



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de psicología

# La fobia social, un acercamiento psicológico desde el enfoque cognitivo-conductual

---

Rafael Safir  
Montevideo  
30/07/2014

Tutora: Gabriela Prieto Loureiro

# Índice

---

<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>DELIMITACIÓN ACTUAL DEL CONSTRUCTO FOBIA SOCIAL</b> .....	4
<b>DESARROLLO HISTORICO</b> .....	4
<b>SUBTIPOS</b> .....	11
<b>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</b> .....	13
Con trastornos del eje I.....	13
Agorafobia con o sin trastornos de pánico.....	13
Trastorno de ansiedad generalizada.....	13
Episodio depresivo mayor.....	14
Con trastornos del eje II.....	14
Trastorno de personalidad por evitación.....	14
Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.....	15
Trastorno esquizoide de la personalidad.....	15
<b>ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS</b> .....	15
Prevalencia.....	15
Variables demográficas.....	17
Edad de inicio.....	17
Género.....	17
Estado civil y niveles socioeconómico y educativo.....	18
Comorbilidad.....	18
<b>TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LA FOBIA SOCIAL</b> .....	20
<b>MODELO DE CONDICIONAMIENTO CLASICO, APRENDIZAJE</b> <b>OBSERVACIONAL Y TRASMISION DE INFORMACION</b> .....	20
<b>MODELOS COGNITIVOS</b> .....	21
Modelo de Clark y Wells (1995).....	21
Modelo de Moscovitch (2009).....	23
Modelo cognitivo-conductual de Olivares y Caballo (2003).....	23

<b>TRAMIENTOS PSICOLOGICOS</b> .....	27
ENTRENAMIENTO EN RELAJACION.....	28
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....	29
EXPOSICION.....	30
REESTRUCTURACION COGNITIVA.....	31
ENTRENAMIENTO EN FOCOS ATENCIONALES.....	32
TRATAMIENTOS COGNITIVOS –CONDUCTUALES.....	33
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	35

## RESUMEN:

La fobia social, es un trastorno de ansiedad que ha cobrado gran interés por parte de la comunidad científica en el último cuarto de siglo, luego de ser catalogado por Liebowitz y Cols., en 1985, como el “trastorno de ansiedad olvidado”. Esto ha permitido importantes avances en cuanto a la comprensión y conciencia del impacto que genera en la vida de las personas que lo presentan, en las diferentes etapas vitales en las que se manifiesta, emprendiendo así el desarrollo de técnicas y tratamientos que han resultado eficaces en la prevención y/reducción del mismo.

El presente trabajo procura dar cuenta de las características esenciales que conforman la actual conceptualización que la nosología psiquiátrica sostiene, y los aspectos psicológicos que la teoría cognitivo-conductual, posee en relación al trastorno abordado.

Para ello se proponen tres secciones: por un lado, se exponen las características que han ido conformando, y que hoy constituyen el constructo de fobia social, por otro lado, se muestran los modelos y teorías explicativas de dicho trastorno, y por último una sección que desarrolle las técnicas y tratamientos más estudiados y con mayor respaldo empírico en la actualidad.

Se considera que el contenido de dichas secciones, logra reflejar los aspectos centrales que la literatura existente mantiene en relación a tan prevalente e incapacitante trastorno.

# INTRODUCCIÓN

---

El presente trabajo, tiene por objetivo exponer las principales líneas explicativas, que desde la teoría cognitiva-conductual se han abordado en relación a la comprensión, diagnóstico y tratamiento psicológico de la fobia social, teniendo en cuenta datos epidemiológicos relativos tanto a población adulta como infanto-juvenil.

El trastorno abordado, se caracteriza, por la “presencia de ansiedad clínicamente significativa, como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación” (APA, 2002, p.477), y se clasifica dentro de los trastornos de ansiedad, siendo éstos los trastornos psiquiátricos más frecuentes (Kessler, McGanable, Zhao, Nelson, Hughes, Eshelman, Wittchen y Kendler, 1994; citados por Pérez-Lizeretti, 2009).

A su vez, se encuentra actualmente caracterizado como el tercer trastorno psicológico más frecuente en las sociedades occidentales, precedido por la depresión y el consumo de alcohol (Amerigen, Mancini y Farvolden, 2003; Ruscio, Brown, Chiu, Sareen, Stein y Kessler, 2008; citados por García, 2013).

En el mismo sentido, estudios como los de Fair-brother (2002), y Stein y Kean (2000), consideran el trastorno de ansiedad social como uno de los más frecuentes tanto en población clínica como comunitaria (Amorós-Boix, Alcázar y Olivares, 2011).

A pesar de que el aumento en el interés por estudiarlo ha sido cada vez mayor en el último cuarto de siglo, la fobia social fue descrita por Liebowitz y Cols., en 1985, como el trastorno de ansiedad más olvidado (Caballo y Mateos, 2000).

La mayor cantidad de estudios e investigaciones han tenido por objetivo las manifestaciones del trastorno en la edad adulta, pese a lo cual, en los últimos años ha ido en aumento el interés por estudiarlas en niños y adolescentes (v.gr Rodríguez, Alcázar y Olivares, 2006; Rodríguez; Alcázar y Rodríguez, 2005; Piqueras 2005; y Olivares, 2009).

Los estudios epidemiológicos, han revelado que el trastorno de ansiedad social, es altamente prevalente en población infantil y juvenil, llegando a ser considerado por autores como Albano y Detweiler (2001), como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta etapa vital (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés,

2008). Etapa en la cual, los niños y jóvenes son constantemente evaluados por su grupo de iguales, intentando responder de la manera que es esperada y convenida socialmente (Rodríguez y Caballo, 2003), el no hacerlo, produce muchas veces una infravaloración personal en el auto-concepto social y en la autoestima, posiblemente con graves consecuencias para su desarrollo (Arándiga, Rodríguez y Alcázar, 2007).

En la misma línea, existen estudios que indican que muchos adolescentes con ansiedad social, presentan mayor probabilidad de considerarse peores estudiantes (auto-concepto académico general), y de percibirse menos atractivos y atléticos que los que no presentan el trastorno (Delgado, Inglés y García-Fernández, 2013).

Se considera relevante destacar, que los síntomas típicos del trastorno de fobia social, suelen ser interpretados por las personas que lo padecen y también por sus familiares, como manifestaciones de una timidez extrema, lo que genera un problema, ya que al considerarse la persona simplemente como “muy tímido”, no acuden a tratamiento (Cervera, Roca, Bobes, 1998; citados por Cano Vindel, Pellejero, Ferrer, Iruarrizaga, y Zuazo 2001).

En el estudio de adolescentes, Strauss y Francis (1989), desde el ámbito clínico, indican que “alrededor del 9% de los adolescentes que acudían a consulta recibían un diagnóstico de fobia social” (Piqueras, 2005, p. 69).

Datos más actuales, y teniendo en cuenta también a la población adulta, no contradicen la gran prevalencia de los porcentajes expuestos, por ejemplo Furmark, Tillfors, Marteindottir, Fisher y Pissioti, (2002); Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, (2005); y Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby y Sallee (2007), informan que “entre el 7% y el 13% de la población en las sociedades occidentales cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico de fobia social en algún momento de sus vidas”(García, 2013, p. 13).

En cuanto al efecto o impacto que el trastorno genera, es posible afirmar, que la ansiedad social interfiere significativamente y en numerosas áreas de la vida cotidiana (laboral, social, educativa, familiar), lo que conlleva una reducción muy importante en la calidad de vida de los sujetos que la padecen (Rodríguez, Caballo, García-López, Alcázar y López-Gollonet (2003).

Los datos expuestos anteriormente, así como los revelados por diversos estudios epidemiológicos, ponen de manifiesto que la fobia social posee una gran incidencia en la población, de singular gravedad, y por tanto conlleva una importante relevancia clínica (Carretero, Feixas, Pellungrini, y Saúl, 2001), por tanto, se constituye como un problema de salud pública relevante (Olivares, 2009).

Para la exposición de éste incapacitante trastorno, se propone inicialmente una sección referida a la delimitación actual del constructo de fobia social, en el que se procura establecer un primer acercamiento al trastorno tratado, exponiendo su desarrollo histórico y

su inscripción dentro de los trastornos de ansiedad, los subtipos que la nosología psiquiátrica establece, los diagnósticos diferenciales con trastornos del eje I y II, así como los estudios e investigaciones que reflejan los datos epidemiológicos existentes.

A su vez, en una segunda parte, se desarrollan sintéticamente los modelos y propuestas psicológicas explicativas de la fobia social, que se consideran de mayor influencia teórica. De ésta manera, dicho capítulo ofrece (de una manera relativamente integradora, aunque por supuesto no pormenorizada), una respuesta posible a la pregunta: ¿qué es la fobia social?, o, más concretamente, se intenta establecer la perspectiva psicológica desde la cual el trastorno es entendido desde el enfoque cognitivo-conductual, siendo éste uno de muchos posibles.

Finalmente, se presenta un tercer capítulo destinado a los tratamientos existentes, dentro de los cuales se expondrán únicamente los psicológicos (teniendo en cuenta que los modos de intervención actuales son numerosos, indicándose muchas veces tratamientos simultáneos a los que se presentan aquí, como los tratamientos farmacológicos, entre otros). Se desarrollarán, por tanto, las principales técnicas y modalidades clásicas de intervención clínica, los resultados que se consideran relevantes en función de los estudios experimentales consultados, así como las combinaciones de técnicas que los estudios meta-analíticos revelan como más eficaces para formar parte de las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales para la fobia social.

