

Factores asociados a la ansiedad y fobia social

Juan Carlos Sierra

Doctor en Psicología por la Universidad de Granada. Profesor Titular de Evaluación Psicológica en la Facultad de Psicología de Granada. Responsables de de emisión de informes psicológicos en la Unidad Clínica de dicha Facultad. Es el actual director de International Journal of Clinical and Health Psychology.

End.: Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18071 Granada. España.

e-mail: jcsierra@ugr.es

Ihab Zubeidat

Doctor en Psicología por la Universidad de Granada. En la actualidad es investigador contratado Juan de la Cierva en la UNED. Master en Psicología Clínica y de la Salud por la Asociación Española de Psicología Conductual.

End.: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 28040 Madrid. España.

e-mail: izubeidat@psi.uned.es

Antonio Fernández Parra

*Doctor en Psicología y Profesor Titular de
Psicología Clínica Infantil de la Facultad de
Psicología de la Universidad de Granada.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y
Director de la Unidad de Psicología Clínica de
esta misma universidad.*

*End.: Facultad de Psicología. Universidad de
Granada. 18071 Granada. España.*

e-mail: afparra@ugr.es

RESUMEN

La ansiedad y fobia social están determinadas por diversos aspectos de actuación e interacción en las situaciones sociales, cobrando importancia los componentes de temor y evitación informados por los sujetos fóbicos. Distintos factores evolucionistas, familiares, ambientales, evolutivos, temperamentales, neurobiológicos (genéticos, biológicos y neuroendocrinos), psicológicos y socioculturales se asocian a este trastorno, reflejando la gran complejidad del mismo. El objetivo de este estudio teórico es mostrar una descripción del modo en el que se asocian estos factores a la fobia social, así como de los principales estudios relacionados con ellos. Se concluye que todavía queda mucho por conocer sobre la interrelación entre los diferentes factores mencionados a la hora de explicar la ansiedad y fobia social. Además, existen datos contradictorios en diferentes estudios al respecto, los cuales no permiten extraer conclusiones consistentes. Este hecho podría marcar las líneas de investigación futuras en el ámbito de la fobia social.

Palabras Clave: fobia social, factores psicológicos, población adulta, niños y adolescentes, estudio teórico

ABSTRACT

Anxiety and social phobia behavior is influence by actuation and interaction social situation aspects, where become important fear and avoidance components that are informed bay phobic subjects. Distinct evolutionist, familiar, environmental, developmental, temperamental, neurobiological (genetic, biologic and neuroendocrine), psychological and socio-cultural factors are associated at this disorder. This reflects the great complexity of the social phobia. The objective of this theoretical study is demonstrating an extensive description of the way that this factors associate at the social phobia and of the principals studies that related to them. It concludes that still many remains to be known about the interrelation between the different factors mentioned for explicate the anxiety and social phobia. In addition, there is a contradictory data in different studies at respect which no allow extract consistence conclusions. This contradiction may be marking the future investigation lines in the environment of the social phobia.

Key words: social phobia, psychological factors, adult population, children's and adolescents, theoretical study

Introducción

Un gran avance en el estudio de los aspectos clínicos, biológicos, y en el tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad ha tenido lugar a lo largo de la pasada década de los años ochenta, especialmente respecto a los trastornos de pánico, de estrés postraumático y obsesivo-compulsivo (Stein, 1995). Judd (1994) afirma que a finales de los años setenta y durante los ochenta hubo una preocupación por ampliar el conocimiento diagnóstico y terapéutico de los trastornos afectivos, mientras que en los años noventa es cuando se ha progresado en el abordaje de los trastornos de ansiedad, considerándose como el grupo de esta época. Sin embargo, la atención que se le ha concedido a la ansiedad y fobia social y a los distintos factores que van asociados a la misma ha

llegado más tarde que a los otros trastornos de ansiedad, concretamente con la publicación del artículo de Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein (1985) "Fobia social: revisión de un trastorno de ansiedad olvidado". En esta línea, los resultados del *National Comorbidity Survey (NCS)* (Kessler *et al.*, 1994) señalan que la fobia social tiene una frecuencia que sitúa a la misma como el segundo trastorno mental en la población norteamericana, llamando la atención de los investigadores sobre su importancia, lo que ha aumentado el número de trabajos publicados en los últimos años sobre el mismo.

El avance de los estudios sobre la eficacia de los distintos tratamientos de la fobia social en las últimas dos décadas no se ha acompañado por un mayor conocimiento de los distintos factores etiológicos que dan lugar a este cuadro clínico. De hecho, existen otros trastornos de ansiedad, tales como la agorafobia y el trastorno de pánico en los que dichos factores están estudiados más ampliamente que en la fobia social, especialmente en lo que respecta a los antecedentes familiares (Harris, Noyes, Crowe & Chaudhry, 1983) y evolutivos (Faravelli, Webb, Ambonetti, Forneau & Sessarego, 1985). La Asociación Americana de los Trastornos de Ansiedad, fundada en 1980 con la misión de promover la prevención y el tratamiento de los trastornos de ansiedad y de mejorar la vida de las personas aquejadas de los mismos (***Anxiety Disorders Association of America***, 2002), intenta presentar las características de estos trastornos (entre ellos, el trastorno de ansiedad social) y de los individuos que los sufren para su mejor comprensión.

Como cualquier otro trastorno de ansiedad, la fobia social tiene distintas bases neurobiológicas (Cervera y Ortuño, 1998; Nickel y Uhde, 1995), evolutivas (Echeburúa, 1993), genéticas (Chapman, Mannuzza & Fyer, 1995; Echeburúa, 1993), evolucionistas, familiares, sociales, ambientales y psicológicas (Botella, Baños y Perpiñá, 2003). En esta línea, la literatura pertinente a la etiología de la fobia social pone énfasis en distintos factores familiares, genéticos, biológicos o cognitivo-comportamentales en la comprensión del desarrollo de este trastorno (Davidson, 2000; Fones, Manfo y Pollack, 1998; Rosenbaum, Biederman, Pollock & Hersfeld, 1994). Por otro lado, existen otros factores que pueden explicar el origen y el mantenimiento

de la ansiedad social, tales como los déficit de habilidades sociales, la ansiedad condicionada e inhibición de respuestas, la puesta en marcha de distorsiones cognitivas y de un sistema de creencias desadaptativo (Bornas & Tortella, 1998; Echeburúa, 1993) y la posibilidad de surgimiento del trastorno como resultado de una respuesta traumática (Mineka & Zinbarg, 1995). Las propuestas con los distintos factores también pueden ser agrupadas en las siguientes categorías: factores predisponentes (familiares, evolutivas y variables de personalidad), neurobiológicos (bases neurológicas y biológicas) y de aprendizaje (déficit de habilidades sociales, ansiedad condicionada e inhibición de respuesta, etc.). Para una revisión de los factores de riesgo, etiológicos, neurobiológicos, cognitivos y los que permiten una mejoría en el tratamiento individual de la fobia social se puede consultar la revisión realizada por Lampe (2002). Por su parte, Rapee y Spence (2004) ofrecen una revisión sobre los orígenes de los miedos sociales, incluyendo factores genéticos, temperamentales y cognitivos, habilidades sociales, eventos de vida negativos y experiencias sociales adversas.

Desde el descubrimiento de la fobia social en el año 1969 (Marks, 1969; Marks & Gelder, 1966) se han realizado distintas propuestas que pretenden dar una explicación a los orígenes, curso y tratamiento de este trastorno. Las teorías que han sido formuladas, fundamentándose en la corriente cognitiva (por ejemplo, Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997; Wells & Clark, 1997) aluden a los factores que dificultarían la modificación de los pensamientos negativos de las personas con fobia social asociados a ciertas situaciones sociales. Concretamente, el llamado "modelo cognitivo de la fobia social" se basa en los primeros planteamientos teóricos de algunos autores, tales como Beck, Emery y Greenberg (1985), Butler (1985), Hartman (1983), Heimberg y Barlow (1988), Leary (1983), Salkovskis (1991), Teasdale y Barnard (1993) y Trower y Gilbert (1989). Por último, la importancia del papel de los procesos de condicionamiento (clásico y vicario) desde una perspectiva conductual se ha puesto de manifiesto por autores como Barlow (1988), Echeburúa (1995) y Öst y Hugdahl (1981), quienes defienden que determinadas experiencias sociales podrían ser condicionadas mediante un proceso de aprendizaje (por condicionamiento clásico o

vicario) en algunas personas con ansiedad social.

Los diferentes factores evolucionistas, familiares, ambientales, evolutivos, temperamentales, neurobiológicos (genéticos, biológicos y neuroendocrinos), psicológicos y socioculturales, que van asociados a la ansiedad y fobia social y que vamos a describir ampliamente en la presente revisión, se sitúan dentro de las distintas teorías que van desde la neurobiológica (Liebowitz *et al.*, 1985; Sheehan, 1983) y evolucionista-genética (Öhman, 1986; Öhman, Dimberg & Öst, 1985) hasta la conductual (Barlow, 1988; Marks, 1987) y la cognitiva (Beck & Emery, 1985). En la actualidad, una multitud de teorías conductuales, cognitivas y cognitivas-conductuales postulan la existencia de distintos factores asociados a la ansiedad y fobia social, intentando cada una dar una explicación sobre la manera en la que se interrelacionan estos factores para llegar a una mejor comprensión de la experiencia de ansiedad social, constituyendo un fenómeno sumamente importante dentro del ámbito de las relaciones interpersonales cotidianas.

