que las mujeres de baja SPS, excepto en los estilos *histriónico* y *sádico* de la personalidad, aunque las diferencias en los estilos *antisocial* y *narcisista* eran significativas por muy poco lo mismo que en las *ideas perfeccionistas* relativas a la tendencia a creer que los propios padres establecen metas muy altas y a la tendencia a ser ordenado u organizado, reflejando un énfasis en el orden y la disciplina que a menudo se ha asociado con el perfeccionismo.

Con respecto a los estudiantes universitarios varones (Tabla 8), aquellos de alta sensibilidad de procesamiento sensorial tenían más *preocupaciones*, *ansiedad social* (incluyendo el *trastorno de personalidad por evitación*), una menor *autoestima*, estaban más *deprimidos*, con una menor *calidad de vida* en general y en tres de sus áreas ( $p < 0,001$

o  $p < 0,01$ ), una mayor dificultad en dos tipos de *habilidades sociales* (*afrentamiento de críticas* y *mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas*) que los hombres de baja SPS. Aunque hemos utilizado la *t* de *Student* como herramienta principal para hallar las posibles diferencias, utilizamos adicionalmente estadística no paramétrica (*U* de Mann-Whitney) para confirmar dichas diferencias debido al bajo número de sujetos de los dos grupos (Tabla 8).

En la Tabla 8 podemos ver que los estudiantes universitarios varones que puntuaron alto en sensibilidad de procesamiento sensorial lo hacían también de forma significativamente más alta en la mayoría de las variables que los hombres que puntuaron bajo en SPS. Las diferencias no eran tan elevadas como en el caso de las mujeres por el menor tamaño de la muestra. Los hombres de alta SPS tenían más *rumiación*, *ideas perfeccionistas* en general y específicamente en las reacciones negativas ante los errores, en la tendencia a interpretar los errores como un fracaso y en creer que perderá el respeto de los demás tras ese fracaso y

**Tabla 6. Correlaciones de la alta sensibilidad personal con distintas variables psicopatológicas en pacientes con ansiedad social (N = 107).**

Variabes (instrumentos)	ASP (PAS-M20 total)
Ansiedad social (CASO)	
Interacción con desconocidos	0,25**
Interacción con personas atractivas	0,28**
Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	0,40***
Quedar en evidencia o hacer el ridículo	0,46***
Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	0,38***
Ansiedad social global	0,39***
Ansiedad social (LSAS-SR)	
Ansiedad	0,40***
Evitación	0,34***
Ansiedad social global	0,39***
Trastorno de la personalidad por evitación (QAPD)	0,39***
Preocupaciones (PSWQ)	0,63***
Depresión (BDI-II)	0,38***
Habilidades sociales (CHASO)	
Interactuar con desconocidos	-0,19*
Expresar sentimientos positivos	0,04
Afrontar las críticas	-0,09
Interactuar con personas que le atraen	-0,17
Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas	-0,41***
Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad	-0,19*
Afrontar situaciones embarazosas	-0,01
Defender los propios derechos	-0,15
Pedir disculpas	0,03
Rechazar peticiones	-0,10
Habilidades sociales global	-0,18
Autoestima (RSES)	
Ítems positivos	-0,28**
Ítems negativos	-0,26**
Autoestima global	-0,30**
Calidad de vida (WHOQoL)	
Percepción calidad de vida	-0,31**
Percepción calidad de salud	-0,26**
Salud física	-0,17
Salud psicológica	-0,23*
Relaciones sociales	-0,16
Ambiente	-0,24*
Calidad de vida global	-0,27**

Notas: ASP, alta sensibilidad personal; PAS-M20, Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada; CASO, Cuestionario de ansiedad social para adultos; LSAS, Escala de ansiedad social de Liebowitz-versión de autoinforme; QAPD, Cuestionario para el trastorno de la personalidad por evitación; PSWQ, Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pensilvania; CHASO, Cuestionario de habilidades sociales; RSES, Escala Rosenberg de autoestima; WHOQoL, Cuestionario breve de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de vida. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

en el grado en que dudan de su capacidad para realizar tareas, *conductas anticipatorias* y mayores puntuaciones en diferentes *estilos de personalidad* (especialmente en el *estilo evitativo*) que los hombres de baja SPS.

## 4. Discusión

El principal objetivo del presente estudio fue arrojar más luz sobre del rasgo de personalidad “sensibilidad de procesamiento sensorial”, especialmente con respecto a las relaciones que pudiera tener con otras variables psicológicas.



**Tabla 7. Diferencias entre mujeres estudiantes universitarias de alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial.**