# DELIMITACIÓN ACTUAL DEL CONSTRUCTO FOBIA SOCIAL

---

## DESARROLLO HISTÓRICO

A pesar de que la fobia social, o trastorno de ansiedad social, no fue incluida en la nomenclatura diagnóstica, sino hacia finales del siglo XX, existen textos antiguos que abren la posibilidad de pensar en ciertos casos que pudieron haberlo presentado (García-López, 2000). Por ejemplo, Robert Burton (1845, p. 253), recoge en una obra llamada “La anatomía de la Melancolía”, un caso de un paciente de Hipócrates, quien lo describe de la siguiente manera:

[Se trata de] más que una timidez, suspicacia o temerosidad. No se atreve a estar con otras personas por el miedo a que va a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla, y teme que va a ser deshonrado ante los demás. Piensa que cada persona le observa. (Citado por Piqueras, 2005, p. 6)

En el mismo sentido, Greist (1995), establece que “algo similar parecía ocurrir con Demóstenes, el gran orador griego, del que se dice que caminaba por la playa con pequeñas piedras en su boca para perfeccionar su dicción y así evitar equivocarse cuando tenía que hablar en público” (García, 2013, p. 22).

Ya a comienzos del siglo XX en Europa, Janet (1903), acuña el término “phobie des situations sociales” para describir a personas que temían hablar en público, tocar el piano, o escribir mientras eran observados (García-López, 2000).

Con excepción de algunos estudios y publicaciones en las primeras décadas del siglo, como por ejemplo Hantenberg en 1910 (reeditado en 1921), quien describió casos que refieren a ansiedad social bajo el genérico término de “timidez”, o también en la literatura alemana e inglesa con la aparición de descripciones puntuales (García, 2013), no es hasta 1966 que Marks y Gelder presentan la primera delimitación del trastorno en la nosología psicológica como trastorno de ansiedad diferenciada (Bobes, Bascarán, Bousoño, García y Saiz, 2003). Dichos autores, diferenciaron cuatro tipos de fobias, siendo éstos la fobia a los animales, la fobia específica, la agorafobia y la fobia social, ésta última entendida como un “miedo ante situaciones sociales, expresado por timidez, miedo a ruborizarse en público, a comer en



restaurantes, a encontrarse con hombres o mujeres, a ir a fiestas o bailes, o bien a temblar cuando se es el centro de atención” (p. 218; citado por Piqueras, 2005, p. 18).

A pesar de los datos que sugerían la existencia del trastorno como entidad específica mucho tiempo antes, las primeras dos ediciones del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-I, DSM-II; APA, 1952, 1968), agrupaban a todas las fobias en una misma categoría, de acuerdo con los postulados psicoanalíticos (García-López, 2000).

Una mayor concreción de las características de la fobia social, fue presentada por Nichols (1974), quien indicó que se caracterizaba por:

...una sensibilidad a la desaprobación, la crítica, una baja auto-evaluación, unas reglas rígidas acerca de cómo comportarse, ansiedad anticipatoria, una sensibilidad elevada ante el hecho de ser observado o evaluado por parte de los demás así como una interpretación desmesurada hacia el feedback sensorial relacionado con situaciones que pueden resultar embarazosas. (García-López, 2000, p. 6-7)

Es recién en la tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980), donde se reconoce la fobia social con sus criterios específicos, caracterizando la misma “como un miedo excesivo e irracional a la observación o al escrutinio por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar aseos públicos” (véase tabla N°1). El lapso transcurrido hasta que la comunidad científica adoptó dichos criterios para la delimitación de la fobia social, hizo que el trastorno fuese denominado por Leibowitz y Cols. (1985), en una revisión de la literatura existente en ese momento, como el “trastorno de ansiedad olvidado” (Bobes et al., 2003).

---

### **Tabla N°1: Criterios del DSM-III para el diagnóstico de Fobia Social**

**A.** Miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar la situación en la cual el individuo se ve expuesto a la posible observación de los demás, con el temor de que pueda actuar de tal manera que resulte humillante o embarazoso.

**B.** Malestar significativo debido a la alteración y reconocimiento por parte del individuo de que su temor es excesivo o irracional.

**C.** Todo ello no es debido a otra alteración mental como, por ejemplo, la depresión mayor o un trastorno de personalidad por evitación.

Se considera relevante tener en cuenta que de acuerdo a lo establecido en el DSM-III, los sujetos que cumplían con los criterios para la fobia social, no podían además presentar un diagnóstico de Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE), relacionándose ésta, más con el miedo a las relaciones interpersonales, que a la humillación y a sentirse avergonzado frente a otros (Piqueras, 2005). Por otro lado, el TPE debía conllevar una “incapacitación significativa en el funcionamiento social o laboral”, mientras que en la fobia social no se incluía un significativo deterioro socio-laboral (García, 2013).

El interés por estudiar los aspectos relativos al trastorno, no fue mayoritario hasta la publicación, en 1987, de la tercera edición revisada del DSM-III (DSM-III-R; APA, 1987), edición que marca un punto de inflexión, tras el cual el número de trabajos sobre el tema crece exponencialmente (Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995; citados por García-López, 2000).

Teniendo en cuenta que la evidencia científica mostró que un gran número de sujetos que presentaban fobia social, evidenciaban temor hacia más de una situación social (Hazen y Stein, 1995), el DSM-III-R (APA, 1987) introdujo el subtipo generalizado, para referirse a personas que tenían a la mayoría de situaciones sociales, y también se introduce el criterio de interferencia socio-laboral (véase tabla N°2), permitiendo además, el diagnóstico conjunto de fobia social con el de Trastorno de Personalidad por Evitación (Piqueras, 2005).

---

### **Tabla N°2: Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de Fobia Social**

**A.** Miedo persistente a una o más situaciones (situaciones sociales fóbicas) en las que el individuo se expone a ser observado por los demás y teme que pueda hacer alguna cosa o actuar de tal manera que pueda resultar humillante o embarazoso para él. Entre los ejemplos se incluye el miedo a no poder hablar en público, el temor de atragantarse cuando se come frente a otros, de ser incapaz de orinar en un urinario público, de temblar cuando se escribe en presencia de los demás y de decir cosas sin sentido o no ser capaz de contestar correctamente a las diversas cuestiones.

**B.** Cuando coexiste otro trastorno del eje III o del eje 1, el miedo correspondiente al párrafo A es totalmente independiente de esta última alteración. Por ejemplo, el miedo no es debido a tener una crisis de angustia (trastorno por angustia), a tartamudear (tartamudeo), a temblar (enfermedad de Parkinson) o a manifestar una conducta alimentaria anormal (anorexia nerviosa o bulimia).

**C.** Durante algunas de las fases del trastorno la exposición a los estímulos fóbicos específicos provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata.

---

## **Tabla N°2: Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de Fobia Social (Continuación)**

**D.** Las situaciones fóbicas se evitan o bien se resisten con gran ansiedad.

**E.** La conducta de evitación interfiere la actividad profesional, las actividades sociales habituales y las relaciones con los demás, o bien produce un intenso malestar en relación con el miedo.

**F.** El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable.

**G.** Cuando el individuo tiene menos de 18 años, el trastorno no cumple los criterios de trastorno por evitación en la infancia o la adolescencia.

---

Especifíquese Tipo Generalizado cuando la situación fóbica incluya la mayor parte de situaciones sociales y considérese también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

---

Una aspecto importante apreciar en este punto, es que las ediciones anteriores del DSM estaban basadas sobre todo en el juicio de investigadores, psicólogos y psiquiatras de experiencia en el ámbito clínico, sin embargo, para la redacción del DSM-IV (el grupo de consenso), también se tuvieron en cuenta estudios experimentales (Piqueras, 2005). Dicho grupo observó que existían determinadas cuestiones que quedaban confusas o sin aclarar, como por ejemplo, la frase “la mayoría de las situaciones sociales” que refiere al subtipo generalizado, resulta ambigua, y por otro lado la validez de los subtipos está basada en diferencias de carácter puramente cuantitativo (García, 2013).

A pesar de lo anterior, el grupo de consenso no logró unificar criterios para resolver dichas cuestiones, por lo que se optó por mantener en el DSM-IV (APA, 1994), los criterios del DSM-III-R (APA, 1987), siendo los cambios más de redacción que de contenido (véase tabla N°3); con respecto a la edición revisada del DSM-IV (DSM-IV-TR; APA, 2000), no se realizó ninguna modificación (Piqueras, 2005).

---

### **Tabla N°3: Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Fobia Social**

**A.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

**B.** La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

**C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

**D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

**G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

---

### **Tabla N°3: Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Fobia Social (Continuación)**

**H.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p.ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si: Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación).

---

Se cree necesario establecer también los criterios diagnósticos de la fobia social en el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), no sin antes resaltar que mientras en la nomenclatura del DSM, es recién en 1980 cuando el trastorno adquiere categoría diagnóstica independiente, la CIE-10 no lo hace sino hasta el año 1992 (véase tabla N° 4); ya que anteriormente (CIE-9 y DSM-II) solo se establecían globalmente como trastornos fóbicos (García, 2013).

Ambos manuales concuerdan en la característica central del trastorno refiere al miedo de ser observado o evaluado por otras personas, y la expectativa de juicios negativos o humillantes, pero también se pueden establecer diferencias entre ellos (Jiménez, Sáiz, Bascarán e Iglesias, 1999), como por ejemplo la inclusión en el DSM-IV de un criterio relativo a la interferencia en la vida cotidiana del sujeto, y un malestar clínicamente significativo, sin que el CIE-10 haga mención de dichos aspectos (Piqueras, 2005). También existen diferencias en cuanto al grado de detalle y descripción de determinados aspectos en uno y en otro, a pesar de lo cual los autores mencionados señalan que dichas discrepancias “más que enfrentar a los dos sistemas de clasificación, hacen que se complementen a la hora de realizar un diagnóstico clínico del trastorno por ansiedad social” (p. 31; citado por García, 2013, p. 29).

Bados (2009) agrega, sin embargo, que la concordancia entre ambos sistemas es solo moderado, argumentando que en un estudio llevado a cabo por Andrews, Slade, y Peters (1999), solamente el 66% de sujetos con un diagnóstico positivo según uno de los manuales, tuvo un diagnóstico positivo en ambos.

---

#### **Tabla N°4: Criterios del CIE-10 para el diagnóstico de Fobia Social**

---

- A.** Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes)
- B.** Ese temor puede ser discreto (comer en público, hablar en público, interacciones con personas del sexo opuesto) o difuso (abarca casi todas las situaciones fuera del círculo familiar)
- C.** Suele asociarse con una baja autoestima y con miedo a la crítica.
- D.** Las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras son manifestaciones principales de la ansiedad y no secundarias a otros trastornos (ideas delirantes u obsesivas).
- E.** La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- F.** La situación fóbica se evita siempre que ello es posible.
- G.** Si la diferenciación entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil hay que dar preferencia a la agorafobia. No debe realizarse un diagnóstico de depresión a menos que pueda identificarse claramente un episodio depresivo completo.