Por tanto, el objetivo de este estudio teórico (Montero & León, 2005), es ofrecer una descripción detallada de la manera en la que se asocia cada uno de dichos factores a la experiencia de ansiedad y fobia social, reflejando el papel de cada uno en el transcurso de la misma. También, se pretende mostrar los resultados de los diferentes estudios relacionados con los distintos factores asociados al concepto de ansiedad y fobia social.

Factores asociados a la ansiedad y fobia social

Factores evolucionistas

Las fobias se distinguen del miedo y la ansiedad en su criterio de identificación, conceptualizándose como miedos irracionales, desproporcionados e inadecuados (*American Psychiatric Association*, 1994), siendo injustificables estas reacciones de miedo por la falta de razones objetivas suficientes (Marks, 1987). Esta idea constituye el primer criterio del DSM-IV para el diagnóstico de una fobia. Desde esta perspectiva, se afirma la existencia de diferentes

peligros o amenazas provenientes de múltiples situaciones de interacción social (Botella *et al.*, 2003). La fuente de peligro puede provenir bien del exterior del grupo social (miedo al extraño) o bien del grupo social en el que nos ubicamos (miedo a los congéneres). En esta línea, Marks (1987) defiende que el miedo al extraño en el niño con edad comprendida entre los 8 y 24 meses resultaría comprensible desde una perspectiva evolucionista, constituyendo una respuesta de defensa ante la amenaza de los congéneres. Además, Marks concede gran importancia al contacto entre los compañeros en la evolución de las conductas sociales. Los miedos procedentes de los propios grupos sociales jerárquicos y complejos serían los que se derivan de la adaptación a los mismos, ya que éstos contienen una serie de normas y directrices de difícil comprensión y seguimiento.

Trower y Gilbert (1989) y Trower, Gilbert y Sherling (1990) defienden, en su planteamiento teórico, que la conducta social tiene una naturaleza biológicamente preparada. La ansiedad social es el resultado de la activación de sistemas primitivos de valoración/ respuesta evolucionados contra las amenazas existentes dentro de la misma especie (intraespecie), los cuales han jugado un papel central en el desarrollo de los grupos sociales. Así, el desarrollo inadecuado de dichos sistemas puede dar lugar a los procesos patológicos que caracterizan a los individuos que padecen ansiedad social. El ser humano ha experimentado una larga historia de evolución que se ha quedado reflejada en la morfología del cerebro. Según Trower y Gilbert (1989) y Trower *et al.* (1990) distintas áreas cerebrales serían responsables de determinadas funciones (por ejemplo, el cerebro reptil tiene un papel primordial en la conducta competitiva, el cerebro paleomamífero o sistema límbico responsable de los estilos de crianza y los vínculos de apego, y el cerebro neomamífero o neocórtex que posee estructuras corticales, responsables de la representación simbólica de las contingencias externas). Dichas estructuras cerebrales servirían a las personas para realizar juicios complejos, tales como la predicción de posibles acontecimientos y sus consecuencias. Los mecanismos evolutivos podrían ir más allá de los factores cognitivos del miedo y la ansiedad social semejantes a los procesos autoinformados y la comparación social, tales como los implicados en el caso de la fobia social (Hofmann, Moscovitch y

Heinrichs, 2002).

Según Trower y Gilbert (1989) la ansiedad social se relacionaría con todo aquello que hace referencia a la interacción con seres de la misma especie; estos autores han propuesto dos grandes sistemas de interacción: uno de defensa y otro de seguridad. El sistema de defensa incluiría las jerarquías (por ejemplo, las jerarquías de dominancia consideradas importantes para la estructura y la cohesión de los grupos sociales) y el poder adquirido y mantenido en especies territoriales. Asimismo, la estructura de los grupos sociales estaría construida en base a la atención centrada en los miembros más dominantes, denominándose esta manera de interacción como “modo agónico”. A partir de dicha manera, es posible el reconocimiento y la anticipación de las acciones amenazantes por parte de los subordinados, tales como las expresiones de enfado y rechazo, dando lugar a muestras de sumisión y apaciguamiento con el objetivo de parar dichas amenazas. Siguiendo a Öhman (1986), se pone de manifiesto que los seres humanos además de estar biológica y evolutivamente preparados para experimentar distintos miedos a ciertos estímulos, somos propensos a temer rostros que emiten expresiones amenazantes, tales como el enfado, la crítica o el rechazo. Así, el miedo experimentado ante las caras que expresan enfado sería mucho más difícil de extinguir que las reacciones a las caras que expresan felicidad o neutralidad (Öhman & Dimberg, 1984). Dicha manera de interacción (modo agónico) facilitaría la convivencia entre el dominante y el subordinado, dejando de lado determinados estilos de iniciativa como la exploración y la innovación. Por su parte, el sistema de interacción de seguridad aludiría a una manera de organización social llamada “modo hedónico”, ya que las personas que forman el grupo social constituirían una fuente de seguridad. Los miembros que disfrutan de mayor dominancia protegerían a los dominados, emitiendo señales de tranquilidad, tales como las sonrisas y los abrazos con el objetivo de incrementar la conducta de aproximación de los congéneres. Como resultado, bajaría la frecuencia de las conductas de defensa, favoreciendo la cooperación mutua, la interacción y la presentación de conductas creativas e innovadoras.

Los dos sistemas anteriores no siempre se presentarían excluyentes, ya que la misma persona puede actuar de una manera u otra dependiendo de la situación. La mayoría de los individuos suele seguir ambos sistemas, adoptando un modo de actuación de tipo hedónico en un mayor tiempo (Trower & Gilbert, 1989). En definitiva, la vida en grupo es posible gracias a ciertos sistemas complejos fruto de la evolución, resultando la ansiedad social como respuesta al fracaso con el fin de poner en marcha un sistema filogenéticamente más tardío (el modo hedónico). Según esto, los individuos ansiosos socialmente serían incapaces de actuar de un modo hedónico de interacción social, mostrando una mentalidad agónica que marcaría los procesos de pensamiento atencionales y simbólicos desde una perspectiva defensiva. Por último, el modo agónico daría lugar a que la atención se focalizaría en el *self*, comparándose con el otro, resultando sus interacciones sociales en situaciones amenazantes y peligrosas. Contrariamente, en el modo hedónico la atención no estaría centrada en el *self* sin lugar a la comparación con el otro, convirtiéndose las interacciones sociales en situaciones apetecibles y agradables.

Factores familiares, ambientales, evolutivos y temperamentales

Los factores de vulnerabilidad familiar, ambiental, evolutiva y temperamental también pueden jugar un papel central, junto a los factores evolucionistas, neurobiológicos y socioculturales, en la determinación de la fobia social. Parece ser que la vulnerabilidad biológica tiene lugar no solamente en los trastornos de ansiedad, sino también en el resto de trastornos emocionales. Pero ésta por si sola no puede explicar la aparición de determinados trastornos específicos, necesitando recurrir a otros factores de tipo familiar para poder diferenciar dichos trastornos, según afirman algunos autores (Barlow, 1988; Echeburúa & Salaberría, 1999; Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin & Klein, 1995; Hudson & Rapee, 2000; Rapee, 1997; Rapee & Heimberg, 1997).

- Factores familiares y ambientales. Entre los factores

familiares de vulnerabilidad se mencionan ciertos estilos de crianza (por ejemplo, la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión), el abandono, el escaso contacto con las situaciones sociales y el modelado. En cuanto a este último, se ha encontrado que los familiares de primer grado de personas aquejadas de fobia social tienen alta probabilidad de sufrir altos niveles de ansiedad social (Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989), llevando a la cristalización de la misma por estos familiares mediante una serie de mensajes verbales y comportamentales. Los “mensajes” verbales bien resaltarían posibles peligros en las situaciones sociales o bien transmitirían unas creencias que reflejarían la importancia de conseguir un desempeño espectacular. Por su parte, los mensajes comportamentales pueden dar lugar a sentimientos de disgusto en las situaciones sociales y a la manifestación de muestras de ansiedad por parte de algunos progenitores, evitando las mismas para aliviarse. Otro factor importante dentro de los estilos de crianza inadecuados es la concesión de pocas oportunidades de exposición y de práctica en los encuentros sociales. Esto llevaría a los sentimientos de ineficacia por la falta de familiaridad, sin poder hacer frente o actuar en dichos encuentros, pudiendo valorarlos como misteriosos, difíciles y complejos. En esta línea, los sujetos ansiosos informan que sus padres son sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de proporcionar apoyo emocional (Arrindell, Emmelkamp, Monsma & Brillman, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Parker, 1979). Además, estos padres estarían continuamente preocupados e influidos por la opinión de gente que fomenta menos la sociabilidad familiar y emplea a menudo la vergüenza como un procedimiento de control y disciplina, evitando con frecuencia las situaciones sociales (Bruch & Heimberg, 1994). Sin embargo, determinados acontecimientos (por ejemplo, la aparición de enfermedades con consecuencias sobre la apariencia física como el acné o la cojera, ser hijo único, ser rechazado por los iguales, etc.) que tienen lugar en el transcurso de la primera infancia y la adolescencia pueden tomar un papel significativo en el surgimiento de la fobia social (Bruch, 1989). También, se han propuesto hipótesis de transmisión ambiental en la relación de padres-hijos; es decir, los primeros pueden servir como modelos a los segundos en el aprendizaje de una serie de miedos mediante la observación. En