Variables (instrumentos)	Baja sensibilidad ( <i>n</i> = 67)		Alta sensibilidad ( <i>n</i> = 80)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Ansiedad social (CASO)						
Interacción con desconocidos	12,30	4,35	17,16	5,33	−5,98	0,000
Interacción personas atractivas	18,58	4,68	21,37	4,70	−3,59	0,000
Expresión asertiva	15,95	4,82	20,31	4,44	−5,69	0,000
Quedar en evidencia o ridículo	17,60	4,56	22,35	3,49	−7,16	0,000
Hablar público/Autoridad	16,34	5,21	22,24	5,26	−6,80	0,000
Ansiedad social global	80,78	16,70	103,44	16,64	−8,21	0,000
Ansiedad social (LSAS-SR)						
Ansiedad	17,79	8,63	33,55	12,3	−8,77	0,000
Evitación	14,85	9,33	29,17	11,89	−8,01	0,000
Ansiedad social global	32,77	16,49	62,72	22,25	−9,07	0,000
Tr. personalidad evitación (QAPD)	14,00	5,01	22,99	6,62	−9,13	0,000
Preocupaciones (PSWQ)	40,03	13,07	61,40	13,25	−9,80	0,000
Depresión (BDI-II)	9,62	9,67	17,47	11,53	−4,4	0,000
Habilidades sociales (CHASO)						
Interactuar con desconocidos	12,94	4,24	11,29	3,29	2,65	0,009
Expresar sentimientos positivos	16,28	3,5	17,11	3,55	−1,42	0,158
Afrontar las críticas	15,72	3,66	15,04	3,35	1,17	0,243
Interactuar personas atraen	9,27	4,21	9,48	4,16	−0,30	0,760
Mantener tranquilidad	13,13	2,95	10,3	3,52	5,18	0,000
Hablar público/Inter autoridad	12,46	4,22	9,52	4,06	4,29	0,000
Afrontar situac. embarazosas	10,00	2,96	10,29	3,69	−0,51	0,608
Defender los propios derechos	12,22	3,93	10,59	3,53	2,66	0,009
Pedir disculpas	16,27	3,35	17,99	2,75	−3,42	0,001
Rechazar peticiones	13,43	3,46	12,92	3,65	0,86	0,391
Habilidades sociales global	131,89	20,13	124,43	19,25	2,28	0,024
Autoestima (RSES)						
Ítems positivos	16,67	2,88	14,95	3,53	3,20	0,002
Ítems negativos	15,98	3,26	13,31	3,66	4,63	0,000
Autoestima global	32,66	5,58	28,26	6,76	4,24	0,000
Calidad de vida (WHOQoL)						
Percepción calidad de vida	4,03	0,67	3,75	0,93	2,04	0,043
Percepción calidad de salud	3,49	1,08	3,45	1,18	0,23	0,821
Salud física	26,86	4,45	23,09	4,73	4,95	0,000
Salud psicológica	22,06	4,19	18,91	4,80	4,18	0,000
Relaciones sociales	11,67	2,41	10,15	2,81	3,48	0,001
Ambiente	30,89	4,33	29,02	5,27	2,31	0,022
Calidad de vida global	99,01	14,15	88,56	15,68	4,18	0,000
Conductas anticipatorias (ASBQ)	31,69	9,29	45,2	10,68	−8,10	0,000
Experiencias (EQ)						
Distanciamiento	36,57	4,90	33,2	7,64	3,10	0,002
Rumiación	19,60	4,28	25,42	3,85	−8,64	0,000
Perfeccionismo (MPS)						
Preocupación por errores	18,57	8,06	25,52	9,70	−4,63	0,000
Estándares personales	18,91	6,12	23,29	6,12	−4,32	0,000
Expectativas de los padres	12,18	5,36	14,13	6,26	−2,00	0,047
Críticas de los padres	7,92	3,62	9,95	4,89	−2,79	0,006
Dudar de las acciones	9,67	2,89	14,72	3,66	−9,08	0,000
Organización	20,85	5,13	22,77	5,04	−2,29	0,024
Perfeccionismo global	67,34	21,14	87,75	23,29	−5,40	0,000

**Tabla 7. Continued.**

Variables (instrumentos)	Baja sensibilidad ( <i>n</i> = 67)		Alta sensibilidad ( <i>n</i> = 80)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Estilos/trastornos de personalidad (CEPER)	Baja sensibilidad ( <i>n</i> = 59)		Alta sensibilidad ( <i>n</i> = 47)			
Paranoide	28,78	11,04	42,05	12,41	−5,68	0,000
Esquizoide	27,30	9,24	37,74	11,38	−5,09	0,000
Esquizotípico	24,19	9,70	41,29	13,05	−7,48	0,000
Antisocial	26,55	7,92	30,96	10,10	−2,45	0,016
Límite	29,21	11,10	46,79	15,60	−6,49	0,000
Histriónico	38,59	12,12	39,24	12,58	−0,27	0,790
Narcisista	35,89	12,84	41,00	12,13	−2,09	0,039
Evitativo	29,54	9,61	50,74	15,54	−8,11	0,000
Dependiente	35,11	10,59	51,09	12,76	−6,81	0,000
Obsesivo-compulsivo	42,62	12,46	52,63	11,86	−4,22	0,000
Pasivo-agresivo	32,38	11,23	40,19	10,64	−3,64	0,000
Autodestructivo	24,70	9,41	37,12	12,94	−5,51	0,000
Depresivo	27,47	13,18	48,03	17,93	−6,57	0,000
Sádico	18,08	8,42	20,56	7,94	−1,55	0,124

icas. Nuestros datos arrojan importantes problemas a la hora de la evaluación de las características de las “personas de alta sensibilidad” (PAS) que, se supone, se identifican por manifestar elementos del rasgo de SPS. Para evaluar la SPS hemos empleado la “Escala para personas de alta sensibilidad-Modificada” (PAS-M20), una versión modificada (de 20 ítems) de la denominada “Escala para personas altamente sensibles” (*Highly Sensitive Person Scale*, HSPS) de Aron y Aron (1997) (de 27 ítems). Por esta razón, decidimos analizar inicialmente algunas de las propiedades psicométricas de la PAS-M20.

La estructura de los factores obtenidos con la PAS-M20, que recoge la gran mayoría de las características propuestas por los autores originales de la escala, no se mantenía coherente tanto en sujetos clínicos como no clínicos. Encontramos una solución trifactorial (“Facilidad de excitabilidad” [EOE], “Umbral sensorial bajo” [LST] y “Sensibilidad estética” [AES]) en la que los factores parecen más coherentes, pero lejos de los resultados esperados. La diversidad en la estructura dimensional encontrada en la escala HSP ha sido la tónica habitual en los estudios sobre las PAS (véase la sección introductoria de este estudio) y nuestros resultados refuerzan la idea de que la estructura dimensional de la escala HSP no está nada clara y es probable que necesite modificaciones para evaluar las características esenciales de las PAS. Con frecuencia se ha utilizado la escala HSP asumiendo a la sensibilidad de procesamiento sensorial como un constructo unidimensional, pero datos recientes han apoyado la existencia de tres factores (EOE, LST y AES) o más como estructura básica de la SPS. Esto último tendría cierta lógica, debido a que la AES tiene características muy diferentes a las otras dos dimensiones. Sería la cualidad positiva de las PAS, que poseen otras características distintas, generalmente con connotaciones menos positivas, como la EOE y la LST.