Se puede concluir que a pesar de las modificaciones que el constructo de fobia social ha sufrido a lo largo de las clasificaciones mencionadas y sus posteriores ediciones, se ha mantenido su característica central, a saber: el miedo o temor a ser enjuiciado negativamente por parte de otras personas en situaciones sociales.

## SUBTIPOS

Como se mencionaba anteriormente, es en la tercera edición revisada del DSM (DSM-III-R; APA, 1987), donde se incluye la figura del subtipo generalizado de la fobia social, no sin generar grandes controversias, a raíz, fundamentalmente, de la poca operatividad y delimitación que ofrece la expresión “la mayoría de las situaciones sociales”, como criterio central de dicho diagnóstico (García-López, 2000).

A pesar de que se trabajó sobre distintas alternativas para los subtipos generalizado y específico (también llamado no-generalizado, circunscrito, o limitado), el grupo consenso optó por mantener la misma estructura del DSM-III-R (APA, 1987), para el DSM-IV (APA, 1994), debido a que éste último estaba ya en su etapa de finalización, y la evidencia empírica existente no ameritaba la realización de un cambio (García, 2013).

Hazen y Stein (1995), recuerdan a este respecto, que la decisión mencionada impidió disponer de una delimitación más operativa, con lo que se dificultan entre otras cosas, la investigación acerca de la eficacia de las técnicas en relación al subtipo de fobia social que el sujeto presente (Piqueras, 2005).

Han sido varios los autores que han incursionado en la tarea de estudiar distintas opciones, que permitan más operatividad a la hora de delimitar los subtipos de la fobia social, especialmente el subtipo generalizado.

Quizá el punto que ha generado más debate, refiere al hecho de que por un lado existen autores que realizan la división de los subtipos siguiendo una orientación cuantitativa, como por ejemplo Mannuzza, Shneier, Chapman, Liebowitz, Klein y Fier (1995), quienes distinguen entre fobia social generalizada y específica aludiendo solamente a la cantidad de situaciones temidas, y por otro lado existen autores que plantean una orientación de carácter cualitativo, como por ejemplo Turner, Beidel y Townsley (1992), quienes designaron como fobia social generalizada, cuando se teme por lo menos a una “situación de interacción social”, como mantener una conversación o asistir a una fiesta, aplicando la denominación de fobia social específica cuando se teme sólo a “situaciones sociales de actuación”, como hablar, comer o escribir en público (Zubeidat, Sierra y Fernández-Parra, 2007).

Existen también, dos propuestas de subdivisión, que han generado gran número de investigaciones: por un lado Turner y Cols., (1992), toman como criterio, la frecuencia de ocurrencia de las situaciones temidas, proponiendo como fobia social generalizada, cuando se temen situaciones frecuentes en su ocurrencia (como asistir a fiestas o mantener conversaciones), y fobia social específica cuando se temen situaciones de menos frecuencia (como hablar en reuniones, comer, o escribir en público); por otra parte,

Heimberg y Cols., proponen tres subtipos: a) fobia social específica, cuando existe ansiedad ante un número limitado de situaciones concretas, b) fobia social no generalizada, cuando se temen y evitan muchas situaciones y en contextos diferentes, pero se conserva un funcionamiento adecuado en algunas de dichas áreas, y c) fobia social generalizada, cuando se temen y evitan todas las situaciones sociales (Rodríguez, Rodríguez y Alcázar, 2006).

Más cerca en el tiempo, también se han propuesto clasificaciones que combinan criterios, como por ejemplo Olivares, Rosa y García-López (2004), agrupando a los sujetos de acuerdo al número y a la naturaleza de las situaciones temidas. Mientras que la cantidad de situaciones, permite distinguir cuatro categorías: ansiedad social específica, leve, moderada, y gravemente generalizada, la naturaleza de las mismas distingue dos tipos: las primeras no requieren una relación de carácter físico con otros, y las segundas lo conllevan como condición necesaria (Zubeidat et al., 2007).

Resulta interesante también tener en cuenta, que en relación a la etapa evolutiva, Sandín (1997) afirma que la distinción entre los subtipos de ansiedad social, ha sido muy poco estudiada en población infanto-juvenil, sin embargo existen resultados que expresan que entre los niños y adolescentes, predomina el miedo a múltiples situaciones, siendo las relacionadas a hablar en público las que más se destacan (Zubeidat et al., 2007).

A modo de resumen, se puede establecer que existen aún hoy discrepancias con respecto a los modos de concebir los criterios para los subtipos de fobia social. Mientras autores como Hofmann (2000), proponen (en base a criterios cuantitativos), que existe un continuo, en función de la gravedad del trastorno, que va desde el subtipo específico, pasando por la fobia social generalizada, hasta es subtipo generalizado más el trastorno de personalidad por evitación, otros autores argumentan que el número de las situaciones no es la base de la diferenciación de los subtipos (Zubeidat et al., 2007), al argumentar que la fobia social generalizada, y la fobia social específica, “constituyen trastornos diferentes en su génesis, que presenten diferencias en el pronóstico y requieren distintos tratamientos” (García-López, 2000, p. 18). Es en este sentido que “las preguntas actuales se dirigen hacia una distinción más sólida de los dos subtipos de ansiedad social. Concretamente, [se pregunta Hofmann (2000)]: ¿están estos subtipos mejor conceptualizados como variantes del mismo trastorno o constituyen distintas taxonomías con características fenotípicas similares?” (Zubeidat, Fernández-Parra y Sierra, 2006, p. 157).



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La fobia social, se presenta regularmente asociada a otros trastornos, como pueden ser la depresión, el abuso de sustancias como el alcohol, y también a otros trastornos de ansiedad (Cía, 2002), de hecho, se estima que entre el 70% y el 80% de las personas que presentan fobia social, también cumplen los criterios diagnósticos para presentar, al menos, otro trastorno psiquiátrico (Lecrubier y Weiller, 1997; Merikangas y Angst, 1995; Schneier et al., 1992; citados por Olivares Rodríguez, 2003). Dada su alta tasa de comorbilidad, es importante establecer el diagnóstico diferencial con otros trastornos del eje I y II.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS DEL EJE I

#### *Agorafobia con o sin trastorno de pánico.*

Heckelman y Schneier (1995) sostienen que si bien los sujetos que presentan trastorno de agorafobia con o sin trastorno de pánico, y los que presentan fobia social, muestran miedo y evitación a las situaciones sociales (lo que puede dar lugar a confusión), el origen de ese temor es diferente (Piqueras, 2005).

La fobia social y la agorafobia difieren fundamentalmente en dos aspectos, por un lado en la naturaleza de las conductas de evitación, y por otro lado en el contenido de las cogniciones de ansiedad (Odriozola e Irizar, 1991).

De ésta manera, según García-López (2000), mientras que los agorafóbicos tienen miedo a experimentar un ataque de pánico, o a perder el control ante situaciones sociales en las que les puede resultar difícil o incluso imposible escapar, en los sujetos con fobia social, el aspecto central es el miedo a ser observado y evaluado negativamente en dichas situaciones.

#### *Trastorno de ansiedad generalizada.*

Las personas con fobia social, como se establece en el párrafo anterior, temen fundamentalmente a la evaluación negativa por parte de otros en situaciones sociales, en el caso de las personas que presentan un trastorno de ansiedad generalizada, el temor irracional se manifiesta ante un número mucho mayor de situaciones, como por ejemplo el dinero, la salud, los estudios, la familia o las relaciones interpersonales (García, 2013). Dicho autor, citando a Brawman-Mintzer et al., (1993), recuerda que un gran número de sujetos con trastorno de ansiedad generalizada, también presentan fobia social, ya que una

de las situaciones que se evalúan para el diagnóstico del primero, está relacionada con la interacción interpersonal, aspecto de gran relevancia para el diagnóstico del segundo.

### *Episodio depresivo mayor*

También en el caso del episodio depresivo mayor, al igual que en la fobia social, existe una ansiedad ante situaciones sociales, y una evitación de las mismas, la diferencia radica fundamentalmente en las causas que motivan dichas respuestas de ansiedad; la evitación social en el episodio depresivo mayor, está referida sobre todo a una falta de energía o anhedonia, mientras que los sujetos con fobia social expresan que si fueran capaces de preocuparse menos por la evaluación de los demás, podrían disfrutar de su compañía (Piqueras, 2005).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS DEL EJE II

### *Trastorno de personalidad por evitación.*

Como se mencionaba anteriormente, en el apartado correspondiente a los criterios diagnósticos de la fobia social, una modificación relevante en este punto, se implanta con la inclusión en el DSM-III-R (APA, 1987), de la posibilidad de un diagnóstico conjunto de fobia social con el de trastorno de personalidad por evitación.

Hasta la fecha, no son claras las relaciones entre ambos trastornos, debido al alto grado de solapamiento que existe en función de los criterios diagnósticos desde el DSM-III-R en adelante (García, 2013).

A este respecto, la edición revisada del DSM-IV (DSM-IV-TR; APA, 2000), establece lo siguiente:

El trastorno de la personalidad por evitación comparte una serie de características con la fobia social, pudiendo casi equipararse a la fobia social generalizada. El trastorno de la personalidad por evitación puede ser una variante más grave de la fobia social generalizada, no difiriendo de ella desde el punto de vista cualitativo. Por lo tanto, en los individuos con una fobia social generalizada siempre debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación. (p. 508)

De acuerdo a García-López (2000), “mientras el DSM-IV establece diferencias cualitativas entre ambos trastornos (incluyéndolos en ejes diferentes), diversos trabajos sugieren sólo la existencia de diferencias cuantitativas” (p. 26).