definitiva, los factores de riesgo familiares se identificarían como significativos en el inicio de la fobia social, incluyendo los conflictos familiares (Arrindell *et al.*, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Bruch & Heimberg, 1994; Lieb *et al.*, 2000; Parker, 1979; Whaley, Pinto & Sigman, 1999), la ausencia del soporte emocional en las relaciones entre padres/hijos (Arrindell *et al.*, 1989; Melfsen, Osterlaw & Florin, 2000; Parker, 1979), las tendencias parentales de restarle significado e importancia a las opiniones de los demás (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg, Berger & Collins, 1989; Caster, Inderbitzan & Hope, 1999; Malfsen *et al.*, 2000), las prácticas parentales perjudiciales, tales como la sobreprotección y la disciplina punitiva (Arrindell *et al.*, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Bruch & Heimberg, 1994; Caster *et al.*, 1999; Lieb *et al.*, 2000; Stein, Asmundson & Chartier, 1994) y la psicopatología parental (Lieb *et al.*, 2000; Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Recientemente, se han revelado diferencias de género, estadísticamente significativas, en el inicio de la fobia social en función de la adversidad familiar, variando en el subtipo de la misma (DeWit *et al.*, 2005). Además, se ha demostrado que la ausencia de padres y adultos de confianza en la infancia de los varones estaba asociada con un nivel elevado de riesgo de desarrollo de la fobia social (todos los casos diagnosticados y el subtipo no generalizado). Los factores de riesgo en el caso de las chicas incluyen los conflictos parentales durante el desarrollo (todos los casos diagnosticados), el abuso físico en la infancia por parte del padre (subtipo generalizado) y la manía maternal (subtipo no generalizado) (DeWit *et al.*, 2005).

- Factores evolutivos y temperamentales. La intervención de los factores evolutivos no es menos importante que los aspectos que hemos mencionado anteriormente. En general, los seres humanos se mostrarían susceptibles a determinadas manifestaciones comportamentales, tales como la crítica, el enfado y distintas maneras de desaprobación social, experimentando ansiedad social en alguna etapa de su vida, especialmente en la adolescencia. Durante la preadolescencia, la ansiedad social alcanzaría sus niveles más elevados debido al incremento de las demandas sociales, lo que hace pensar que la fobia social sería el resultado de la ansiedad social magnificada en dicha etapa. De hecho, en el transcurso de esta etapa las personas ya habían adquirido los componentes cognitivos

necesarios para el desarrollo del trastorno. Además, se mostrarían conscientes de que la propia apariencia y el propio comportamiento serían los pilares de la evaluación de los demás y de que sus opiniones pueden ser contradictorias a las de los otros (Botella *et al.*, 2003). Asimismo, en los últimos años de la infancia y primeros de la adolescencia es donde se le empieza a demandar tareas sociales a los niños y adolescentes, las cuales requerirían un proceso de evaluación (por ejemplo, contestar en público a preguntas en clase, participar en grupos, presentar informes orales, etc.). Por otra parte, los padres delegarían la responsabilidad de la organización de las interacciones sociales de sus hijos a ellos mismos durante estos años, de manera que éstos últimos empezarían a sentirse presionados por las demandas del proceso de socialización. Este hecho movilizaría a los hijos a tomar iniciativas tales como establecer citas con personas del sexo opuesto, aceptar el compromiso dentro de un grupo de iguales o elegir amigos. Estas circunstancias junto a otro tipo de factores como el desarrollo de la autoconciencia y la habilidad de aceptar el punto de vista de los demás serían requisitos significativos en el surgimiento de la ansiedad social. No obstante, los individuos que experimentan determinados niveles de ansiedad social durante su adolescencia no desarrollan, necesariamente, el trastorno de la fobia social. Resulta imprescindible la intervención, además de los factores psicológicos y sociales, los aspectos de vulnerabilidad biológica (Botella *et al.*, 2003). En relación a la vulnerabilidad temperamental, el rasgo de inhibición social ha sido abordado en la infancia, tanto en la fobia social como en los otros trastornos de ansiedad. Dicho rasgo se concibe como la tendencia a evitar situaciones sociales novedosas. En esta línea, se ha demostrado que los niños con un alto rasgo de inhibición social son proclives a desarrollar distintos trastornos de ansiedad, tales como trastornos de evitación y fobias (Rosenbaum *et al.*, 1994). Además, los padres de estos niños inhibidos socialmente tendrían mayor riesgo de sufrir fobia social y otros trastornos de ansiedad y evitación. Por último, estos resultados llevarían a considerar a la inhibición social como un marcador de riesgo que puede tener un papel importante en el desencadenamiento de diferentes trastornos de ansiedad, incluyendo a la fobia social (Botella *et al.*, 2003).

Factores neurobiológicos

Existe un avance en los últimos años en el estudio de las bases neurobiológicas de la ansiedad, pretendiendo conseguir tres objetivos, tal como señala Tancer (1993). En primer lugar, determinar la base psicofisiológica que subyace a la ansiedad; en segundo lugar, delimitar tratamientos específicos que se fundamentan en las posibles alteraciones neurobiológicas subyacentes; y, en tercer lugar, ofrecer una serie de datos empíricos que sirvan a la clasificación diagnóstica. En esta línea, se ha generado una polémica con respecto a la relación entre la fobia social y el trastorno de ansiedad por evitación (Holt, Heimberg & Hope, 1992). Ambos trastornos mantienen en común determinadas bases biológicas. Esto hace pensar que se trata de dos formas que constituyen distintas variantes clínicas de una sola diátesis más que dos trastornos independientes. De esta manera, la investigación neurobiológica de la ansiedad social ofrece una metodología que ayuda al estudio de la validez de las clasificaciones diagnósticas habituales (*American Psychiatric Association*, 1994).

Las líneas de estudio referentes a las posibles bases orgánicas de trastornos psicológicos, tales como la fobia social, son posibles gracias a los avances tecnológicos en investigación psiconeurológica, ligando la etiología de dichos trastornos a una disfunción del sistema nervioso central. Sin embargo, los datos aportados hasta el momento en relación a los sustratos biológicos de la fobia social no nos permiten decantar por un modelo etiológico u otro. La génesis del trastorno de ansiedad social ha sido atribuida a la intervención de los distintos sistemas de neurotransmisión (adrenérgico, gabaérgico, dopaminérgico o serotoninérgico), a pesar del desconocimiento del constructo biológico que ayudaría a la explicación de este cuadro clínico. Se consideran datos sobre posibles disfunciones de dichos mecanismos de neurotransmisión, aunque se desconoce la función principal de cada uno de estos sistemas en la etiología del trastorno de ansiedad social (Bousoño, Sáiz, Jiménez & Fernández, 1999). Así, los estudios de revisión sugieren que la fobia social tiene bases neuroanatómicas en una red de alta sensibilidad en la región centrada en la vía que conecta la amígdala con el hipocampo (denominada “el sistema de alarma del

cerebro”), reorientada hacia el córtex prefrontal (Tillfors, 2004). Así, se han asociado las variaciones genéticas en la serotonina con síntomas severos y excitabilidad de la amígdala en pacientes con fobia social (Furmark, 2004); concretamente, se cree que existe un polimorfismo funcional en la región humana promotora del gen transportador de serotonina, relacionado con un efecto negativo y una activación de la amígdala.

- Bases genéticas. En cuanto a las bases genéticas, no se ha identificado el tipo de influencia genética, ya que hasta el momento existen pocos datos relativos a la psicobiología de la fobia social. Así, el “Grupo Internacional de Consenso para la Depresión y la Ansiedad” concluye a partir de su estudio sobre la fobia social (Ballenger *et al.*, 1998) que el conocimiento relativo a las bases genéticas de la misma es escaso y se encuentra en sus primeras fases. A pesar de todo, Torgersen (1979) afirma que los factores genéticos juegan un papel en el surgimiento de distintas fobias, incluida la fobia social. En este sentido, se han encontrado algunos datos que podrían apoyar la hipótesis de la predisposición genética, que indican que existe un alto riesgo de sufrir fobia social en familiares de enfermos que padecen este cuadro. Dicho riesgo es mayor que en otros grupos comparativos como familiares de pacientes con trastorno de pánico o familiares del grupo control sano (Reich & Yates, 1988). Asimismo, los parientes de pacientes con fobia social se encontraban con un riesgo mucho más elevado de padecer fobia social que los parientes de individuos del grupo control que no habían experimentado ninguna enfermedad mental (Fyer, Mannuzza, Champan, Liebowitz & Klein, 1993). Por su parte, Rapee y Heimberg (1997) resaltan la posible importancia de los factores genéticos en el desencadenamiento de los síntomas de ansiedad. En esta línea, se han realizado estudios de gemelos que informan del impacto de dichos factores en la explicación de una notable variabilidad descubierta en los problemas de ansiedad (Andrews, 1996). En el caso de los niños, se ha mantenido que la inhibición conductual experimentada en la infancia forma un factor de riesgo para el desencadenamiento posterior de una ansiedad patológica. Los hijos de pacientes de ansiedad presentan una mayor prevalencia de inhibición conductual que los sujetos del grupo control (Rosenbaum, Biederman, Hirshfeld, Bolduc & Chaloff, 1991;