En nuestro estudio hemos tenido los mismos problemas que muchos investigadores, no encontrando una estructura clara ni unidimensional ni multidimensional para la PAS-M20. La estructura tridimensional encontrada ha sido especialmente problemática con la muestra de pacientes con ansiedad social, especialmente por la poca coherencia entre sí de los ítems que componían los factores, en especial el factor de la AES. Bien es cierto que la muestra de pacientes era baja para un análisis factorial, pero la muestra de estudiantes universitarios, mucho más elevada, tampoco arrojó factores claros, excepto en el caso del factor “Facilidad de excitabilidad” (EOE) que coincidía, en buena medida, con los ítems obtenidos en el mismo factor por otros investigadores (p. ej., Khosravani et al, 2021; Smolewska et al, 2006). Por otra parte, no está clara la pertenencia de algunos ítems bien a la dimensión EOE o bien a la de “Umbral sensorial bajo” (LST) dado que, debido a cómo están formulados, podrían pertenecer a cualquiera de las dos. Como hemos visto, la correlación entre los dos factores es relativamente elevada ( $r = 0,54$ ). Por todo ello, parece claro que se necesita una revisión de las características esenciales de la SPS que caracteriza a las PAS y, por tanto, un refinamiento de sus instrumentos de evaluación, especialmente de la escala que se utiliza habitualmente para medirla, la HSPS de Aron y Aron (1997).

Aceptando que la PAS-M20 evalúa buena parte de las características de la SPS, nos gustaría discutir sobre las relaciones encontradas entre el rasgo de sensibilidad al procesamiento sensorial con las dificultades o problemas psicológicos evaluados en este estudio. En primer lugar, hemos confirmado que las mujeres puntúan más alto que los hombres en la SPS en la muestra de estudiantes universitarios (y en la de pacientes con TAS por muy poco, debido al bajo número de sujetos y la elevada varianza de la muestra), algo consistente con los resultados de otros estudios

**Tabla 8. Diferencias entre varones estudiantes universitarios de alta y baja sensibilidad de procesamiento sensorial.**

Variable (instrumentos)	Baja sensibilidad ( <i>n</i> = 16)		Alta sensibilidad ( <i>n</i> = 20)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Ansiedad social (CASO)						
Interacción desconocidos*	12,56	5,61	17,40	5,33	-2,64	0,012
Interacción personas atractivas**	16,25	4,78	21,35	4,74	-3,20	0,003
Expresión asertiva**	13,87	3,01	18,60	4,84	-3,41	0,002
Evidencia o ridículo***	15,00	3,97	21,25	3,46	-5,04	0,000
Hablar Público/Autoridad	15,56	4,50	19,30	5,39	-2,22	0,033
Ansiedad social global (CASO)***	73,25	16,23	97,90	16,67	-4,46	0,000
Ansiedad social (LSAS-SR)						
Ansiedad***	16,37	9,88	31,55	14,12	-3,64	0,001
Evitación**	12,25	11,02	28,70	15,79	-3,53	0,001
Ansiedad social global (LSAS)***	28,62	20,00	60,25	27,88	-3,81	0,001
Tr. pers. Evitación (QAPD)***	14,25	5,86	23,35	5,55	-4,77	0,000
Preocupaciones (PSWQ)***	37,44	11,25	54,65	13,77	-4,03	0,000
Depresión (BDI-II)**	6,31	6,54	15,63	10,72	-3,03	0,005
Habilidades sociales (CHASO)						
Interacción desconocidos	13,12	3,84	10,60	3,94	1,93	0,062
Sentimientos positivos	17,19	2,93	16,80	3,32	0,37	0,716
Afrontamiento Críticas*	16,37	2,12	14,45	2,66	2,35	0,025
Personas que atraen	11,50	5,03	9,30	3,78	1,50	0,143
Mantener la tranquilidad**	13,87	3,12	10,95	2,89	2,91	0,006
Hablar público/Autoridad	12,19	3,90	11,05	3,57	0,91	0,369
Situaciones embarazosas	11,25	2,67	10,55	3,52	0,66	0,515
Defensa derechos	11,19	2,90	12,15	3,30	-0,92	0,366
Pedir disculpas	16,00	3,26	17,60	2,23	-1,74	0,090
Rechazar peticiones	14,62	3,36	14,45	3,57	0,15	0,882
Habilidades sociales global	137,31	18,54	127,90	16,52	1,61	0,117
Autoestima (RSES)						
Ítems positivos**	17,87	2,16	14,25	3,73	3,45	0,002
Ítems negativos*	15,87	2,19	13,05	3,87	2,60	0,014
Autoestima global**	33,75	4,04	27,30	7,34	3,15	0,003
Calidad de vida (WHOQoL)						
Percepción calidad vida	4,06	0,77	3,45	1,05	1,95	0,060
Percepción calidad salud**	4,12	0,81	3,20	0,77	3,51	0,001
Salud física	27,50	4,50	24,60	5,16	1,77	0,086
Salud psicológica***	22,56	3,40	17,75	5,08	3,25	0,003
Relaciones sociales*	11,12	2,06	9,31	2,56	2,27	0,030
Ambiente	31,40	3,91	28,85	4,59	1,73	0,093
Calidad de vida global*	100,20	12,63	86,63	16,44	2,64	0,013
Conductas anticipatorias (ASBQ)*	34,87	8,69	43,10	12,06	-2,29	0,028
Experiencias (EQ)						
Distanciamiento	39,37	7,93	35,20	8,19	1,54	0,133
Rumiación**	20,19	4,32	24,90	3,16	-3,78	0,001
Perfeccionismo (MPS)						
Preocupación por errores**	17,25	6,42	27,45	9,28	-3,73	0,001
Estándares personales	19,25	6,70	22,75	7,35	-1,48	0,149
Expectativas de los padres	10,81	4,68	13,85	5,33	-1,79	0,082
Críticas por parte de los padres	7,44	2,71	9,60	4,11	-1,81	0,079
Dudar de las acciones**	9,75	3,13	13,30	3,46	-3,19	0,003
Organización	20,50	5,02	21,70	5,53	-0,67	0,505
Perfeccionismo global**	64,50	16,95	86,95	24,68	-3,10	0,004