### *Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.*

Existen estudios cuyos resultados arrojan una alta comorbilidad entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y la fobia social, más concretamente, alrededor del 13% de las personas con fobia social lo presentan también (Turner et al., 1992); otros estudios más recientes con población adolescente (Olivares, Piqueras y López-Pina, 2005; Ramos, Olivares, Piqueras y Rosa, 2002), han arrojado datos que rondan el 45% (García, 2013).

Sin embargo, a pesar de que el perfeccionismo y una excesiva preocupación por la propia conducta, está presente en ambas patologías, los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad atribuyen el eventual fracaso de la situación social, a los demás, o a las condiciones ambientales, mientras que los sujetos con fobia social, atribuyen dicho fracaso siempre a sí mismos (Piqueras, 2005).

### *Trastorno esquizoide de la personalidad.*

El trastorno de ansiedad tratado y el trastorno de la personalidad esquizoide, comparten la característica de presentar escasas relaciones sociales, pero la diferencia fundamental entre ambos, según lo establece el DSM-IV-TR (APA, 2000), reside en que en el mencionado trastorno de la personalidad, no existe un interés por relacionarse con otros, mientras que dicho interés sí es manifestado por individuos con fobia social.

## ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

### PREVALENCIA

Para abordar el presente apartado, es necesario recordar que la delimitación de lo que es entendido como fobia social en el ámbito psicológico y psiquiátrico, no ha sido la misma a través del tiempo, por lo que la evaluación de su prevalencia debe comprenderse en función de los cambios, fundamentalmente en relación a los criterios diagnósticos, que se han ido manejando por parte de la comunidad científica.

En primer lugar, existen dos trabajos publicados con anterioridad al reconocimiento del trastorno de ansiedad social como entidad diagnóstica, que resultan interesantes. En 1974, Bryant y Trower establecieron, en un estudio con población universitaria, que el 10% presentaba grandes dificultades o evitaban situaciones que requirieran interacción social; por otro lado, tres años más tarde, Zimbardo (1977) realizó un estudio también con sujetos universitarios, en el que mostró que el 42% de los estudiantes, se describían como tímidos (Olivares-Rodríguez et al., 2003).

Para el estudio de datos, tomando ya como referencia la tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980), y por tanto la inclusión diagnóstica de la fobia social, se utilizó fundamentalmente una entrevista estructurada, llamada Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981), diseñada para que su administración no requiriese experiencia clínica por parte de los investigadores (Olivares-Rodríguez et al., 2003). La Epidemiological Catchment Area Survey (ECA; Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz y Weissman, 1992), es un estudio de gran tamaño muestral realizado que se realizó en cuatro regiones de Estados Unidos, reveló una prevalencia del 2,4%; estudios realizados en otros países americanos, indicaron un porcentaje inferior, en torno al 1.6% en Puerto Rico (Canino et al., 1987), y en torno al 1.7% en Canadá (Bland, Orn y Newman, 1988; citados por García-López, 2000).

En cuanto a países europeos, tasas de prevalencia fueron del 0.99% en Italia (Faravelli, Innocenti y Giardinelli, 1989) y del 2.5% en Alemania (Wittchen, Essau, Zerssen, Krieg y Zaudig, 1991). En Nueva Zelanda, la tasa revelada fue del 3% (Wells, Bushnell, Hornblow, Joyce y Oakley-Browne, 1989; citados por Piqueras, 2005).

En este punto es importante agregar que en relación al DIS como instrumento diagnóstico, hay que tener en cuenta que se han observado importantes limitaciones, ya que la sección referida a la fobia social, no coincidía completamente con la definición del DSM-III, a pesar de lo cual otros estudios concordantes con dichos criterios, obtuvieron tasas de prevalencia similares (Olivares-Rodríguez et al., 2003).

Las investigaciones basadas en los criterios DSM-III-R (APA, 1987), en el que se incluyó el subtipo generalizado, revelaron una prevalencia del 11,5% en población estadounidense con gemelas (Kendler et al., 1992); otros estudios europeos revelaron un porcentaje del 7,8 en Holanda (Bijl, Ravelli y Van Zessen, 1998) y 4,0% en Italia (Faravelli, Zucchi, Vivani, Salmoria y Perone, 2000); por otro lado un estudio que empleó una muestra estratificada en Canadá, DeWitt, MacDonald y Offord (1999) establecieron una prevalencia del 12.7% (citados por García, 2013).

En relación con los estudios realizados en función de los criterios DSM-IV (APA, 1994), los trabajos de Stein, Walker y Forde (1996), permiten deducir una prevalencia del 5,2% de fobia social generalizada, y un 10% de miedo severo a hablar en público; en Europa, Furmark, Tillfors, Everz, Marteinsdottir, Gefvert y Fredrikson (1999) en un estudio realizado en Suecia y Pélissolo, André, Moutard-Martin, Wittchen y Lépine (2000) en Francia, han encontrado tasas de prevalencia del 15,6% y 7,3% respectivamente (citados por Olivares-Rodríguez, 2003).

Concluyendo, se puede establecer que como se mencionó anteriormente, los trastornos de ansiedad, dentro de los que se encuentra la fobia social, son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, (Kessler, McGanable, Zhao, Nelson, Hughes, Eshelman, Wittchen y

Kendler, 1994; citados por Pérez-Lizeretti, 2009), lo que se ve reflejado en los datos expuestos en el texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, según el cual, “los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13%” (DSM-IV-TR; APA, 2000p. 505).

## VARIABLES DEMOGRÁFICAS

### *Edad de inicio.*

La mayoría de los estudios epidemiológicos sitúan la edad de media de inicio, entre los 14 y los 16 años, y se considera muy poco frecuente que el trastorno comience luego de los 25 años (Olivares-Rodríguez et al., 2003); lo que genera graves consecuencias en el proceso de adaptación (Rodríguez et al., 2005).

En este sentido, García (2013) expone los datos obtenidos por diversos estudios, por ejemplo Schneier et al., (1992), quien estableció una edad media de inicio de 15,5 y más recientemente Grant et al., (2005) obtuvo los mismos resultados, ambos en población norteamericana.

Respecto a otros estudios llevados a cabo en Europa, Olivares (2005), expone los resultados de Lépine et al (2000), quienes encontraron una edad de inicio de 10,5 años; por otro lado Degonda y Angst (1993) mostraron una edad de inicio de 16,6 años.

La relación que la edad de inicio tiene con el agravamiento del problema, y por tanto con su tratamiento, revela cierta polémica (Olivares-Rodríguez et al., 2003), dichos autores concuerdan con Chavira, Stein y Malcarne (2002), al afirmar que esto se debe entre otros motivos, a que no existe evidencia de que una edad de inicio temprana conlleve a una diferencia estadística y significativa en términos de severidad, comorbilidad, historia familiar o respuesta al tratamiento, de los que desarrollan el trastorno con una edad de inicio posterior.

### *Género.*

Con excepción de algunos estudios, la mayoría de investigaciones realizadas con muestras comunitarias, han establecido que existe una prevalencia mayor de fobia social en mujeres, encontrándose ratios de 3:2 y 2:1 (Olivares-Rodríguez et al., 2003).

En concordancia con ello, en el trabajo de Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas (2008), las mujeres presentaron una probabilidad significativamente mayor que los hombres de sufrir ansiedad social; también en un estudio español con población adolescente, el porcentaje de mujeres fue superior al doble del porcentaje de varones (70% y 30%),

revelando además, en relación a los subtipos, que las chicas presentaban mayormente (60%), fobia social generalizada (Olivares-Rodríguez, et al., 2006).

A pesar de lo anterior, si se tienen en cuenta los estudios llevados a cabo en el ambiente clínico, el porcentaje de varones con un diagnóstico de fobia social aumenta hasta igualar o incluso superar al de las mujeres, encontrándose entre un 48% y un 60% (Beidel y Turner, 1998; Mannuzza et al., 1990; Stein, 1997; Turk et al., 1998, citados por Olivares-Rodríguez, 2003).

Otra diferencia que han revelado los estudios referidos al sexo en relación con las manifestaciones de la ansiedad social, indican que las mujeres presentan más síntomas físicos y cognitivos, y también más temor social, en cambio, las conductas de evitación y escape de las situaciones sociales temidas, parece ser más propio de los varones (Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado y Ruiz-Esteban, 2010).

#### *Estado civil y niveles socioeconómico y educativo.*

Piqueras (2005) sostiene que existen estudios que no han encontrado diferencias significativas entre el grupo control de la investigación y los sujetos con fobia social en relación al estado civil, como los de Furmark et al., (1999), y los de Weissman et al., (1996); sin embargo cita también otros estudios, como los de Davidson et al., (1993), Lépine et al., (1993), Schneier et al., (1992) y los de Wells et al., (1994), han encontrado que un alto porcentaje los sujetos con fobia social, se hallaban solteros, separados o viudos.

En cuanto al nivel socioeconómico y educativo, Olivares-Rodríguez et al., (2003), expone que prácticamente existe un consenso en los resultados de los estudios epidemiológicos en éste aspecto, citando los trabajos de Wittchen et al., en 1999, los de Magee et al., en 1996, y los de Patel, Knapp, Henderson y Baldwin, en 2002, entre otros, quienes hallaron un número mayor de sujetos que presentaban fobia social, y una mayor severidad en las respuestas de ansiedad, en personas con un nivel socioeconómico y educativo bajo.

## **COMORBILIDAD**

Los datos actuales sostienen que la fobia social, como fenómeno “puro”, es muy poco frecuente, por lo que Shneider y Cols., (1992) indican que el 70% de los sujetos con fobia social, desarrollan otro trastorno mental a lo largo de su vida, porcentaje que en el caso de Magee y Cols., (1996), aumenta a un 80% (Carretero et al., 2006).

Es importante destacar, que la existencia de otro trastorno psicopatológico en personas con fobia social, incrementa la severidad de las respuestas de ansiedad, el deterioro académico y laboral, y también afecta la respuesta al tratamiento (Rao et al., 2007; Roca y Baca, 1998; citados por García, 2013).