Rosenbaum *et al.*, 1994). Además, los padres de niños con inhibición conductual, comparados con los padres de niños sin la misma, mostraban un riesgo mucho mayor para desarrollar distintos trastornos de ansiedad, fobia social y trastornos de evitación (Rosenbaum *et al.*, 1991). A pesar de todo ello, en la actualidad faltan datos que proporcionen un apoyo empírico directo a la posible transmisión genética de la ansiedad social, aunque sí se cuenta con un cierto apoyo en el caso de la timidez. Por ejemplo, se ha informado de una asociación significativa entre la región 44 del cerebro (promotora del gen transportador de serotonina) y la timidez (Arbelle *et al.*, 2003), constituyendo esta región un polimorfismo genético común que contribuye a puntuaciones altas de timidez en una muestra no clínica de estudiantes. La mayor parte de los estudios realizados con gemelos no permiten sacar conclusiones, basándose éstos en la herencia de la timidez y en los temores sociales en lugar de hacerlo en la fobia social. Generalmente, los trabajos afirman que los factores genéticos desempeñan un papel humilde en el proceso de moderación de la sintomatología y de los rasgos temperamentales característicos en la fobia social. En el trabajo de Tillfors (2004) se ha mantenido que los estudios genéticos proponen que el componente genético da lugar a una vulnerabilidad general al miedo intenso más que a la fobia social en sí. No obstante, tanto los estudios de gemelos como los familiares sostienen la existencia de una contribución hereditaria en la fobia social, resultante de factores genéticos y medioambientales que actúan conjuntamente de una manera interactiva (Tillfors, 2004). Por ejemplo, en el estudio de Gelernter, Page, Stein y Woods (2004) se ha aportado una evidencia a favor de la relación existente entre los marcadores de la cromosoma 16 y la fobia social; además, se han identificado áreas de interés en las cromosomas 9, 14 y 18 que tienen una implicación en la fobia social. Recientemente, se ha detectado la intervención de factores de riesgo tanto genéticos como medioambientales en la fobia social, siendo estos similares a los implicados en otros trastornos de ansiedad de ambos sexos (Hettema, Prescott, Myers, Neale & Kendler, 2005).

- Bases biológicas. Algunos autores consideran que la investigación en farmacología conductual, con el objetivo de ver las respuestas terapéuticas a distintos agentes farmacológicos mediante

determinados mecanismos conocidos, a menudo ha sido utilizada como evidencia de la existencia de ciertas patofisiologías subyacentes a los trastornos tratados. En esta línea, existe una variedad de alternativas de tratamiento para la fobia social sin decantarse por un único sistema de neurotransmisión “responsable” de la neurobiología de la misma (Heimberg, Liebowitz, Hope & Schneier, 2000). Parece ser que los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) incrementan los niveles de serotonina, dopamina y norepinefrina. Por su parte, la fluoxetina bloquea la reabsorción de serotonina de la fisura sináptica. Se ha observado una mejoría significativa en el tratamiento con fluoxetina junto a la autoexposición de los sujetos con ansiedad social, aunque los efectos obtenidos fueron superiores con la terapia cognitiva (Clark *et al.*, 2003). Las benzodiacepinas favorecen la neurotransmisión modulada por el ácido aminobutírico gamma. De cada uno de estos grupos existen algunos fármacos representantes que ayudan al tratamiento de la fobia social. Por ejemplo, la aplicación de un tratamiento mediante clonidina tuvo éxito en un paciente con fobia social (Goldstein, 1987). Del mismo modo, Emmanuel, Lydiard y Ballenger (1991) demostraron que la administración del antidepresivo bupropion provocó mejoría en un paciente con fobia social. Parece ser que los fármacos no aportan un camino común definitivo en la patogénesis de la fobia social. No obstante, Hood y Nutt (2001) afirman que las benzodiacepinas, los inhibidores de la monoamino-oxidasa y los inhibidores selectivos de la serotonina (tales como la fluvoxetina, sertralina y paroxetina) se pueden considerar como efectivos en el tratamiento de la fobia social. El primer sistema de neurotransmisión que se ha estudiado para ver su papel en la génesis del trastorno de ansiedad social es el sistema adrenérgico. Uno de estos trabajos es el de Stein, Tancer y Uhde (1992), quienes informan que las personas con fobia social muestran valores más altos de noradrenalina que los pacientes con trastorno de pánico y los sujetos sanos, aunque las diferencias no han sido significativas. Sin embargo, se han relatado resultados contradictorios a los anteriores, observando una respuesta normal del sistema cardiovascular y de los niveles de noradrenalina y adrenalina en plasma en pacientes con fobia social (Stein, Walker & Forde, 1994). En esta línea, se ha observado que los α -bloqueantes

son eficaces para reducir la ansiedad de los individuos con fobia social que tienen que actuar en público, de modo que a mayor grado de ansiedad mayor eficacia de los mismos (Sutherland & Davidson, 1995). No obstante, no se han relatado mejorías en sujetos con niveles de ansiedad anteriores bajos. El sistema serotoninérgico se ha relacionado con el origen biológico de los trastornos de ansiedad, en general, y de la ansiedad social, en particular. El estudio de Tancer (1993) se llevó a cabo con el objetivo de destacar la importancia de la serotonina en la génesis de la ansiedad social. Se observó que la utilización de la respuesta del cortisol a la administración de fenfluramina (agente liberador e inhibidor de la recaptación de serotonina), como medida de la actividad serotoninérgica, hace que los pacientes aquejados de ansiedad social, en comparación con el grupo control, muestren una respuesta significativa de incremento del cortisol; esto hace concluir que existe la posibilidad de una hipersensibilidad de los receptores 5-HT postsinápticos en pacientes con fobia social, en comparación con los sanos. Así, con el objetivo de estudiar los efectos de la fenfluramina en sujetos experimentales a los que se les produjo un estado de ansiedad, Hetem, de Souza, Guimareas, Zuardi y Graeff (1996) verificaron la función reguladora de la serotonina en la ansiedad. Por su parte, Hollander *et al.* (1998) obtuvieron resultados que indican diferencias de género. La administración de un agonista parcial de la serotonina (m-clorofenilpiperacina-m-CPP) pone de manifiesto una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la respuesta del cortisol al m-CPP. Las mujeres ansiosas socialmente muestran una respuesta más fuerte que los hombres, sugiriendo una disfunción serotoninérgica en los individuos con fobia social, especialmente en las mujeres. En esta línea, se han obtenido resultados eficaces similares con la utilización de la paroxetina en el tratamiento de la fobia social, especialmente para la forma generalizada (Mancini & Van Ameringen, 1996; Stein, Walter & Forde, 1996). Así, la respuesta al tratamiento de la fobia social fue significativamente más alta con la paroxetina que con el placebo a los 12 meses (Lader, Stender, Bürger & Nil, 2004). Un tercer sistema de investigación de los orígenes de la ansiedad social es el dopaminérgico, en el cual se presenta un incremento de las tasas por ansiedad social en pacientes que con

posterioridad experimentan la enfermedad de Parkinson. En esta línea, Stein, Heuser, Juncos y Uhde (1990) informan que cuatro de los 24 pacientes de Parkinson respondieron a los criterios diagnósticos del DSM-III-R por ansiedad social, mientras que otros tres que no cumplieron dichos criterios mostraron ansiedad exagerada como respuesta a determinadas situaciones sociales. Johnson, Lydiard, Zealberg, Fossey y Ballenger (1994) encontraron que los niveles de ácido homovanílico (HVA) (metabolito de la dopamina) en líquido cefalorraquídeo de pacientes con trastorno de angustia y ansiedad social eran significativamente más bajos que los del grupo control. Por otra parte, algunos datos procedentes del tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) fundamentan la suposición del papel del sistema dopaminérgico en la etiología de la fobia social. De todas maneras, los IMAO ejercen su efecto tanto sobre el sistema serotoninérgico como sobre el dopaminérgico, dificultando la identificación de la correspondencia de los efectos. En esta línea, Blanco *et al.* (2003) han encontrado que la fenelcina, clonacepam, gabapentin, brofaromina y los inhibidores selectivos de la serotonina han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la ansiedad social. En cuanto a las benzodiazepinas (sistema gabaérgico), se ha notado una disminución de la densidad de sus receptores periféricos (RPB) en algunos trastornos de ansiedad (Marazziti *et al.*, 1994); asimismo, se ha observado una reducción de los RPB en los pacientes con fobia social generalizada y trastorno por estrés postraumático. En relación al tratamiento de la ansiedad social por las benzodiazepinas, los resultados hallados son alentadores. A pesar de que el diacepam no ha sido eficaz para conseguir dicho objetivo, otras benzodiazepinas potentes tales como el alprazolam y el clonacepam sí lo han sido. Por ejemplo, Davidson, Tupler y Potts (1994) informan que el clonacepam consigue una eficacia en un 78% de los pacientes frente a un 20% del placebo. Por su parte, la gabapentina (agente anticonvulsionante que ejerce su efecto mediante el sistema gabaérgico) ha mostrado eficacia en el tratamiento de la sintomatología ansiosa de la fobia social (Pande *et al.*, 1999). En otro estudio con flumacenilo (antagonista de las benzodiazepinas) se ha registrado un incremento de la sintomatología ansiosa de los pacientes con fobia social (Nutt, Bell & Malizia, 1998). Este resultado abunda en la posible relación