**Tabla 8. Continued.**

Variable (instrumentos)	Baja sensibilidad ( <i>n</i> = 16)		Alta sensibilidad ( <i>n</i> = 20)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Estilos/trastornos de personalidad (CEPER)	Baja sensibilidad ( <i>n</i> = 14)		Alta sensibilidad ( <i>n</i> = 16)			
Paranoide	34,36	14,97	41,93	12,88	−1,46	0,155
Esquizoide	31,36	8,74	40,00	12,51	−2,16	0,039
Esquizotípico*	27,86	11,53	41,62	15,73	−2,70	0,012
Antisocial	33,07	11,21	34,47	12,19	−0,32	0,751
Límite*	30,43	11,58	43,25	18,07	−2,27	0,031
Histriónico	45,50	13,97	40,69	10,27	1,08	0,288
Narcisista	42,86	14,98	47,44	8,82	−1,04	0,309
Evitativo**	28,93	12,56	48,75	16,31	−3,69	0,001
Dependiente*	34,78	12,99	45,75	14,09	−2,20	0,036
Obsesivo-compulsivo	40,71	8,84	49,81	11,78	−2,36	0,025
Pasivo-agresivo	34,71	10,10	42,81	11,22	−2,06	0,048
Autodestructivo	27,86	10,33	36,12	14,16	−1,80	0,082
Depresivo	28,85	11,19	42,19	20,19	−2,13	0,043
Sádico	20,43	10,51	24,69	12,37	−1,01	0,322

Notas: Los asteriscos indican que había también diferencias significativas utilizando estadística no paramétrica (U de Mann-Whitney) con \**p* < 0,05; \*\**p* < 0,01; \*\*\**p* < 0,001.

(p. ej., Aron, 2010; Aron y Aron, 1997; Baryła-Matejczuk et al, 2021; Greven et al, 2019; Konrad y Herzberg, 2019; Rocha-Nieto et al, 2025). Parecería que las mujeres responden más fácilmente que los hombres tanto a estímulos internos como externos, lo que, a veces, podría constituir una ventaja, pero, en la mayoría de los situaciones (según los propios ítems de la escala), sería una desventaja (p. ej., sobresaltarse con facilidad, ponerse nerviosa cuando tiene que hacer muchas cosas en poco tiempo, etc.) Analizando detenidamente los tres factores de la PAS-M20 (en la muestra universitaria), encontramos que tales diferencias se presentan únicamente en el factor “Facilidad de excitabilidad” (EOE), apoyando la idea de que este factor es el principal sustento de las diferencias entre hombres y mujeres y no tanto los otros dos factores (LST y AES).

Con respecto a los resultados encontrados entre la SPS (y sus tres dimensiones en la muestra de estudiantes universitarios) con las dificultades o problemas psicológicos evaluados, nos indican que la SPS se relaciona con preocupaciones disfuncionales, con la ansiedad social, con escasas habilidades sociales, baja autoestima, anticipaciones negativas sobre las situaciones sociales a las que se tienen que enfrentar, rumiaciones frecuentes, dudas sobre su capacidad para realizar determinadas tareas, tendencia a interpretar los errores como fracasos y pensar que así pueden perder el respecto de los demás, comportamientos que a veces pueden parecer extraños o volubles y conductas y pensamientos depresivos. La SPS no se relaciona con una activa vida social ni con actos antisociales o que traten de hacer daño a los demás. Finalmente, la SPS se relaciona negativamente con la calidad de vida, tanto en general como en aspectos específicos. Los factores EOE y LST confirman esas relaciones, pero no así el tercer factor, la AES.

Esta dimensión se relacionaba positivamente con aspectos saludables del comportamiento (p. ej., algunos tipos de habilidades sociales, la capacidad para tomar distancia de los pensamientos y sentimientos, y con la autoestima) y apenas se relacionaba con los aspectos negativos como sucedía con las otras dos dimensiones. En lo que respecta a los pacientes, las correlaciones encontradas confirman los principales resultados de los estudiantes universitarios (en las variables evaluadas en ambas muestras y con la puntuación total de la escala HSP-M20).

Nuestros hallazgos confirman en buena medida algunos de los resultados obtenidos por varios estudios que han encontrado que los sujetos con altos niveles de SPS eran más propensos a informar de problemas interiorizados, como síntomas de ansiedad (Ben-Avi et al, 2012; Blach y Egger, 2011; Hofmann y Bitran, 2007; Meredith et al, 2016), de depresión (Ahadi y Basharpour, 2010; Blach y Egger, 2011; Booth et al, 2015; Pluess y Boniwell, 2015; Wu et al, 2021; Yano et al, 2021), dificultades en la regulación de las emociones (Brindle et al, 2015), mayores niveles de estrés (Bakker y Moulding, 2012; Benham, 2006), desgaste profesional (Redfearn et al, 2020; Stefan Lindsay, 2017), variables o síntomas físicos y psicológicos asociados a la mala salud o quejas y molestias de salud (Benham, 2006; Booth et al, 2015; Costa-López et al, 2024; Listou Grimen y Diseth, 2016) o dificultades en la interacción social (Ahadi y Basharpour, 2010; Ben-Avi et al, 2012). Además, hemos encontrado que las mujeres de más alta SPS comparadas con su contrapartida de mujeres de más baja SPS tenían puntuaciones más elevadas en preocupaciones disfuncionales, ansiedad social, depresión, anticipaciones negativas sobre las situaciones sociales, rumiaciones, aspectos perfeccionistas disfuncionales y en casi



todos los estilos de personalidad. Por el contrario, tenían puntuaciones más bajas en buena parte de las habilidades sociales, en autoestima, en calidad de vida y en distanciamiento de los propios pensamientos y sentimientos. Los hombres seguían básicamente el mismo patrón que las mujeres, con la salvedad de que algunas diferencias no llegaban a la significación estadística.

Resumiendo los hallazgos obtenidos en este estudio, podemos decir las personas de alta SPS tienen bastantes más posibilidades de padecer toda una serie de problemas psicológicos que las personas de baja SPS, además de peores habilidades sociales y una menor calidad de vida. Había, no obstante, una habilidad social en la que las PAS puntuaban más alto que las personas de baja sensibilidad y de forma significativa en el caso de las mujeres. Esa habilidad era la de “Pedir disculpas”. Y aunque este tipo de comportamiento constituye una habilidad social, no sabemos si las PAS lo hacen de forma adecuada, no excesiva o en los momentos apropiados. Tenemos también que señalar que los estilos de personalidad histriónico, antisocial, narcisista y sádico no destacan en las PAS. Y excepto por las características extravertidas positivas del estilo histriónico, el resto de los estilos no suelen conllevar muchos elementos prosociales.