Según una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social, Olivares-Rodríguez et al., (2003), establecieron que los trastornos comórbidos más frecuentemente relacionados con la ansiedad social son la depresión mayor, de acuerdo a Bisserbe, Weiller, Boyer, Lépine y Lecrubier, (1996), Degonda y Angst (1993), y Faravelli et al., (2000), los trastornos de ansiedad, según los trabajos de Angst (1992), Faravelli et al., (2000); Lépine et al., (1995) y Magee et al., (1996), y el abuso del consumo de sustancias tóxicas, de acuerdo a Degonda y Angst, (1993), los de Lecrubier y Weiller (1997) y los de Lépine y Lellouch (1995).

Por ejemplo, un estudio llevado a cabo por Magee et al., en 1996 (citado por García-López, 2000), reveló que las condiciones comórbidas más frecuentes eran otros trastornos de ansiedad (56,9%), seguidos de los trastornos afectivos (41,4%) y el abuso de sustancias tóxicas (39,6%); como ejemplo en relación a esto, existen trabajos que sugieren que la fobia social es el único trastorno asociado significativamente con problemas por consumo de marihuana (Buckner y Schmidt, 2009).

Piqueras (2005), cita además los trabajos realizados por Ramos et al., (2002), entre otros, quienes señalan que otros trastornos comórbidos que se han asociado con la fobia social, es el trastorno de personalidad por evitación, y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

# TEORÍAS Y MODELOS PSICOLÓGICOS EXPLICATIVOS DE LA FOBIA SOCIAL

---

## MODELO DE CONDICIONAMIENTO CLÁSICO, APRENDIZAJE OBSERVACIONAL Y TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

A pesar de que se cuenta con una extensa literatura acerca del papel que el modelo de condicionamiento clásico juega en el desarrollo de la fobia social, existen escasas investigaciones acerca de su rol en la génesis de dicho trastorno, a pesar de lo cual, García (2013), sostiene que la fobia social, puede adquirirse como consecuencia de un acontecimiento estresante directo, de acuerdo con las investigaciones de Öst y Hugdahl (1981), entre otros. Mineka y Zinbarg (1995), sin embargo, establecen que “más que un único evento intensamente estresante, sea la suma de pequeños acontecimientos estresantes de intensidad variable ocurridos en un breve período de tiempo lo que puede producir una respuesta de ansiedad condicionada a la situación social” (Piqueras, 2005, p. 102).

El aprendizaje observacional, es otra forma en la que puede adquirirse el trastorno de ansiedad tratado, por ejemplo García-López (2000) cita el trabajo de Hofmann et al., (1995), quienes encontraron que un 57% de personas con miedo a hablar en público, adquirieron dicho trastorno como consecuencia de un aprendizaje observacional.

Con relación al papel de la transmisión de información, García (2013) expone que en el estudio llevado a cabo por Mulkens y Bögels (1999) anteriormente mencionado, se encontraron diferencias significativas en la proporción de personas que con fobia social, que recordaban haber leído, oído o visto algún evento relacionado con el rubor (35%), y las personas del grupo control (13%).



## MODELOS COGNITIVOS

Las teorías cognitivas, en relación a los trastornos de ansiedad, se sustentan en la idea de que determinadas variables, como pueden ser las creencias, expectativas y distorsiones cognitivas, son de suma importancia en el inicio y mantenimiento de la ansiedad desadaptativa (García, 2013).

Dicho autor expresa que variados estudios, como los de Stopa y Clark (2000), y más recientemente los de Alfano, Beidel y Turner (2006), muestran que las personas con fobia social, “subestiman su capacidad para afrontar una situación social, y magnifican la probabilidad de ocurrencia de una experiencia aversiva durante dicha situación, es decir, desproporcionan la probabilidad de que los demás les juzguen desfavorablemente” (p. 73).

La excesiva atención sobre sí mismos, una atención selectiva hacia la amenaza, la interpretación negativa de acontecimientos y señales sociales, y la rumiación antes y después del acontecimiento social, son algunos de los principales sesgos en el procesamiento de la información en la fobia social (García, 2013).

Son numerosos los modelos que intentan explicar el trastorno tratado (v.gr., Barlow, 2003; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997; y Moscovitch, 2009) y las propuestas integradoras (Rodríguez y Caballo, 2003; Botella, Baños y Perpiñá, 2003 y Kimbrel, 2009), se presentan a continuación los modelos que en la opinión de los autores e investigadores consultados, más influencia han ejercido en la comprensión de la fobia social.

Se presentan entonces de forma breve, con el fin de respetar los modelos más importantes, y a la vez dar cuenta de las propuestas integradoras actuales, los modelos de Clark y Wells (1995), y Moscovitch (2009), y el modelo cognitivo-conductual de Rodríguez y Caballo (2003).

### *Modelo de Clark y Wells (1995).*

El modelo de Clark y Wells (1995), supone que el procesamiento negativo de la información, centrada en uno mismo en tanto objeto social, es central en el mantenimiento de la fobia social (Clark, 2001; citado por García, 2013).

Los autores mantienen que sobre la base de experiencias tempranas, las personas que padecen el trastorno, desarrollan una serie de supuestos o creencias, acerca de sí mismos y de su mundo social, que son pasibles de dividirse en tres grupos: a) normas excesivamente altas de actuación social, como por ejemplo auto-verbalizaciones del tipo de “debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”, o “siempre debería de tener algo interesante que decir”; b) creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación, como puede ser el siguiente pensamiento: “sí me pongo nervioso

van a pensar mal de mí y me van a rechazar”; y c) creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo, como por ejemplo: “no soy suficientemente hábil” o “soy un idiota” (Calderón y Blázquez, 2014).

Teniendo en cuenta dichos factores cognitivos, trabajados por Beck et al., (1985), el modelo sustenta la idea de que éstos...

...influyen a los individuos para que consideren las situaciones sociales como peligrosas, para que predigan que van a fallar al intentar lograr el nivel de actuación social que desean, y para que interpreten algunas señales sociales inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa de los demás. Por tanto, cuando una situación social es considerada de esta forma, los fóbicos sociales se ven sumergidos en la ansiedad. (Calderón y Blázquez, 2014, p. 138)

Existen, en palabras de los autores mencionados, varios círculos viciosos interconectados que mantienen la ansiedad de los sujetos con fobia social, que también influyen en que no desconfirman sus creencias negativas, como los siguientes: a) procesamiento del sí mismo como un objeto social (cambio del foco atencional hacia sí mismos, automonitoreo, y formación de una idea distorsionada de lo que los demás están pensando de ellos); b) conductas de seguridad (conductas enfocadas en prevenir las catástrofes temidas, y si las mismas no ocurren, piensan que se debe a dichas conductas, en lugar de inferir que la situación era menos peligrosa); c) síntomas fisiológicos y cognitivos (la hipervigilancia ante sí mismos, tiende a incrementar la probabilidad de detectar signos de ansiedad, lo que aumenta la atención a sí mismos, formando un círculo negativo); d) procesamiento de las señales sociales (mayor probabilidad que se atiendan y recuerden respuestas de otros, que el sujeto interpreta como signos de desaprobación) (Calderón y Blázquez, 2014).

Los sesgos en el procesamiento de la información mencionados, se producen antes de la situación temida (las personas fóbicas revisan minuciosamente los detalles de lo que podría pasar, anticipándose a los acontecimientos, donde se realiza una valoración de la amenaza de la situación, y la asocia a las respuestas psicofisiológicas), durante dicha situación (el fóbico social se percibe a sí mismo como espectador, recurriendo a la información interoceptiva, con lo que forman la imagen de cómo piensan que son vistos por los demás); y también luego de la situación social (el sujeto retorna mentalmente a la situación social pasada, evaluando lo que cree que ocurrió, y lo que cree que debería haber ocurrido, con escaso control sobre los pensamientos ansiógenos generados, influyendo esto de manera negativa en futuras situaciones) (Piqueras, 2005).

### *Modelo de Moscovitch (2009).*

La propuesta de Moscovitch (2009) parte del modelo mencionado más arriba, y agrega tres aspectos centrales: a) que las personas con fobia social, generalmente temen a estímulos que van más allá de los comportamientos sociales, como pueden ser el miedo a las auto-atribuciones en relación a los defectos en el aspecto físico, o a la percepción de defectos en la propia personalidad; b) sostiene que a pesar de que la atención a las cuestiones relacionadas con la amenaza social, se encuentra en todas las personas con fobia social, el objetivo específico de la autofocalización difiere de unos a otros, y c) que las personas con fobia social poseen esquemas de percepción estables y negativos de sí mismos, que son activados solamente en contextos en los que dichos auto-atributos temidos pueden ser objeto de escrutinio de otros, creyendo que sus deficiencias se harán públicas (Moscovitch y Hofmann, 2007; citado por García, 2013).

El argumento central del modelo, refiere a que tanto la conceptualización del caso, como los tratamientos, deben ser individualizados, en función de las auto-atribuciones (no de las situaciones sociales temidas), debiendo ser éstas el foco del tratamiento, ya que dependen de cada sujeto, y también son las más sensibles al efecto de la exposición (García, 2013).

### *Modelo cognitivo-conductual de Rodríguez y Caballo (2003): un modelo tentativo sobre el inicio, desarrollo y mantenimiento de la fobia social.*

El modelo propone un esquema teórico explicativo de la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. En relación al inicio del trastorno, los autores presuponen en primer lugar que la alteración de las respuestas del sujeto, es generada por la asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables organísmicas, que darían lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas (Rodríguez y Caballo, 2003).

El contexto social negativo puede influir de varias formas, como por ejemplo los modelos humanos significativos para el sujeto, que manifiestan directa o indirectamente una aversión al relacionamiento con/ante personas ajenas al ámbito familiar, predisponiendo al sujeto a actuar de manera similar, como lo muestran numerosos trabajos citados por los autores, como Bandura (1969), Gorsky, Collins y Berger (1989) y Silverman y Kurtines (1996), entre otros (Rodríguez y Caballo, 2003).

Otros factores que influyen, son por ejemplo la existencia de antecedentes familiares relacionados con la ansiedad social, ya sea directamente o a través de la transmisión de información (tanto en el contexto familiar como educativo), también puede contribuir una estimulación social deficitaria, el aislamiento social de la familia, el empleo de la vergüenza

como método de control, los problemas familiares la existencia de problemas psicopatológicos en los progenitores, los cambios de residencia (Bradley y Sloman, 1975), y los abusos deshonestos, la hostilidad y el rechazo parental (Halpern, Hammond y Cohen, 1971; citados por Rodríguez y Caballo, 2003).