entre la ansiedad social y el sistema gabaérgico. Existen estudios de neuroimagen relativos al trastorno por ansiedad social, donde se han comenzado a obtener diferencias entre pacientes con fobia social y sujetos controles al respecto. En esta línea, se ha empleado la resonancia magnética para medir el tamaño de los ganglios basales, encontrando una gran reducción del volumen del putamen que aumenta con la edad en los ansiosos sociales (Potts, Booke & Davidson, 1996). Así, el grupo de pacientes con fobia social muestran una captación estriatal de α -CIT (análogo a la cocaína) significativamente más baja que el grupo control, lo que señala que el primer grupo ofrece una menor captación de dopamina dentro del núcleo estriado (Tiihonen *et al.*, 1997). A su vez, Malizia (1997) ha informado de cambios característicos en el flujo sanguíneo como respuesta a la ansiedad anticipatoria condicionada en sujetos sanos. Los resultados de un estudio aplicado a un grupo de personas con fobia social, además del grupo de ansiedad condicionada, muestran que el flujo sanguíneo en el cíngulo anterior (un centro emocional) y la ínsula (controla la actividad autonómica) se incrementaba en ambos grupos (Nutt *et al.*, 1998). Este resultado señala la posibilidad de la existencia de circuitos neuronales que tienen un papel específico en el trastorno por ansiedad social.

- Bases neuroendocrinas. Hoy por hoy, existen pocos estudios que pretendan descubrir los mecanismos endocrinos de la fobia social mediante la exploración del funcionamiento de los ejes hipotalámico-pituitario-tiroideo e hipotalámico-pituitario-adrenal y las respuestas hormonales crecientes por la estimulación de la vía noradrenérgica. En esta línea, el estudio de Tancer, Stein y Uhde (1995) revela que la infusión de la hormona hipotalámica liberadora de tirotropina (TRH) da lugar a que los pacientes con ansiedad social experimenten incrementos significativamente más elevados de tensión sanguínea sistólica y arterial media que los pacientes de pánico y los sujetos normales. Estos datos señalan la posible presencia de hiperactividad autonómica en pacientes con ansiedad social. Otra sustancia que se ha investigado es la colicistoquinina (CCK tetrapéptido) que se encuentra en porcentajes altos en determinadas zonas del cerebro, implicadas en la regulación del miedo y la ansiedad, incluyendo el córtex y la zona límbica (Harro,

Vasar & Bradwejn, 1993). Recientemente, se ha encontrado que la CCK-4 atenúa los síntomas cardíacos en los pacientes con trastornos de ansiedad social y de pánico, detectando diferencias significativas entre grupos (fundamentalmente, ansiedad social, pánico y control) en la respuesta comportamental y cardiovascular al CCK-4 (Katzman, Koszycki & Bradwejn, 2004). Por otro lado, los individuos con fobia social muestran una función normal de algunos extremos del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Por ejemplo, Uhde, Tancer, Gelernter y Vittone (1994) contemplaron niveles normales de cortisol libre en orina a los 24 horas, niveles normales de cortisol por la mañana y, con posterioridad a la prueba de la dexametasona, una reducción de niveles del mismo en pacientes con ansiedad social. Por otra parte, se ha observado que los pacientes aquejados de fobia social, a diferencia de un grupo control de sujetos normales, mantenían respuestas atenuadas de crecimiento hormonal frente a la clonidina (administrada por vía intravenosa) (Tancer, Stein & Uhde, 1993). En el estudio de Tancer *et al.* (1995) la respuesta del prolactin (sirve para escoger mediciones de la función dopaminérgica) a la fenfluramina no era diferente entre el grupo de pacientes con fobia social y el de sujetos normales; no obstante, el primer grupo experimenta tasas significativamente mayores de secreción de cortisol que el segundo, en distintos momentos del día. Otra línea de interés es la que señala una implicación de la dopamina central en la sintomatología de la ansiedad social. Se ha propuesto la posibilidad de una correlación entre el temperamento de extraversión y el incremento de la liberación de dopamina central (King, 1986; King *et al.*, 1986). Estos autores proponen que los niveles centrales de liberación de dopamina pueden estar manteniendo una correlación con medidas de la actividad social como la extraversión. La ampliación de la hipótesis fue realizada por parte de Liebowitz, Campeas y Hollander (1987), quienes observan la eficacia diferencial de IMAO (actúan sobre vías adrenérgicas, serotoninérgicas y dopaminérgicas) en pacientes con ansiedad social frente a los antidepresivos tricíclicos (no actúan sobre la vía dopaminérgica y no tienen eficacia en la fobia social). En esta línea, los resultados del estudio de Tancer *et al.* (1995) confirman el papel significativo de la transmisión dopaminérgica en la sintomatología del trastorno por ansiedad social. Por último, los estudios que hemos

mencionado llevarían a señalar la falta de trabajos que intentan abordar las características neuroendocrinas de pacientes con ansiedad social con el objetivo de conducir a nuevos enfoques de intervención de la misma.

Factores psicológicos

Schlenker y Leary (1982) defendían que la ansiedad social tenía lugar cuando el individuo estaba motivado para dar una buena impresión de su persona ante los demás, pero mantenía ciertas dudas con respecto a su capacidad para conseguirlo. En esta línea, se ha propuesto que los individuos que padecen ansiedad social se muestran inquietos como resultado de los pensamientos preocupantes relativos a la activación fisiológica, a su ejecución y a la percepción que tienen las demás personas de ellos. Este hecho les lleva a experimentar altos niveles de ansiedad y bajos niveles de atención prestada a los demás, repercutiendo negativamente en su ejecución social. Estos planteamientos sitúan la ansiedad social dentro del cuerpo de investigaciones sobre la personalidad. Por ejemplo, se ha demostrado una correlación positiva entre autoconciencia pública (Buss, 1980) y ansiedad social (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975; Pilkonis, 1977), desde una perspectiva de rasgo, obteniendo las personas con fobia social puntuaciones superiores en autoconciencia pública (Pilkonis, 1977). Otros rasgos que se han estudiado son la introversión y el neuroticismo (Echeburúa & Salaberría, 1999), informándose que los individuos con fobia social presentan puntuaciones más altas en introversión que las personas que no reciben diagnóstico de trastorno mental y que los que padecen agorafobia (Amiens, Gelder & Shaw, 1983). Por otra parte, se ha hallado que los sujetos con fobia social presentan puntuaciones significativamente mayores en introversión y neuroticismo que la población general. No obstante, no se han registrado diferencias entre los dos grupos en relación a las escalas de psicoticismo y la escala L (Moro, Botella & Ballester, 1997).

Otros factores psicológicos que han cobrado una importancia considerable son los factores de aprendizaje, tales como los déficit en habilidades sociales o la ansiedad condicionada (Echeburúa, 1993).

Según esto, los pacientes con fobia social pueden sufrir la ausencia de algunas conductas en el repertorio comportamental, considerándose éstas imprescindibles para el desenvolvimiento en las interacciones interpersonales. Del mismo modo, la fobia social puede ser el resultado de una situación traumática que se ha aprendido en el contexto de algún encuentro social. Por otra parte, ciertos esquemas cognitivos llegan a jugar un papel principal en la dirección que puede tomar la conducta de un individuo aquejado de ansiedad social. Se trataría de esquemas que apelan a las creencias básicas sobre el *self*, las reglas rígidas de funcionamiento asociadas al funcionamiento social y los supuestos disfuncionales (Clark & Wells, 1995).

Determinados procesos cognitivos (atención, memoria, etc.) actuarían como causas proximales. Se considera importante para los modelos actuales sobre la fobia social no solo el papel del contenido de las cogniciones, sino también las estructuras y estrategias de procesamiento de información que aportarían una explicación y descripción al trastorno. Según los postulados de la mayoría de dichos modelos, se resalta el importante papel que tiene la atención, la memoria y los juicios e interpretaciones en la vulnerabilidad y en el mantenimiento de la fobia social.

- Sesgos de atención. El sistema atencional sería el responsable de detectar y supervisar, mediante los mecanismos necesarios, los estímulos ambientales e interoceptivos (internos) significativos para el estado motivacional del organismo. La ansiedad social es considerada como una emoción adaptativa para la supervivencia del propio organismo, al igual que la ansiedad en general, preparando al organismo ante cualquier amenaza o peligro procedente del ambiente y sirviéndole al individuo a actuar de un modo rápido y eficaz ante los mismos. No obstante, la detección de amenazas y peligros del ambiente por parte de los individuos con fobia social a menudo es excesiva y exagerada, identificando una multitud de estímulos como amenazantes que se estimarían como muy peligrosos. Por ello, el interés por averiguar la existencia de un sesgo atencional en los trastornos de ansiedad en general, y en la fobia social en particular, ha tenido lugar durante la década de los años ochenta.