¿Qué puede aportar este estudio sobre las PAS? En primer lugar, que el constructo no está claramente definido. No dudamos de que haya personas más sensibles que otras, personas con una tendencia genética a ser más más fácilmente afectados por estímulos tanto internos como externos, y que ese rasgo pueda tener o haber tenido una función evolutiva. No obstante, buena parte de las características principales de las PAS constituyen un obstáculo en nuestra sociedad, además de ser un factor de vulnerabilidad para muchos problemas psicológicos. Eso no quita que algunos aspectos puedan ser positivos, como los elementos que componen la dimensión de la “Sensibilidad estética”. Pero el resto de los componentes no favorecen la salud mental en nuestra cultura. En una sociedad ideal, utópica, tal vez fuera diferente, pero no en las circunstancias por las que tenemos que pasar la mayoría de los seres humanos. La visión positiva la podemos encontrar en que tal vez se puedan prevenir toda una serie de problemas que pueden desarrollar las PAS si logramos identificar en la infancia las características principales que desembocarán en una PAS e intervenimos desde la terapia cognitivo conductual para mejorar esas características y hacerlas más adaptativas. Podríamos posiblemente prevenir futuros problemas y ayudar también a mejorar muchos de los comportamientos disfuncionales de las PAS en la vida adulta. Por ejemplo, en la aplicación de nuestro programa de “Intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS) hemos conseguido no sólo disminuir la ansiedad social, mejorar la autoestima, reducir la depresión y las preocupaciones, aumentar las habilidades sociales o la calidad de vida de los participantes, sino que también hemos logrado que la SPS disminu-

ya significativamente después de 4 meses de tratamiento y que ese cambio permanezca a los seis meses ([Salazar et al, 2022](#)). Una elevada SPS no ayuda a un funcionamiento adecuado en el transcurrir diario de la vida. Ser muy sensibles al dolor, asustarnos o sobresaltarnos con facilidad, que el estado de los demás nos afecte habitualmente o que el nerviosismo deteriore nuestra actuación cuando nos observan no son precisamente cualidades adaptativas en nuestra sociedad, pero sí son comportamientos habituales de las PAS. Otras características, aunque no sean adaptativas, pueden solamente comportar molestias, como el tener que retirarse cuando hay demasiada estimulación, no soportar los ruidos fuertes o las luces brillantes o esforzarse en exceso para no cometer errores. Finalmente, también hay algunos aspectos de la SPS que pueden conllevar cualidades positivas, como el percibir y disfrutar de determinados aromas, sonidos, sabores u obras de arte.

Teniendo en cuenta todos los elementos que caracterizan a una PAS, podríamos plantear una pregunta capciosa: ¿merece la pena ser una PAS? Para bien o para mal, no tenemos elección. Nuestra biología y nuestra historia inicial de aprendizaje no son elegibles. Según hemos visto en este estudio, las características de las PAS están asociadas a toda una serie de problemas psicológicos. No es que todas las PAS los tengan, pero sí es más fácil que los adquieran. Digamos que sus características los predisponen. Pero también hay aspectos positivos, sin llevarnos a la exageración de algunos defensores de la SPS que escriben que dicho rasgo se relacionaría con beneficios excepcionales cuando la persona crece, se cría y pasa tiempo en ambientes positivos y favorables ([Pluess y Belsky, 2010](#); [Pluess y Boniwell, 2015](#); [Pluess, 2015](#)). Los tres estilos/trastornos de la personalidad que se definen por provocar sufrimiento en los demás sin que quienes los padecen sufran por sus propios comportamientos, el antisocial, el narcisista y el sádico, no parecen relacionarse mucho con las PAS. Es posible que la falta de empatía que caracteriza a esos estilos/trastornos sea uno de los factores explicativos. Toda esta información nos ayuda a entender qué podemos esperar de una PAS. Y también ayuda a estas personas a dar una posible explicación a parte de sus comportamientos y sentirse aliviadas. Pero este alivio no debería significar una justificación del comportamiento problemático que algunas personas manifiestan, una justificación para no cambiar si uno quiere hacerlo. Hay tratamientos cognitivo conductuales que pueden ayudar a las PAS a modificar sus pensamientos, sentimientos o comportamientos disfuncionales, si así lo desean. Es probable que en ese caso ya hayan desarrollado algún problema psicológico, como ansiedad social, depresión o ansiedad generalizada. Dado que la aceptación de los estados afectivos negativos ha demostrado mediar parcialmente en la asociación entre el SPS y los síntomas de depresión ([Brindle et al, 2015](#)) y dado que las asociaciones entre el SPS y la ansiedad se encontraron especialmente cuando la atención plena y la aceptación eran bajas ([Bakker y Mould-](#)

ing, 2012), los programas basados en la atención plena y la aceptación podrían ser muy valiosos (Evans y Rothbart, 2008). Estos autores encontraron que la reducción del estrés basada en la atención plena tenía grandes efectos sobre el estrés, la ansiedad social, el crecimiento personal y la autoaceptación. Nosotros podemos confirmar también la exitosa aplicación del programa IMAS (como hemos indicado anteriormente), que incorpora ese tipo de estrategias y que ha demostrado empíricamente que puede ayudar a las PAS con esos y otros tipos de trastornos. Es más, se ha demostrado que los individuos con altos niveles de SPS se benefician más de la intervención psicológica (p. ej., Nocentini et al, 2018; Pluess y Boniwell, 2015), con lo que los enfoques de intervención pueden no solo ser particularmente vitales para los individuos altos en SPS, dada la asociación de la SPS con la psicopatología y los problemas relacionados con el estrés, sino también especialmente eficaces. A nivel práctico, sería de utilidad el considerar a los individuos con elevada SPS como personas de riesgo para desarrollar toda una serie de problemas psicológicos, especialmente los relacionados con las preocupaciones excesivas o la ansiedad social. La elevada SPS podría ser una especie de vulnerabilidad biológica (según algunos autores) o psicológica para el desarrollo de diferentes problemas psicológicos. Por otra parte, el entrenamiento en habilidades sociales podría ser claramente beneficioso para buena parte de PAS.