Con relación a los factores orgánicos que pueden conllevar una alta vulnerabilidad en la adquisición de la fobia social, Rodríguez y Caballo (2003) los agrupan en cuatro grandes grupos: los determinantes biológicos, evolutivos y no evolutivos, los factores de personalidad, las respuestas de escape, y otros factores no incluidos en los anteriores, pero que también son relevantes, como por ejemplo las relaciones entre hermanos en el seno de la propia familia, las historias previas de timidez o mutismo selectivo o la presencia de trastornos comórbidos.

El modelo establece que los factores mencionados, operan como un caldo de cultivo excelente para que tenga lugar una asociación a la vez desadaptativa y disfuncional, entre una situación social y la actuación de las personas inmersas en ella, tal asociación se percibiría como un estado/sentimiento, cuya intensidad aversiva sea lo suficientemente elevada como para sellar la relación entre el patrón de respuestas referidas en la denominada conducta social fóbica, y la situación social desencadenante, siendo la prevención de la ocurrencia de tal estado, la preocupación central del sujeto de aquí en adelante. De ésta manera, la asociación quedará establecida entre esa situación o situaciones, y un patrón de respuestas neurovegetativas, musculares y cognitivas relativas a los supuestos, creencias y atribuciones disfuncionales (Rodríguez y Caballo, 2003), que se expusieron en los modelos cognitivos anteriormente desarrollados. Los autores sostienen que a la luz de los estudios epidemiológicos, los procesos referidos tendrían lugar, en mayor proporción, entre los 14 y 16 años, hecho que obedece sobre todo, a un a veces desmesurado aumento de las demandas sociales, y un proceso de evaluación continua por parte del resto de los miembros del grupo de iguales en ésta etapa, entre otros factores.

Con relación a la fase de desarrollo, el modelo propone que la incertidumbre que el sujeto posee en relación a sus propias reacciones y las reacciones de los demás, retroalimentadas mutuamente, reviste el papel central en la operacionalización del constructo "fobia social", o en palabras de los autores:

...la incertidumbre generada tanto por la falta de retroalimentación «creíble» proveniente del medio social (ellos saben que sus respuestas no se han adecuado a la excelencia exigida por sus referencias), así como la duda sobre la propia capacidad para adecuar su comportamiento a los ideales normativos adquiridos (en el contexto social negativo), se terminaría convirtiendo, tal como ya hemos indicado, en la

dimensión más relevante a la hora de dar cuenta de la preocupación excesiva e inadecuada, del estado permanente de máxima alerta cuando se ha de estar o se está en una situación social. (Rodríguez y Caballo, 2003, p. 496)

Durante éste proceso de desarrollo de la asociación mencionada párrafos atrás, la atención comienza a centrarse cada vez menos en la tarea que se está realizando, y se centra en las señales de peligro que provienen en una primera instancia del propio sujeto, y luego de la situación, ignorando cada vez más la ocurrencia de sus logros propios, y también la retroalimentación positiva que proviene de los demás (García, 2013).

El presente modelo establece que una vez delimitado el patrón de respuestas neurovegetativas, de activación muscular y también las cognitivas, relativas a los supuestos, creencias y atribuciones disfuncionales, se produciría un incremento progresivo de la frecuencia, intensidad y duración de las respuestas de escape parcial (defensivas) y total (huidas bruscas) de las situaciones sociales, lo que genera consecuencias positivas, pero a corto plazo, ya que con el paso del tiempo dichos efectos se irán desvaneciendo, y el alivio será cada vez de menor intensidad (Piqueras, 2005).

Ya en la fase de mantenimiento, la persona con fobia social termina instaurando una necesidad no ya de irse, de huir, de escapar, sino de evitar todas las veces que pueda tales situaciones, derivando esto en un aislamiento social y en las consecuencias negativas que de este hecho se derivan. El aislamiento así producido, entierra al sujeto en un “círculo infernal” al que contribuyen otros efectos que resultan igualmente desastrosos; como el incremento cada vez mayor de la intensidad del miedo a la exposición, el deterioro de las destrezas que hacen posible la actuación y la relación social, y la percepción errónea de la confirmación una y otra vez de los pensamientos negativos que mantienen dicho estado de cosas (Rodríguez y Caballo, 2003).

Los autores finalizan su exposición del proceso de mantenimiento del trastorno, observando que en éste punto del mismo, el ciclo se consolida y generaliza más y más:

En este momento el círculo se ha cerrado. El proceso responsable del mantenimiento de la fobia social ha completado su ciclo y pasa a retroalimentarse a sí mismo, a consolidarse y generalizarse cada vez más. Cuantas más veces lo pase mal el sujeto, mayor consolidación; en cuantas más situaciones distintas se produzca, mayor generalización. Y cuanto más consolidado y generalizado esté el trastorno, más aislamiento y sufrimiento. (Rodríguez y Caballo, 2003, p. 504-505)

Para finalizar el presente capítulo, se considera importante agregar también otras implicaciones que, cerrado el círculo referido por los autores, impactan en el funcionamiento cotidiano de la persona. Consolidado el trastorno, el aislamiento y la soledad no son los

únicos resultados, también se produce un decremento de la autoestima, que muchas veces acompaña un sentimiento de vergüenza; la destreza en la aplicación de habilidades sociales se ve también restringida; a su vez, el deterioro del contexto y la estructura psicosocial, como el abandono de los estudios, la pérdida de puestos laborales, la dependencia económica crónica de sus familiares, y/o el abuso de sustancias, conlleva a un incremento de los factores de vulnerabilidad, que pueden llevar a estados graves de depresión, e incluso al suicidio (Rodríguez y Caballo, 2003).

# TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

---

A partir del último cuarto del siglo pasado, la eficacia de los tratamientos para los distintos trastornos psicológicos han atraído cada vez mayor atención, dentro de los que se ha destacado un rápido progreso de los tratamientos cognitivo-conductuales (Caballo y Mateos, 2000). Existen numerosos estudios, que han señalado una superioridad de las intervenciones cognitivo-conductuales, al ser comparadas con otras intervenciones, incluso con otras propuestas psicoterapéuticas alternativas (Barlow y Lehman, 1996; citados por Caballo y Mateos, 2000). Dichos autores citan también los trabajos de Olivares, Sánchez y Rosa (1999), quienes sostienen que actualmente se dispone de procedimientos de intervención bien establecidos, que han demostrado su eficacia para casi todas las variantes de la ansiedad.

Bados (2001a), establece ciertos aspectos, que son relevantes a la hora de establecer objetivos para una intervención terapéutica desde el enfoque tratado, para la fobia social, entre los que se considera pertinente mencionar los siguientes: a) el establecimiento de metas realistas en relación a las interacciones sociales; b) la modificación de los supuestos en los que se basan las cogniciones negativas que mantienen el trastorno; c) el aprender a concentrarse en la interacción social, y no en las sensaciones internas; d) la reducción de las conductas de evitación y las conductas defensivas, así como el fortalecimiento de habilidades sociales pertinentes; y e) la reducción significativa de la activación autónoma y somática (Bados, 2009).

En concordancia con lo anterior, y en el caso específico de la fobia social, las técnicas más utilizadas son las terapias conductuales y cognitivas, los tratamientos cognitivo-conductuales, y los farmacológicos (Cottraux, 2005; Overholser, 2002; Rowa y Antony, 2005; Scott y Heimberg, 2000; citados por Rey, Aldana y Hernández, 2006), los cuales han resultado claramente eficaces, como lo muestran estudios meta-analíticos como el de Rosa, Sánchez, Rodríguez y López-Pina (2002).

En el caso de los tratamientos conductuales, se han investigado diversas técnicas, dentro de las cuales las más abordadas en los diferentes estudios consultados y que han probado en mayor o menor medida resultados eficaces, se encuentran: las técnicas de condicionamiento (fundamentalmente técnicas de relajación), el entrenamiento en habilidades sociales y la confrontación con el estímulo fóbico (dentro del cual la exposición parece ser la técnica con mayor eficacia). Por otro lado, las técnicas cognitivas más estudiadas para la fobia social, son la reestructuración cognitiva, y el entrenamiento en focos atencionales.

A continuación se desarrollan brevemente cada una de las técnicas mencionadas, y luego se exponen los tratamientos cognitivo-conductuales, teniendo en cuenta las combinaciones de técnicas que han revelado resultados eficaces.

Se considera importante mencionar también, a pesar de que no serán desarrolladas en profundidad, que las técnicas de exposición virtual (utilización de tecnologías de realidad virtual), en el caso de ciertos trastornos de ansiedad, como las fobias específicas, la exposición se muestra como una alternativa de tratamiento para ciertos miedos irracionales, en los que la exposición tradicional presenta claras limitaciones, como es el caso de la fobia a volar (Arbona, Quero, Rivera, y García-Palacios, 2009); también en el caso de la fobia social, (García, Alcázar y Olivares, 2011) concluyen que a pesar de que los estudios consultados han utilizado una muestra reducida, en general, la inclusión de instrumentos de realidad virtual y/o internet a los tratamientos psicológicos, se revelan como muy prometedoras.

Ofreciendo, según Botella, Perpiñá y Baños (2000), ciertas ventajas que apoyan su investigación en el ámbito de la psicología clínica, entre las que se encuentran las siguientes: permite el control de la situación que se está enfrentando, ayuda a la persona a sentirse presente, por lo que le permite juzgar la situación como real, puede utilizarse para provocar situaciones difíciles que van más allá de la realidad, y también ofrece confidencialidad y privacidad (Gallego-Pitarch, 2006).

## ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

El entrenamiento en relajación es una técnica de contra-condicionamiento, sostenida en el supuesto de que es posible inhibir la respuesta de activación autónoma, al inducir una respuesta incompatible con la misma (Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte y Sorgatz, 1989; citados por Rey et al., 2006), y así poder reducir los niveles de activación autonómica (Bados, 2009). En palabras de Wolpe (1958), cuyos trabajos teóricos y experimentales fueron fundamentales para el desarrollo de ésta técnica: “Si, en presencia de un estímulo evocador de la ansiedad, puede conseguirse una respuesta antagónica que suprima total o parcialmente la ansiedad, entonces se debilitará el vínculo entre dicho estímulo y la respuesta de angustia” (Wolpe, 1958; extraído de Chertok, 2006, p. 83).

Una variante utilizada con frecuencia, es la relajación muscular progresiva de Jacobson, consistente en brindar instrucciones específicas, para tensar y relajar distintos grupos musculares, con el objetivo de conocerlos y poder conseguir un estado general de relajación



(Vera y Villa, 1998; Buela-Casal, Sierra y Vera-Villarroel, 2001; citados por Vera-Villarroel, Valenzuela, Abarca y Ramos, 2005).

A pesar de que autores como Bados y Saldaña (1990), sugieren que el entrenamiento en relajación puede ser un componente importante para el miedo a hablar en público, existen investigaciones como las de Alstrom, Norlund, Persson, Harding y Ljungqvist (1984), entre otros, que muestran que por sí sola, la relajación posee un papel poco relevante en el tratamiento de la fobia social (citados por García, 2013).

## ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El entrenamiento en habilidades sociales, tiene por objetivo brindar ciertas destrezas de las que las personas con fobia social carecen, y cuyo déficit les resta confianza para afrontar las situaciones sociales fóbicas (Botella, Baños & Perpiña, 2003; Overholser, 2002), siendo también importante éste aspecto en el mantenimiento de la fobia, al predisponer a la persona a desempeñarse negativamente durante la situación social fóbica (Fresco & Heimberg, 2001; citados por Rey et al., 2006).

Piqueras (2005), concluye que al igual que lo expuesto sobre la relajación, a pesar de no haber mostrado ser superior a otras técnicas a mediano y largo plazo, el entrenamiento en habilidades sociales parece producir una disminución de las respuestas de ansiedad social, por lo que autores como Juster y Heimberg (1995) sostienen que puede ser útil como parte de un tratamiento multicomponente (v. gr Turner, Beidel y Cooley, 1995). En ésta misma línea, Rey et al., (2006), mantienen que el entrenamiento en habilidades sociales, parece incrementar la eficacia del tratamiento cognoscitivo conductual grupal para la fobia social.

Bados (2009) agrega que en caso de confirmarse la eficacia de ésta técnica, ello puede deberse, no necesariamente a un déficit de habilidades sociales, sino que puede explicarse por otras razones, como la facilitación de la exposición a las situaciones sociales, o el aumento de la autoeficacia en dichas situaciones. Por otro lado, dicho autor considera que en muchos casos de fobia a hablar en público y de fobia social generalizada grave (incluido el trastorno de personalidad evitativo), conviene aplicar ésta técnica (en combinación con otros procedimientos), en los que hay un claro déficit de habilidades sociales.

## EXPOSICIÓN

Las técnicas de confrontación con el estímulo fóbico, como lo son la inundación, la implosión y la exposición, tienen su sustento teórico, en que la fobia social es adquirida por condicionamiento clásico, y por tanto tienen por objetivo la extinción de la respuesta condicionada de temor, mediante la exposición directa o gradual a la situación fóbica, ya sea por medio de la imaginación, o exposición en vivo (Rey et al., 2006).

Bados (2009), establece tres objetivos que la exposición permite lograr: en primer lugar, permite romper o reducir la asociación entre el estímulo o situación temida, y la reacción ansiosa, en segundo lugar, permite aprender que no existe una base para el miedo, ya que las consecuencias negativas que la persona anticipa (se podría agregar que en muchos casos son de carácter catastrófica), no ocurren, y por último, permite aprender que es posible manejar o tolerar la ansiedad (ya sea mediante recursos propios, o recursos de afrontamiento enseñados). Dicho autor aconseja, que al menos en el inicio del tratamiento, la auto-exposición en vivo sea precedida por la exposición simulada, por la exposición en vivo asistida por el terapeuta, o por la exposición imaginal, sobre todo en personas muy evitativas o extremadamente ansiosas.

Varias revisiones y estudios como los de Marks (1995), Turner et al., (1995) y Otto (1999), entre otros, parecen convenir en que la exposición a las situaciones temidas, y la combinación de la misma con la reestructuración cognitiva (técnica que se desarrollará más adelante), son los procedimientos más eficaces, tanto a corto como a largo plazo (citados por Caballo y Mateos, 2000).

García-López (2000), establece que es posible concluir que la exposición por sí sola se muestra eficaz en el tratamiento de la fobia social, teniendo también en cuenta resultados hallados en investigaciones con otros trastornos de ansiedad; también Alcázar, Olivares e Iniesta (2009), indican que la exposición a las situaciones temidas, en cualesquiera de sus modalidades, adquiere un papel central en cualquier intervención tenga por objetivo reducir o eliminar la ansiedad condicionada a las situaciones sociales.

Bados (2001a) advierte, sin embargo, que la exposición en vivo, es una técnica necesaria, pero puede no ser suficiente, sobre todo en casos en los que la persona se caracteriza por errores cognitivos graves, o realiza una evaluación extremadamente incorrecta de la situación social y de su desempeño en la misma (Bados, 2009).

## REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La presente técnica sigue la línea propuesta por Beck, en el sentido de que es posible modificar los errores y sesgos en la interpretación de la información que los fóbicos sociales realizan, para poder adquirir recursos cognitivos que les permitan afrontar las situaciones ansiógenas (Bados, 2009).

Chertok (2006), agrega en el mismo sentido, que los supuestos básicos que subyacen los comportamientos habituales de la persona neurótica, se realizan de manera automática, y sin ser, generalmente, conscientes de ello, juegan un rol central en la interpretación de los sucesos referidos tanto a su entorno, como a sí mismos.

Como se expuso en la sección referida a los modelos cognitivos, los sujetos con fobia social desarrollan supuestos o creencias, que Clark y Wells (1995) dividen en tres grupos: normas excesivamente altas de actuación social, creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación, y creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo.

Los objetivos que la técnica de reestructuración cognitiva en personas con fobia social persigue, según Fresco y Heimberg (2001), se refieren en primer lugar a la identificación de los pensamientos que sobrevienen antes y durante la situación social temida, para luego ser sometidos a verificación, en relación a la información objetiva disponible, y por último se intenta neutralizar el efecto de dichos pensamientos, al favorecer ideas y supuestos alternativos más racionales y realistas (Rey et al., 2006).

Es importante también, tener en cuenta que existen formas distintas de conceptualizar el rol de la cognición en el mantenimiento del trastorno. Así, mientras determinados modelos cognitivos, como el de Clark y Wells (1995), establecen la existencia de constructos disfuncionales que conllevan una reacción “irracional” o “desproporcionada” ante la situación temida (por lo que el papel del profesional, se relaciona con un hacerle ver a la persona, “el mundo tal y como es”), siendo por tanto una visión objetivista (Mahoney, 1991), por otro lado las investigaciones vinculadas a la Teoría de los Constructos Personales (TCP; Kelly, 1955), suponen que muchas veces el sujeto asocia inadvertidamente su sintomatología, con sus sistemas de construcción de la propia identidad (Carretero et al., 2001). Dichos autores sostienen que cuanto esto pasa, se establece un conflicto cognitivo de difícil solución, ya que aunque la persona convenga en abandonar los síntomas, se preste por un lado a abandonarlos mediante su eliminación directa, como lo proponen los enfoques terapéuticos como el cognitivo conductual, “en su lucha por no verse súbitamente invadida en aspectos centrales de su sentido de identidad, la persona opta por realizar acciones opuestas al cambio” (Carretero et al., 2001, p. 5-6).

## ENTRENAMIENTO EN FOCOS ATENCIONALES

Las teorías cognitivas actuales sobre los trastornos de ansiedad, como se ha mencionado anteriormente, otorgan un importante papel al proceso atencional a la hora de explicar la aparición y el mantenimiento de dichos trastornos (Mathews y MacKintosh, 1998; Williams, Watts, MacLeod y Matthews, 1997; citados por Baños, Quero y Botella, 2005).

Concretamente, el supuesto que subyace ésta técnica, refiere a la evidencia que indica que las personas con fobia social tienden a enfocar la atención en sí mismas cuando afrontan las situaciones sociales fóbicas, lo cual se ha interpretado como una forma de evitación activa de los estímulos sociales amenazantes (Wells y Papageorgiou, 1998; Woody y Rodríguez, 2000; citados por Rey et al., 2006). En la misma línea, Shultz y Heimberg (2008) han concluido que las personas con ansiedad social focalizan su atención tanto a estímulos internos como externos en el transcurso de una situación social; a su vez, Sanz (1997) y Baños et al., (2005), apoyan la existencia de un sesgo atencional en la fobia social que favorece la información relacionada con sus miedos (Amorós-Boix et al., 2011).

Para investigar los sesgos mencionados, la tarea cognitiva más utilizada se denomina Stroop emocional, en la que se presentan al sujeto, ya sea mediante un ordenador, o mediante tarjetas, palabras escritas en distintos colores, relacionadas con una misma categoría emocional (como ansiedad social), y se le pide que nombre el color en que dichas palabras están escritas, lo más rápido que puedan, ignorando su significado (Baños et al., 2005). Los autores agregan, que la tarea supone la existencia de sesgos atencionales, cuando se emplea más tiempo en nombrar el color de las palabras relacionadas con el temor del sujeto, que las palabras neutras, lo que se denomina como efecto Stroop, o “interferencia”, interpretando dicho efecto en el sentido de que el sujeto dirige, de manera más o menos automática, hacia el significado de las palabras que representan amenaza, por lo que los recursos para nombrar el color, se ven disminuidos en dichos casos, empleando más tiempo en lograrlo (Baños et al., 2005). Los resultados de una investigación llevada a cabo por dichos autores, apoyan dicha hipótesis, indicando la existencia de un sesgo atencional en la fobia social, en relación a la información relacionada con sus miedos, concordando con los trabajos de Amir et al. (1996), Becker et al. (2001) y Hope et al. (1990), quienes manejaron el formato de tarjetas, y con los trabajos de Lundh y Öst (1996), Mattia et al. (1993) y McNeil et al. (1995), quienes utilizaron el formato de un ordenador para la exposición de las palabras (Baños et al., 2005)

## TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Tradicionalmente, el tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social, se ha dividido en cuatro tipos de procedimientos: las estrategias de relajación, el entrenamiento en habilidades sociales, la exposición, y la reestructuración cognitiva (Heimberg y Juster, 1995; Schneier et al., 1995), sin embargo, las intervenciones frecuentemente incluyen varios de estos procedimientos simultáneamente (Caballo, Andrés y Bas, 1997; citados por Caballo y Mateos, 2000), produciendo una mayor protección ante las recaídas, al ser comparados con los tratamientos farmacológicos (Camilli y Rodríguez, 2008).