Se hipotetiza que dicho sesgo puede constituir un factor determinante, tanto en la etiología como en el mantenimiento de dichos trastornos. Del mismo modo, los modelos cognitivo-comportamentales existentes conceden un rol importante a este sesgo atencional (Botella *et al.*, 2003). No obstante, en una revisión reciente, en general, no se ha encontrado una evidencia consistente con la afirmación de que los individuos con fobia social se caracterizan por procesos cognitivos típicos (Stravynski, Bond & Amado, 2004); además, no se ha presentado ninguna evidencia que compruebe el efecto controlador de los procesos cognitivos semejantes en la conducta de fobia social. Por otra parte, se han empleado distintas tareas experimentales con el objetivo de evaluar los sesgos atencionales hacia la información emocional. Una de ellas es la tarea de *Stroop*, en la que se le presenta al sujeto una serie de palabras-estímulos y éste tiene que decir el color de las palabras sin leerlas. En el caso de la ansiedad social, se ha puesto en duda la existencia de un sesgo atencional hacia la presencia de estímulos sociales amenazantes, dependiendo del tipo de tarea de *Stroop* que se emplee, aunque la presentación conjunta de la totalidad de las palabras de amenaza social desencadena el sesgo atencional (Amir, McNally & Wiegartz, 1996; Hope, Rapee, Heimberg & Dombek, 1990; Quero, 1999). No obstante, la presentación de las palabras de un modo aleatorio (juntando las categorías emocionales) da lugar a datos no tan concluyentes (Holle, Neelly & Heimberg, 1997; Maidenberg, Chen, Craske, Bohn & Bystritsky, 1996; Quero, 1999). Los resultados del estudio reciente de Baños, Quero y Botella (2005) señalan diferencias entre los formatos (tarjetas y computerizado) de la tarea de *Stroop* emocional, donde se obtuvo resultados a favor de la hipótesis del sesgo atencional en el caso del formato de tarjetas, pero no en el computerizado. Además, no se dan evidencias sobre un posible sesgo atencional cuando se utiliza el enmascaramiento retroactivo. Por su parte, el grado de evitación de la conducta objetivo se considera fundamental en la presentación del sesgo atencional. Con la finalidad de incrementar la validez ecológica, parte de los estudios han usado otro tipo de tareas, donde se han empleado estímulos que mantienen una relación directa con la situación temida, tales como dibujos o fotos de la misma. Concretamente, en la fobia social se han utilizado caras de personas

(Chen, Ehlers, Clark & Mansell, 2002; Mansell, Clark, Ehlers & Chen, 1999; Mogg & Bradley, 1999), resultando el sesgo atencional hacia las caras negativas consideradas como amenazantes socialmente. Por último, algunas teorías cognitivas (por ejemplo, Clark & Wells, 1995) señalan que el sesgo atencional se centraría en la propia persona (autofocalización de la atención) y no en la información del exterior. Otras (Botella *et al.*, 2003; Rapee & Heimberg, 1997) defienden la posible existencia de un sesgo atencional tanto hacia la información externa como hacia la propia persona, ayudando a la comprensión de los mecanismos implicados en la fobia social. En la actualidad, los datos obtenidos no son concluyentes, de manera que algunas veces éstos apoyan la postura de Clark y Wells, mientras que otras veces favorecen la de Heimberg y Wells (Bradley *et al.*, 1997; Chen *et al.*, 2002; Mansell *et al.*, 1999; Mogg & Bradley, 1999; Veljaca & Rapee, 1998).

- Sesgos de memoria. Las investigaciones también se han interesado por la posibilidad de encontrar un sesgo en la memoria en individuos con trastornos de ansiedad, de manera que éstos retendrían la información amenazante relativa a sus miedos y temores. En esta línea, existen dos teorías que han defendido la idea anterior: la teoría de la red del estado del ánimo y la memoria de Bower (Bower, 1981, 1987) y la teoría de los esquemas de Beck (Beck *et al.*, 1985). Según dichas teorías, las personas ansiosas suelen presentar una mejor memoria para la información asociada a la ansiedad. No obstante, este último resultado se ha verificado de manera repetida en la depresión, mientras los datos no han sido tan concluyentes en el caso de la ansiedad. Williams, Watts, MacLeod y Matthews (1988, 1997) formulan una teoría que aclara la diferencia anterior entre la depresión y la ansiedad, distinguiendo entre dos tipos de recuerdos: consciente y no consciente. Estos autores defienden que es posible que el recuerdo explícito de la información presentada en la ansiedad no diera lugar a sesgos de memoria, apareciendo éstos en una tarea en la que el individuo tiene que usar el material que ha aprendido anteriormente sin que retenga la información, siendo el recuerdo de tipo implícito. Las personas con problemas de ansiedad mostrarían un sesgo cuando seleccionan preferentemente la información asociada a sus miedos durante la tarea de memoria implícita. No obstante,

dicho sesgo no aparece durante el recuerdo explícito de la información emocional aprendida. En el caso de la fobia social, los estudios se han preocupado de resaltar tanto la importancia del tipo de tarea usada (implícita *versus* explícita) como el tipo de estímulo a recordar (verbal *versus* no verbal) con el objetivo de detectar el sesgo de memoria. Los datos no son concluyentes en relación a los estímulos verbales (Becker, Roth, Andrich & Margraf, 1999; Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt & Liebowitz, 1995; Lundh & Öst, 1996; Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft & Rodney, 1994). Es decir, dichos estímulos no provocan la presencia de un sesgo de memoria en la fobia social. Se ha informado que un número elevado de señales de recuerdo de palabras sociales amenazantes se caracterizó por un efecto negativo en el grupo con fobia social frente al grupo de personas sin ansiedad (Wenzel, Jackson & Holt, 2002); no obstante, este efecto fue pequeño, no llegando a ser significativo. Por su parte, la utilización de tareas que implican estímulos no verbales (en su mayoría, expresiones faciales) evoca una facilitación de la recuperación y del recuerdo de la información relativa al peligro y la amenaza social (Foa, Gilboa-Schechtman, Amir & Freshman, 2000; Lundh & Öst, 1996). Además, en comparación con los sujetos sin ansiedad social, los pacientes con fobia social manifiestan mejor reconocimiento y recuerdo de las expresiones faciales negativas que las positivas o neutrales. Este resultado hace concluir que el sesgo de memoria en la fobia social es posible, únicamente, cuando se emplean tareas de recuerdo que hacen uso de expresiones faciales. La validez ecológica de dichas tareas sería mayor que la de las que utilizan palabras, teniendo lugar el miedo a la evaluación negativa, característico en los pacientes con fobia social.

- Sesgos de juicio e interpretación. Finalmente, los sesgos de juicio e interpretación han sido abordados desde las teorías cognitivas para valorar el papel que ejercen en la etiología y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Williams *et al.*, 1997). Se han encontrado diferencias entre ambos procesos a pesar de la relación que mantienen entre ellos (Amin, Foa & Coles, 1998). El sesgo de juicio en la fobia social apelaría a la alta probabilidad de ocurrencia de sucesos negativos de tipo social y a la valoración de unos costes elevados de los mismos para los pacientes, tales como

la evaluación negativa o el malestar. Por su parte, los sesgos de interpretación aludirían a la manera en la que las personas con fobia social realizan interpretaciones negativas de los sucesos sociales ambiguos. En esta línea, se ha demostrado que el uso de medidas explícitas (Muris, Luermans, Merckelbach & Mayer, 2000; Nunn, Mathews & Trower, 1997) y de los indicadores psicológicos de interpretación (Lawson, MacLeod & Hammond, 2002) que se incrementan en los autoinformes de síntomas depresivos de adultos y niños se relacionan con interpretaciones negativas de situaciones sociales ambiguas. Por su parte, los resultados del estudio de Dineen y Hadwin (2004) mostraron que determinados niveles de autoinforme de síntomas depresivos predicen incrementos en el número de las interpretaciones negativas de escenarios sociales ambiguos para el propio juicio. En esta línea, los hallazgos relativos a los sesgos de juicio ponen de manifiesto que la presencia de estas distorsiones en los pacientes de ansiedad social está ligada a la aparición de sucesos negativos asociados a sus miedos específicos, siendo la probabilidad de ocurrencia de los mismos mayor, lo que les causa un elevado coste (Foa, Franklin, Perry & Herbert, 1996; Lucock & Salkovskis, 1988). Por su parte, los resultados referentes a los sesgos de interpretación revelan que los individuos con fobia social tienden a percibir su propia conducta como inadecuada. Estas personas se vuelven muy precisas a la hora de evaluar la conducta de los demás, mostrándose muy negativos durante la evaluación de su propia conducta (Clark & Arkowitz, 1975). Este último resultado se ha repetido en estudios posteriores (Alden & Wallace, 1995; Mellings & Alden, 2000; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). Se ha verificado la especificidad de este sesgo de interpretación en la fobia social, a diferencia de otros trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, el de ansiedad generalizada o la fobia específica (Stopa & Clark, 1993). Asimismo, la interpretación de los sucesos o estímulos sociales ambiguos por parte de las personas con ansiedad social es negativa (Amin *et al.*, 1998; Constans, Penn, Ihen & Hope, 1999; Stopa & Clark, 2000). Del mismo modo, Roth, Antony y Swinson (2001) informan que los pacientes con fobia social mantienen una tendencia a percibir que los demás interpretan que la sintomatología que experimentan encubre altos niveles de ansiedad o una condición

psiquiátrica, sin constituir un indicador de un estado físico normal. Para más información se puede consultar la revisión realizada por Sposari, Abbott y Rapee (2003), quienes muestran un resumen integrador de las pruebas teóricas y empíricas de los sesgos del procesamiento de la información con respecto a la atención, a la interpretación y al procesamiento antes y después de la actuación social, así como de los sesgos de memoria en la fobia social.