Quisiéramos también señalar algunas limitaciones del estudio. Una de ellas fue el bajo número de estudiantes universitarios hombres a la hora de comparar personas con alta y baja SPS. En el caso de pacientes con TAS tampoco se pudo realizar dicha comparación por la misma razón. Igualmente, algunas medidas de autoinforme aplicadas a los estudiantes no se aplicaron a los pacientes con TAS. Algunas sugerencias para la investigación futura incluirían la construcción de una escala para evaluar la SPS que tuviera una estructura factorial estable, bien fuera de un factor o de varios. También sería de interés clarificar las características básicas y, sobre todo, necesarias que definen a una persona con el rasgo de la SPS, algo que los investigadores echamos en falta en estos momentos. Sería igualmente de interés el conseguir puntos de corte efectivos para establecer cuando las personas pueden ser consideradas con alta o baja SPS.

## 5. Conclusiones

En conclusión, el tema de las PAS se ha puesto de moda desde hace tiempo. Sin embargo, no está claro que la SPS (núcleo de las PAS) sea un constructo novedoso o que sea una variación de otros tipos de constructos temperamentales estudiados con anterioridad, como la inhibición conductual (Kagan et al, 1988) o la introversión (Eysenck y Eysenck, 1968). Que hay personas que nacen con una vulnerabilidad biológica a ser más sensibles, excitables, inhibidas o introvertidas no parecería algo cuestionable. Que esa vulnerabilidad se vea amortiguada o agravada por las experiencias tempranas, en especial la

labor de los cuidadores, sería algo esperable. La creencia de que los factores ambientales posteriores influirán en el grado en que esas características se conviertan en comportamientos funcionales o disfuncionales es algo ampliamente compartido en el campo de la psicopatología. Todo lo que sea comprender mejor al ser humano y ayudarle a solucionar sus dificultades, será bienvenido en el campo de la psicología clínica. Pero el área de las PAS necesita de mucha más investigación, tanto a nivel de la evaluación, la consolidación de las características esenciales del constructo y del desarrollo de estrategias de intervención. Hay numerosas cuestiones y dudas formuladas al respecto, a las que los investigadores deberíamos dar respuesta en los próximos años.

## Disponibilidad de Datos y Materiales

Los datos y materiales pueden obtenerse del primer autor del artículo.

## Contribuciones de los Autores

VC e IS diseñaron el estudio de investigación y llevaron a cabo parte de él. MC, JH, OG, RG, AR, EC, HV, CP y RS llevaron a cabo parte del estudio de investigación y proporcionaron asesoramiento sobre algunas partes del mismo. Todos los autores contribuyeron a los cambios editoriales del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final. Todos los autores han participado de forma activa en la realización del presente estudio.

## Aprobación Ética y Consentimiento Informado

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki, y el protocolo fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad de Granada (número de aprobación: 726/CEIH/2018). Todos los pacientes o sus familiares/tutores legales dieron su consentimiento informado para su inclusión antes de participar en el estudio.

## Agradecimientos

No aplicable.

## Financiación

Este estudio utilizó y analizó parte de los datos pertenecientes al proyecto I+D+i con referencia RTI2018-093916-B-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y FEDER “Una manera de hacer Europa”. Se reconoce también la ayuda de la Fundación para el Avance de la Psicología Clínica Conductual (FUNVECA).

## Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de

intereses. Vicente E. Caballo es director de esta revista. Isabel C. Salazar se desempeña como miembro del Comité Editorial de esta revista. Declaramos que Vicente E. Caballo no ha participado en la revisión por expertos de este artículo y no tiene acceso a la información relativa a dicha revisión. La responsabilidad total del proceso editorial de este artículo ha sido delegada a Dunia Garrido.

## Referencias

- Acevedo BP, Dattatri N, Marhenke R. Sensory processing sensitivity, memory and cognitive training with neurofeedback. *Behavioural Brain Research*. 2023; 452: 114601. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2023.114601>
- Ahadi B, Basharpour S. Relationship between sensory processing sensitivity, personality dimensions and mental health. *Journal of Applied Sciences*. 2010; 10: 570–574. <https://doi.org/10.3923/jas.2010.570.574>
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed.- Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association: Washington, DC. 1987.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association: Washington, DC. 1994.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). American Psychiatric Association: Arlington, VA. 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.- Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association: Washington, DC. 2022.
- Aron EN. The highly sensitive person's workbook. Broadway Books: New York. 1999.
- Aron EN. Psychotherapy and the highly sensitive person: Improving outcomes for that minority of people who are the majority of clients. Taylor & Francis: New York. 2010.
- Aron EN, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997; 73: 345–368. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.2.345>
- Aron EN, Aron A, Jagiellowicz J. Sensory processing sensitivity: a review in the light of the evolution of biological responsiveness. *Personality and Social Psychology Review*. 2012; 16: 262–282. <https://doi.org/10.1177/1088868311434213>
- Assary E, Oginni OA, Morneau-Vaillancourt G, Krebs G, Peel AJ, Palaiologou E, et al. Genetics of environmental sensitivity and its association with variations in emotional problems, autistic traits, and wellbeing. *Molecular Psychiatry*. 2024; 29: 2438–2446. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02508-6>
- Bakker K, Moulding R. Sensory-processing sensitivity, dispositional mindfulness and negative psychological symptoms. *Personality and individual differences*. 2012; 53: 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.006>
- Baryła-Matejczuk M, Poleszak W, Porzak R. Short Polish version of the Highly Sensitive Person Scale - exploring its multidimensional structure in a sample of emerging adults. *Current Issues in Personality Psychology*. 2021; 11: 72–86. <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.107339>
- Beck AT, Steer RA, Brown G. Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation: San Antonio, TX. 1996.
- Ben-Avi N, Almagor M, Engel-Yeger B. Sensory processing difficulties and interpersonal relationships in adults: an exploratory study. *Psychology*. 2012; 3:70–77. <http://doi.org/10.4236/psych.2012.31012>
- Benham G. The highly sensitive person: Stress and physical symptom reports. *Personality and individual differences*. 2006; 40: 1433–1440. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.021>
- Blach C, Egger JW. “The highly sensitive personality” - Report to research project high sensitivity. *Psychologische Medizin*. 2011; 22: 59–63. (En Alemán)
- Bobrowska M, Liberska H. Polish adaptation of the Highly Sensitive Person Scale. *Przegląd Psychologiczny*. 2023; 66:113–127. <https://doi.org/10.31648/przegldpsychologiczny.10129>
- Booth C, Standage H, Fox E. Sensory-processing sensitivity moderates the association between childhood experiences and adult life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2015; 87: 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.020>
- Bordarie J, Aguerre C, Bolteau L. Validation and study of psychometric properties of a French version of the highly sensitive person scale (HSPS-FR). *European Review of Applied Psychology*. 2022; 72: 100781. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2022.100781>
- Brindle K, Moulding R, Bakker K, Nedeljkovic M. Is the relationship between sensory-processing sensitivity and negative affect mediated by emotional regulation? *Australian Journal of Psychology*. 2015; 67: 214–221. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12084>
- Caballo VE, Fernández AL, Salazar IC. Los trastornos de la personalidad ¿realidad o ficción? El sombrío futuro de su diagnóstico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2024; 32: 5–40. <https://doi.org/10.51668/bp.8324101s> (En Español)
- Caballo VE, Guillén JL, Salazar IC, Iruña MJ. Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del “Cuestionario exploratorio de personalidad-III” (CEPER-III). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2011; 19: 277–302. (En Español)
- Caballo VE, Salazar IC, Curtiss J, Araujo RB, Rossitto AM, Coello MF, et al. Aplicación internacional del programa “Intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS): I. Eficacia del tratamiento en pacientes con ansiedad social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2021; 29: 517–547. <https://doi.org/10.51668/bp.8321301s> (En Español)
- Caballo VE, Salazar IC, Equipo de Investigación CISO-A España. Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: El “Cuestionario