Teniendo en cuenta la aplicación de los tratamientos cognitivo-conductuales en el ámbito clínico habitual, ya sea público o privado, o en formato grupal o individual, existen estudios que muestran obtener resultados similares a los alcanzados en las investigaciones controladas (Gaston et al., 2006; Leveni, Piacentini y Campana, 2002; Lincoln et al., 2003; Mc Evoy, 2007; citados por Bados, 2009).

Olivares y García-López (2002), aplicaron un tratamiento cognitivo-conductual a población femenina universitaria con temor a una situación social específica (miedo a hablar en público), concluyendo que dicha intervención fue eficaz y eficiente.

Por su parte, Luterek et al. (2003), señala que “la mayoría de las investigaciones indican que la terapia cognitiva-conductual es un tratamiento eficaz para el manejo de la ansiedad social” (Camilli y Rodríguez, 2008, p. 124); en el mismo sentido, Sánchez-Meca et al., (2004) y Chambless y Ollendick, (2001), establecen que los resultados de los meta-análisis, muestran que la terapia de elección para la fobia social es la exposición en vivo, y que es posible el mejoramiento de dichas intervenciones, si se combinan con estrategias cognitivas (Encinas y Pérez, 2011); sin embargo, Gil, Carrillo y Meca (2000), indican que la terapia cognitiva no añade eficacia a la exposición, argumentando que los paquetes terapéuticos multicomponente (compuestos por técnicas de exposición, más entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de reestructuración cognitiva), no muestran una superioridad en relación a los estudios que utilizan únicamente técnicas de exposición.

En relación a las técnicas de focalización de la atención, los resultados obtenidos por un estudio experimental español, en el marco de un protocolo cognitivo-conductual llamado programa de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; Olivares, 2005), que incluye variados componentes (educativos, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en focalización de la atención, exposición, tutorías, y “tareas para casa”), cuyo objetivo fue exponer la eficacia relativa de dicha técnica en la intervención mencionada, no encontró diferencias significativas entre entrenar a los sujetos en focalización hacia los estímulos positivos relativos a una situación social de interacción o de actuación, o no hacerlo, por lo que parece no ser un elemento clave, a pesar de lo que

plantean algunos autores (Amir et al., 2003; Becker et al., 2001; Chen et al., 1996; McNeil et al., 1995; Spector et al., 2003; Wells, 1990), al menos atendiendo a la forma y estructuración del protocolo de tratamiento en cuestión (Amorós-Boix et al., 2011).

Determinados aspectos en cuanto a las intervenciones con niños y adolescentes, que se consideran relevantes, reflejan que las intervenciones intensas, con mayor número de horas, aplicadas en grupo, y que cuentan con tareas a realizar en el hogar (lo que consolida las mejoras adquiridas), ha revelado gran eficacia en niños y adolescentes con timidez y fobia social (Olivares, Rosa, Piqueras, Sánchez-Meca, Méndez y García-López, 2002); por otro lado, en relación a la aplicación de atención individualizada (tutoría), en el marco de una Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; Olivares, 2005), con adolescentes que presentaban un diagnóstico de fobia social generalizada, mostró que no adicionan una mejoría estadísticamente significativa de los resultados, en ninguna de las variables relacionadas con ansiedad y evitación social (Rodríguez, Alcázar y Olivares, 2006).

Se concluye que los tratamientos cognitivo-conductuales más investigados y más eficaces, refieren a la exposición, la reestructuración cognitiva combinada con exposición y la terapia cognitiva de Clark y Wells (Macia-Antón, Olivares-Olivares y Amorós-Boix, 2013). Teniendo en cuenta el estudio de tratamientos para niños y adolescentes, el programa IAFS (Olivares, 2005), mencionado anteriormente, cuyos objetivos refieren a intervenir tempranamente, y poder ser aplicada al marco comunitario, ha probado su eficacia y eficiencia reiteradamente en edades comprendidas entre los 14 y 18 años, y también en chicos/as entre los 10 y 14 años con fobia social generalizada (Sánchez-García y Rodríguez, 2009).

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Rodríguez, J., y López-Pina, J. A. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(4), 625-639.
- Alcázar, A. I., Olivares, P. J., e Iniesta, M. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de psicología*, 40(1), 23-42.
- American Psychiatric Association (APA). (2000) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Washington, DC.
- Amorós-Boix, M., Rosa Alcázar, A. I., y Olivares-Olivares, P. J. (2011). Papel de la focalización de la atención en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Anales de Psicología*, 27(3), 718-728.
- Arándiga, A. V., Rodríguez, J. O., y Alcázar, A. I. R. (2007). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. En: *Investigar el cambio curricular en el espacio europeo de educación superior*, 459-479. Universidad de Alicante
- Arbona, C. B., Quero, S., Rivera, R. M. B., y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 40(2), 155-170.
- Bados, A. (2009). Fobia Social: naturaleza, evaluación y tratamiento. *Monografía. Universidad de Barcelona*. En: <http://hdl.handle.net/2445/6321>.
- Baños, R., Quero, S., y Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computarizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 23-42.
- Bobes, J., Bascarán, M., Bousoño, M., García, P., y Saiz, P. (2003). Trastorno de ansiedad social: Actualización clínica y terapéutica. *Rev. Salud*.
- Buckner, J., y Schmidt, N. (2009). Trastorno de ansiedad social y problemas por consumo de marihuana: El papel mediador de los efectos esperados de la marihuana. *Revista de Toxicomanías*, 57, 3-11.
- Caballo, V., y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.



- Calderón, M. A. B., y Blázquez, F. P. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. En: *Uaricha*, 11(24), 134-147
- Camilli, C., y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. En *ANALES de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Cano Vindel, A., Pellejero, M., Ferrer, M. A., Iruarrizaga, I., y Zuazo, A. (2001). Aspectos cognitivos, emocionales, genéticos y diferenciales de la timidez. *Revista española de motivación y emoción*, 2, 67-76.
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I., y Saúl, L. A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- Chertok, A. (2006). Las causas de nuestra conducta. *Centro de Terapia Conductual*, Montevideo. Ed. Digital.
- Cía, A. H. (2002). La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires. *Polemos*.
- Delgado Domenech, B., Inglés, C. J., y García Fernández, J. M. (2013). Social anxiety and self-concept in adolescence. *Revista de Psicodidáctica*, 18(1), 179-194.
- Encinas, F. J. L., y Pérez, F. B. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565.
- Gallego-Pitarch, Ma. José (2006). Un estudio controlado que compara un tratamiento auto-administrado vía internet para el miedo a hablar en público vs el mismo tratamiento administrado por el terapeuta. (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Castellón.
- García, E. S., Alcázar, A. I., y Olivares, P. J. (2011). Terapia de exposición mediante realidad virtual e internet en el trastorno de ansiedad/fobia social: Una revisión cualitativa. *Terapia psicológica*, 29(2), 233-243.
- García, E. S., (2013). Realidad virtual y nuevas tecnologías en el tratamiento de ansiedad social: Un estudio meta-analítico. (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología. Murcia.
- García-López, L. J., (2000). Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social. (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología. Murcia.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. D. M., e Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501-533.



- Gil, P. J. M., Carrillo, F. X. M., y Meca, J. S. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García-Fernández, J. M., García-López, L. J., Delgado, B., y Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3), 376-381.
- Maciá Antón, D., Olivares-Olivares, P. J., y Amorós Boix, M. (2012). Detección e intervención conductual cognitiva en adultos jóvenes con fobia social generalizada. En: *Anales de psicología* 28(1), 19-27.
- Odrizola, E. E., e Irizar, K. S. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3(1), 7-23.
- Olivares, J., y García-López, L. J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14(2), 405-409.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., y García-López, L. J. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10(3), 523-542.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de psicología*, 40(1), 7-21.
- Pérez-Lizeretti, N., (2009). Tratamiento de los trastornos de ansiedad: diseño y evaluación de una intervención grupal, basada en la Inteligencia Emocional. (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología. Barcelona.
- Rey, C. A., Aldana, A. D. R., y Hernández, R. S. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Terapia Psicológica*, 24(2), 191-200.
- Rodríguez, J. O., y Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 483-515.
- Rodríguez, J. O., Caballo, V. E., García-López, L. J., Alcázar, A. I. R., y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.
- Rodríguez, J. A. P. (2005). Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de sub-división y operacionalización del subtipo generalizado (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología. Murcia.
- Rodríguez, J. O., Alcázar, A. I. R., & Rodríguez, J. A. P. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17(1), 1-8.
- Rodríguez, J. O., Alcázar, A. I. R., y Olivares, P. J. O., (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 565-580.

- Rodríguez, J. O., Rodríguez, J. P., y Alcázar, A. R. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18(2), 207-212.
- Sánchez-García, R., y Rodríguez, J. O. (2009). Intervención temprana en niños y adolescentes con fobia social. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 40(1), 75-88.
- Sierra, J. C., Zubeidat, I., y Fernández Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2), 472-517.
- Vera-Villarroel, P., Valenzuela, P., Abarca, O., y Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 121-131.
- Zubeidat, I., Sierra Freire, J. C., y Fernández Parra, A. (2007). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(3).
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C., y Salinas, J. M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social ya otras psicopatologías en adolescentes. *Salud mental*, 31(3), 189-196.