Factores socioculturales

La ansiedad social fue explicada por Schlenker y Leary (1982) mediante la teoría de la autorepresentación y la conducta interpersonal tal como hemos señalado anteriormente. Se ha concluido que cualquier aspecto que ejerce algún impacto sobre los componentes de esta teoría (motivación para impresionar a los demás y probabilidad subjetiva de conseguirlo), también influirá sobre la experiencia de ansiedad social. Según dicha teoría, se ha dejado claro que el juicio de la propia persona, acerca de la impresión que causa en los demás para alcanzar las metas que desea, cobraría un papel central en la experiencia de la ansiedad social. Resultaría irrelevante para la teoría lo positivo o negativo que sea la impresión (Leary & Kowalski, 1993). Estos autores defienden que las personas podemos cometer errores cuando emitimos un juicio sobre la impresión que causamos en los demás. Solemos comparar el juicio o las reacciones que recibimos con nuestros estándares internos, dando lugar a diferencias significativas entre individuos que juzgan la misma situación. Entonces cuanto más elevado sea el criterio de comparación más va a ser el nivel de ansiedad social experimentado. Esto ocurriría cuando las personas toman la conducta de individuos (que disfrutan de un alto prestigio o fama o son considerados como muy hábiles en un área de funcionamiento) como estándar de comparación, dando resultados negativos de insatisfacción o la dificultad de superar el criterio elevado empleado para juzgar. Todo ello indica que se está apelando al problema típico de los modelos de autocontrol en relación al criterio de ejecución que la persona utilizaría para compararlo con su conducta (Bandura, 1976; Kanfer & Karoly, 1972; Mischel, 1971). De acuerdo con el modelo de fobia social de la autopresentación, se ha encontrado

que la ansiedad social estaba asociada con incrementos en las expectativas positivas y con decrementos en las negativas (Eggleston, Woolaway-Bickel & Schmidt, 2004). En definitiva, los aspectos recogidos en la teoría de la autopresentación juegan un papel primordial en la comprensión del surgimiento, adquisición y mantenimiento de la ansiedad social.

Por otra parte, los valores existentes en una determinada cultura cobrarían una gran importancia en la vida social de los miembros de la sociedad, dirigiendo sus comportamientos. Dichos valores serían considerados como legados culturales que se transmiten de una generación a otra, aludiendo a una serie de ideas sobre determinados temas (por ejemplo, el éxito, el reconocimiento, el fracaso, el prestigio, etc.) procedentes de la misma cultura. Muchas veces, el logro del éxito, el reconocimiento social o el prestigio estarían ligados al logro del dinero o de la categoría política o laboral y no a determinados aspectos tales como la entrega, confianza, respeto y la capacidad de establecer amistades, tratándose de un éxito extremadamente superficial y materialista (Botella *et al.*, 2003).

Por otro lado, ciertos sistemas de valores culturales tendrían un papel central en la interacción y la ansiedad social, estableciendo una influencia diferencial de los mismos sobre el funcionamiento en grupo y el individual. En esta línea, existen notables diferencias en el tipo de vida que se establece entre unas culturas y otras. Algunas fomentarían la soledad y el establecimiento escaso de contactos interpersonales de modo puntual, mientras que otras concederían un gran valor al apoyo y la colaboración entre los miembros del grupo social (familia, grupo de iguales, vecindad, etc.), aludiendo a los modos de actuación agónico y hedónico. Del mismo modo, las creencias de una determinada cultura, asociadas a la sumisión a la autoridad (de los jefes, varones, progenitores, etc.) pueden tener una gran consideración. Esto determinaría a menudo los comportamientos de los individuos educados y criados en una cultura o sociedad determinada (por ejemplo, sociedades orientales frente a occidentales, cultura gitana, etc.) (Botella *et al.*, 2003).

En esta línea, en la cultura japonesa, el “*taijin kyofusho*” es descrito como una fobia distinta culturalmente en el DSM-IV, clasificándose en cuatro tipos, dependiendo del contenido del miedo

social mantenido (Suzuki, Takei, Hawai, Minabe & Mori, 2003), siendo éstos los siguientes: “*sekimen-kyofu*” (fobia a sonrojarse), “*shubo-kyofu*” (fobia a la deformidad corporal), “*jikohisen-kyofu*” (fobia al contacto ocular directo) y “*jikoshu-kyofu*” (fobia al propio olor corporal desagradable); tan sólo el “*sekimen-kyofu*” puede estar incluido dentro de la categoría de fobia social de acuerdo con el DSM-IV, ya que el miedo a sonrojarse constituiría un síntoma común. Se ha encontrado que los síntomas de ansiedad social evaluados por la *Japanese Scale of Social Anxiety (TKS)* suelen estar más expresados por individuos de nacionalidad japonesa que suelen tener un nivel bajo de independencia, pero alto en interdependencia (Dinnel, Kleinknecht & Tanaka-Matsumi, 2002); estos autores defienden que los síntomas de fobia social también suelen presentarse en este tipo de personas sin considerar la pertinencia a una cultura u otra.

Todo lo anterior confirmaría la labor de prestar una gran atención a los sistemas de valores mantenidos por los miembros de una determinada cultura durante la comprensión y el tratamiento de la ansiedad social. Además, sería de suma importancia tener en cuenta las ideas sobrevaloradas que se mantienen en relación a cualquiera de los aspectos mencionados.

Conclusiones

Existe una serie de factores asociados al surgimiento y el mantenimiento de la experiencia de ansiedad y fobia social. Los más estudiados fueron los evolucionistas, familiares, evolutivos, psicológicos, neurobiológicos y socioculturales. Al parecer, la combinación de varios de estos factores acentúa más la ocurrencia de dicha experiencia.

En cuanto a los factores evolucionistas, parece ser que la ansiedad social tiene lugar como resultado de la activación de sistemas primitivos de valoración/respuesta, responsables del desarrollo de los grupos de interacción social. Según esta vertiente existen dos sistemas complejos de interacción: uno de defensa y otro de seguridad, teniendo lugar por la propia evolución. Entre los factores familiares se encuentran ciertos estilos de crianza, el abandono, el escaso contacto con las situaciones de interacción social y el

modelado; éstos son significativos en el inicio de la ansiedad y fobia social. También son importantes los factores evolutivos, ya que parece ser que en la etapa de la adolescencia se experimenta una susceptibilidad a la crítica y a diferentes modos de desaprobación social, mientras que en la preadolescencia se llegaría a los niveles más elevados de ansiedad social como respuesta al incremento de las demandas sociales. En la actualidad, los datos relacionados con los sustratos biológicos de la ansiedad y fobia social son escasos, atribuyendo la génesis de este trastorno a distintos sistemas de neurotransmisión sin conocer la función exacta de los mismos en la etiología de este problema. Hasta el momento no se ha precisado el tipo de influencia genética en la ansiedad y fobia social, ya que todavía se desconoce mucho sobre este asunto. Además, es difícil sacar conclusiones a partir de los distintos trabajos realizados con gemelos por estar centrados en la timidez y en los miedos sociales. No obstante, existen algunos datos que indican la intervención de factores de riesgo genéticos y medioambientales en la ansiedad y fobia social. En general, se sospecha que los fármacos no siguen la misma dirección en la patogénesis de la ansiedad y fobia social, obteniendo muchos resultados contradictorios. Sin embargo, existen algunos fármacos efectivos en el tratamiento de este trastorno, tales como las benzodiacepinas, los inhibidores de la monoamino-oxidasa y los inhibidores selectivos de la serotonina. Por otro lado, hay una escasez de estudios que tienen como objetivo analizar los mecanismos endocrinos de la ansiedad y fobia social con la finalidad de crear nuevas estrategias de tratamiento para este trastorno. En cuanto a los factores psicológicos, los que se han considerado más importantes en la etiología y el transcurso de la ansiedad y fobia social son los factores de personalidad y aprendizaje, pudiendo adquirir la atención, la memoria y los juicios e interpretaciones un papel significativo en el surgimiento y el mantenimiento de este trastorno. No obstante, algunos estudios al respecto aportan datos contradictorios por no encontrar una evidencia consistente que nos permita concluir que los procesos cognitivos típicos (principalmente, los sesgos de atención, de memoria y de juicios e interpretaciones) son característicos para las personas aquejadas de ansiedad y fobia social. Por último, los factores socioculturales descritos en la teoría

de la autopresentación junto a ciertos sistemas de valores culturales procedentes de determinadas culturas cobrarían un rol principal en el inicio y el mantenimiento de la ansiedad y fobia social, teniendo un importante papel en la interacción social.