- de habilidades sociales” (CHASO). 2017; 25: 5–24. (En Español)
- Caballo VE, Salazar IC, Garrido L, Irtia MJ, Hofmann SH. Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): libro del terapeuta. Pirámide: Madrid. 2018. (En Español)
- Caballo VE, Salazar IC, Irtia MJ, Arias B, Hofmann SG, CISO-A Research Team. The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*. 2012; 43: 313–328. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.07.001>
- Chacón A, Pérez-Chacón M, Borda-Mas M, Avargues-Navarro ML, López-Jiménez AM. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Highly Sensitive Person Scale to the Adult Spanish Population (HSPS-S). *Psychology Research and Behavior Management*. 2021; 14: 1041–1052. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S321277>
- Cheng G, Zhang D, Ding F. Self-esteem and fear of negative evaluation as mediators between family socioeconomic status and social anxiety in Chinese emerging adults. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2015; 61: 569–576. <https://doi.org/10.1177/0020764014565405>
- Costa-López B, Ruiz-Robledillo N, Moreno O, Albaladejo-Blázquez N, Hernandez C, Baryła-Matejczuk M, et al. Sensory processing sensitivity as a predictor of health-related quality of life outcomes via stress and sleep quality. *Scientific Reports*. 2024; 14: 22707. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-72657-9>
- Counsell A, Furtado M, Iorio C, Anand L, Canzonieri A, Fine A, et al. Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry Research*. 2017; 252: 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.046>
- De Gucht V, Wilderjans TF, Garcia FK, Maes S. Dimensionality and validation of the Highly Sensitive Person Scale (HSPS) in a Dutch general population sample and two clinical samples. *Journal of Individual Differences*. 2023; 44: 205–213. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000394>
- Ershova RV, Yarmotz EV, Koryagina TM, Semeniak IV, Shlyakhta DA, Tarnow E. A psychometric evaluation of the highly sensitive person scale: The components of sensory-processing sensitivity. *Electronic Journal of General Medicine*. 2018; 15: em96. <https://doi.org/10.29333/ejgm/100634>
- Evans DE, Rothbart MK. Temperamental sensitivity: two constructs or one? *Personality and Individual Differences* 2008; 44: 108–118. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.07.016>
- Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual for the Eysenck Personality Inventory. Educational and Industrial Testing Service: San Diego, CA. 1968.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders). Masson: Barcelona. 1999.
- Fleming JS, Courtney BE. The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984; 46: 404–421. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.2.404>
- Fresco DM, Moore MT, van Dulmen MHM, Segal ZV, Ma SH, Teasdale JD, et al. Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*. 2007; 38: 234–246. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- Frost RO, Marten P, Lahart CM, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990; 14: 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- González MP, Bobes J, García M, Badía X, Luque A, Dal-Ré R. Assessing social phobia. The Spanish validation of the gold standard clinical scales: The LSAS and the SADS. *European Neuropsychopharmacology*. 1998; 8: 259–260. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(98\)80471-9](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(98)80471-9)
- Greven CU, Lionetti F, Booth C, Aron EN, Fox E, Schendan HE, et al. Sensory Processing Sensitivity in the context of Environmental Sensitivity: A critical review and development of research agenda. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2019; 98: 287–305. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.01.009>
- Grimen H, Diseth Å. Sensory Processing Sensitivity: Factors of the Highly Sensitive Person Scale and Their relationships to Personality and Subjective Health Complaints. *Perceptual and Motor Skills*. 2016; 123: 637–653. <https://doi.org/10.1177/0031512516666114>
- Hinrichsen H, Clark DM. Anticipatory processing in social anxiety: two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2003; 34: 205–218. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00050-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00050-8)
- Hofmann SG, Bitran S. Sensory-processing sensitivity in social anxiety disorder: relationship to harm avoidance and diagnostic subtypes. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007; 21: 944–954. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.12.003>
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science*. 1988; 240: 167–171. <https://doi.org/10.1126/science.3353713>
- Khosravani V, Ganji Z, Sharifi Bastan F, Samimi Ardestani SM, Amirinezhad A. Psychometric properties of the Highly Sensitive Person Scale and its relation to symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*. 2021; 40: 2725–2734. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00212-1>
- Kinnealey M, Fuiek M. The relationship between sensory defensiveness, anxiety, depression and perception of pain in adults. *Occupational Therapy International*. 1999; 6: 195–206. <https://doi.org/10.1002/oti.97>
- Konrad S, Herzberg PY. Psychometric properties and validation of a German Highly Sensitive Person Scale (HSPS-G). *European Journal of Psychological Assessment*. 2019; 35: 364–378. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000411>
- Liebowitz MR. Social phobia. *Modern Problems*



- in *Pharmacopsychiatry*. 1987; 22: 141–173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
- Lionetti F, Aron A, Aron EN, Burns GL, Jagiellowicz J, Pluess M. Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational Psychiatry*. 2018; 8: 24. <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0090-6>
- Lionetti F, Pastore M, Moscardino U, Nocentini A, Pluess K, Pluess M. Sensory processing sensitivity and its association with personality traits and affect: a meta-analysis. *Journal of Research in Personality*. 2019; 81: 138–152. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.013>
- Liss M, Mailloux J, Erchull MJ. The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2008; 45: 255–259. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.04.009>
- Listou Grimen H, Diseth Å. Sensory Processing Sensitivity: Factors of the Highly Sensitive Person Scale and Their relationships to Personality and Subjective Health Complaints. *Perceptual and Motor Skills*. 2016; 123: 637–653. <https://doi.org/10.1177/0031512516666114>
- May AK, Norris SA, Richter LM, Pitman MM. A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale in ethnically and culturally heterogeneous South African samples. *Current Psychology*. 2020; 41: 4760–4774. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00988-7>
- Meredith PJ, Bailey KJ, Strong J, Rappel G. Adult Attachment, Sensory Processing, and Distress in Healthy Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2016; 70: 7001250010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.017376>
- Meyer B, Ajchenbrenner M, Bowles DP. Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features. *Journal of Personality Disorders*. 2005; 19: 641–658. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.641>
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 1990; 28: 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Neal JA, Edelmann RJ, Glachan M. Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: is there a specific relationship with social phobia? *The British Journal of Clinical Psychology*. 2002; 41: 361–374. <https://doi.org/10.1348/014466502760387489>
- Nocentini A, Menesini E, Pluess M. The personality trait of environmental sensitivity predicts children's positive response to school-based antibullying intervention. *Clinical Psychological Science*. 2018; 6: 848–859. <https://doi.org/10.1177/2167702618782194>
- Nuevo R, Montorio I, Ruiz MA. Application of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) to elderly population. *Ansiedad y Estrés*. 2002; 8: 157–172. (En Español)
- Pfeiffer B, Kinnealey M. Treatment of sensory defensiveness in adults. *Occupational Therapy International*. 2003; 10: 175–184.
- Pluess M. Individual differences in environmental sensitivity. *Child Development Perspectives*. 2015; 9: 138–143. <https://doi.org/10.1111/cdep.12120>
- Pluess M, Belsky J. Differential susceptibility to parenting and quality child care. *Developmental Psychology*. 2010; 46: 379–390. <https://doi.org/10.1037/a0015203>
- Pluess M, Boniwell I. Sensory-processing sensitivity predicts treatment response to a school-based depression prevention program: evidence of vantage sensitivity. *Personality and Individual Differences*. 2015; 82: 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.011>
- Pluess M, Assary E, Lionetti F, Lester KJ, Krapohl E, Aron EN, et al. Environmental sensitivity in children: Development of the Highly Sensitive Child Scale and identification of sensitivity groups. *Developmental Psychology*. 2018; 54: 51–70. <https://doi.org/10.1037/dev0000406>
- Redfearn RA, van Ittersum KW, Stenmark CK. The impact of sensory processing sensitivity on stress and burnout in nurses. *International Journal of Stress Management*. 2020; 27: 370–379. <https://doi.org/10.1037/str0000158>
- Rinn AN, Mullet DR, Jett N, Nyikos T. Sensory processing sensitivity among high-ability individuals: a psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale. *Roeper Review*. 2018; 40: 166–175. <https://doi.org/10.1080/02783193.2018.1466840>
- Rocha-Nieto LM, González Gutiérrez JL, López López A. Highly Sensitive Person Scale: adaptation and validation in the Colombian population. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2025; 33: 37–56. (in press)
- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press: Princeton, NJ. 1965.
- Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*. 1995; 60: 141–156. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Salazar IC, Caballo VE, Arias VB, Curtiss J, Rossitto AM, Gómez Araujo RB, Herrera Puente JS, Coello MF, Gamarra O, Sanguino Andrés R, Hofmann SG, MISA Research Team. International application of the “Multidimensional Intervention for Social Anxiety” (MISA) program: II. Treatment effectiveness for social anxiety-related problems. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2022; 30: 19–49. <https://doi.org/10.51668/bp.8322102n>
- Salazar IC, Roldán GM, Garrido L, Ramos-Navas Parejo JM. Assertiveness and its relationship to emotional problems and burnout in healthcare workers. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2014; 22: 523–549. (En Español)
- Şengül-İnal G, Sümer N. Exploring the multidimensional structure of sensory processing sensitivity in Turkish samples. *Current Psychology*. 2017; 39: 194–206. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9751-0>
- Smith HL, Sriken J, Sherman M, Erford BT, Beck SK. Furthering the clinical and research utility of the Highly Sensitive Person Scale: cluster analysis of gender differences and risks for depression and anxiety. *Jour-*

- nal of Mental Health Counseling. 2022; 44: 245–265. <https://doi.org/10.17744/mehc.44.3.04>
- Smolewska KA, McCabe SB, Woody EZ. A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: the components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and 'Big Five'. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40: 1269–1279. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.09.022>
- Sobocko K, Zelenski JM. Trait sensory-processing sensitivity and subjective well-being: distinctive associations for different aspects of sensitivity. *Personality and Individual Differences*. 2015; 83: 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.045>
- Stefan Lindsay J. The highly sensitive teacher: Sensory-processing sensitivity, burnout, and self-efficacy in urban public school teachers [doctoral dissertation]. UCLA: CA. 2017.
- Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueira I, Athayde LD, Gonçalves MDS, et al. Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. *Revista Brasileira De Psiquiatria*. 2006; 28: 265–269.
- Wolf M, van Doorn GS, Weissing FJ. Evolutionary emergence of responsive and unresponsive personalities. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2008; 105: 15825–15830. <https://doi.org/10.1073/pnas.0805473105>
- World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment (Field trial version). World Health Organization: Ginebra. 1996.
- Wu X, Zhang R, Li X, Feng T, Yan N. The moderating role of sensory processing sensitivity in the link between stress and depression: A VBM study. *Neuropsychologia*. 2021; 150: 107704. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2020.107704>
- Yano K, Kase T, Oishi K. The associations between sensory processing sensitivity and the Big Five personality traits in a Japanese sample. *Journal of Individual Differences*. 2021; 42: 84–90. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000332>