En cualquier caso, faltan muchos datos relativos a los distintos mecanismos neurobiológicos implicados en este trastorno y a la manera en la que se interrelacionan los distintos factores asociados para dar lugar a la vivencia de la ansiedad social. Esto quizá podría marcar el futuro de las investigaciones relacionadas con este terreno. Es decir, es verdad que existen muchos datos de investigaciones referentes a los distintos factores asociados al surgimiento, ocurrencia y mantenimiento de la ansiedad y fobia social, pero realmente carecemos de un abordaje capaz de integrar todos estos resultados y dar una explicación clara y precisa que nos ayude a comprender este fenómeno. De todas maneras, todavía existe una dispersión grande en los fundamentos teóricos de los distintos modelos de la ansiedad y fobia social. Esto motivaría la necesidad de buscar nuevas propuestas de explicación de este trastorno cada vez más integradoras con el objetivo de entender la naturaleza de este fenómeno e identificar la importancia de cada uno de los factores que van asociados al mismo.

Referencias

- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 297-316.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Amin, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 945-957.
- Amir, N., McNally, R. J., & Wiegartz, P. S. (1996). Implicit memory bias

- for treta in post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 625-635.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than than the differences. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 3-20). Nueva York: Guildford Press.
- Anxiety Disorders Association of America (2002). *About ADAA: Goals and objectives*. Retrieved September 10, 2002 from <http://www.wadaa.org/aboutadaa/goalsobjectives>.
- Arbelle, S., Benjamin, J., Golin, M., Kremer, I., Belmaker, R. H., & Ebstein, R. B. (2003) Relation of shyness in grade school children to the genotype for the long form of the serotonin transporter promoter region polymorphism. *The American Journal of Psychiatry Washington*, 160, 671-676.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Monsma, A., & Brillman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 183-187.
- Arrindell, W. A., Kweem, M. G. T., Methorst, G. J., Nam der Ende, J., Pol, E., & Moritz, B. J. M. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in- patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Bobes, J., Beidel, D. C. et al. (1998). Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 54-60.
- Bandura, A. (1976). Self reinforcement: Theoretical and methodological considerations. *Behaviorism*, 4, 135-155.
- Baños, R. M., Quero, S. y Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea de Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health*

Psychology, 5, 23-42.

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Becker, E. S., Roth, W. T., Andrich, M., & Margraf, J. (1999). Explicit memory in anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 153-163.
- Blanco, C., Schneier, F. R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C. R., Marshall, R., Sánchez-Lacay, A., & Liebowitz, M. R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 18, 29-40.
- Bornas, X., & Tortilla, M. (1998). Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo-conductual. In S. Cervera, M. Roca & J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 245-307). Barcelona, España: Masson.
- Botella, C., Baños, R. M., & Perpiñá, C. (2003). Una propuesta para comprender la fobia social. In C. Botella, R. M. Baños & C. Perpiñá (Eds.), *Fobia social. avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 87-118). Barcelona, España: Paidós.
- Bousoño, M., Sáiz, P. A., Jiménez, L. & Fernández, J. M. (1999). Bases biológicas del trastorno por ansiedad social. In J. Bobes, M. P. González, P. A. Sáiz & M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 15-26). Barcelona, España: Masson.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behavior Research and Therapy*, 25, 443-455.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Millar, N., Bonham-Carter, C., Ferguson, E.,

- Jenkins, J. & Part, M. (1997). Attentional biases for emotional faces. *Cognition and Emotion, 11*, 25-42.
- Bruch, M. A. (1989). Assessing familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings. *Clinical Psychology Review, 9*, 37-47.
- Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 904-915.
- Bruch, M. A., & Heimberg, R. G. (1994). Differences in perception of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders, 8*, 155-168.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P., & Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Journal of Anxiety Research, 2*, 57-65.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, CA: Freeman.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 651-657.
- Caster, J. B., Inderbitzan, H. M., & Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 237-251.
- Cervera, S., & Ortuño, F. (1998). Límites y bases del concepto de fobia social. In S. Cervera, M. Roca & J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 1-25). Barcelona, España: Masson.
- Chapman, T. F., Mannuzza, S., & Fyer, A. J. (1995). Epidemiology and family studies of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 32-49). New York: Guilford Press.
- Chen, Y. B., Ehlers, A., Clark, D. M., & Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces.

Behaviour Research and Therapy, 40, 677-687.

- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H. et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneider (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clark, J. V., & Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 36, 211-221.
- Cloitre, M., Cancienne, J., Heimberg, R. G., Holt, C. S., & Liebowitz, M. (1995). Memory bias does not generalize across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 33, 305-307.
- Constans, J. I., Penn, D. L., Ihen, G. H., & Hope, D. A. (1999). Interpretative biases for ambiguous stimuli in social anxiety. *Psychophysiology*, 20, 160-167.
- Davidson, J. R. T. (2000). Social anxiety disorder under scrutiny. *Depression and Anxiety*, 11, 93-98.
- Davidson, J. R. T., Tupler, L. A., & Potts, N. L. S. (1994). Treatment of social phobia with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 28-32.
- DeWitt, D. J., Chandler-Couts, M., Offord, D. R., King, G., MacDougall, J., Specht, J., & Stewart, S. (2005). Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 479-502.
- Dineen, K. A., & Hadwin, J. A. (2004). Anxious and depressive symptoms and children's judgements of their own and others' interpretation of ambiguous social scenarios. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 499-513.
- Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A., & Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 24, 75-84.

Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Echeburúa, E., & Salaberría, K. (1999). Tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social. In J. Bobes, M. P. González, P. A. Sáiz & M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 97-112). Barcelona, España: Masson.

Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K., & Schmidt, N. B. (2004). Social anxiety and alcohol use: Evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 33-49.

Emmanuel, N. P., Lydiard, R. B., & Ballenger, J. C. (1991). Treatment of social phobia with bupropion. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11, 276-277.

Faravelli, C., Webb, T., Ambonetti, A., Forneau, F., & Sessarego, A. (1985). Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1493-1494.

Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.

Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433-439.

Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., Amir, N., & Freshman, M. (2000). Memory bias in generalized social phobia: Remembering negative emotional expressions. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 501-519.

Fones, C. S. L., Manfo, G. G., & Pollack, M. H. (1998). Social phobia: An update. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 247-259.

Furmark, T. (2004). Anxiety Disorder: Serotonin transporter gene

- variation correlates with social phobia severity. *Genomics and Genetics Weekly Atlanta*, 6, 12.
- Fyer, A., Mannuzza, S., Champan, T. F., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 286-293.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y., & Klein, D. F. (1995). Specificity in familiar aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 564-573.
- Gelernter, J., Page, G. P., Stein, M. B., & Woods, S. W. (2004). Genome-wide linkage scan for loci predisposing to social phobia: Evidence for a chromosome 16 risk locus. *American Journal of Psychiatry*, 161, 59-66.
- Goldstein, S. (1987). Treatment of social phobia with clonidine. *Biological Psychiatry*, 22, 369-372.
- Harris, R., Noyes, R., Crowe, R. R., & Chaudry, M. D. (1983). Family study of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1061-1064.
- Harro, J., Vasar, E., & Bradwejn, J. (1993). CCK in animal and human research on anxiety. *Trends in Psychopharmacological Sciences*, 14, 244-249.
- Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. (2000). *Fobia social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Hetem, L. A. B., de Souza, C. J., Guimareas, F. S., Zuardi, A. W., & Graeff, F. G. (1996). Effect of d-fenfluramine on human experimental anxiety. *Psychopharmacology*, 127, 276-282.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Archives of*

General Psychiatry, 62, 182-189.

- Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Hollander, E., Kwon, J., Weiller, F., Cohen, L., Stein, D. J., De Caria, C. et al. (1998). Serotonergic dysfunction in social phobia: Comparison to normal control and obsessive-compulsive disorder subjects. *Psychiatry Research*, 70, 213-217.
- Holle, C., Neelly, J. H., & Heimberg, R. G. (1997). The effects of blocked versus random presentation and semantic relatedness or stimulus words on response to a modified Stroop task among social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 681-697.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Hood, S. D., & Nutt, D. J. (2001). Psychopharmacological treatments: An overview. In W. R. Crozier & L. Alden. (Eds.), *International handbook of social anxiety* (pp. 471-504). Chichester, UK: Wiley.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 681-697.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24, 102-129.
- Johnson, M. R., Lydiard, R. B., Zealberg, J. J., Fossey, M. D., & Ballenger, J. C. (1994). A plasma and CSF HVA level in panic patient's with comorbid social phobia. *Biological Psychiatry*, 36, 426-427.
- Judd, L. L. (1994). Social phobia: a clinical overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-9.
- Kanfer, F. H., & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3, 398-416.
- Katzman, M. A., Koszycki, D., & Bradwejn, J. (2004). Effects of CCK-tetrapeptide in patients with social phobia and obsessive-

compulsive. *Depressive and Anxiety*, 20, 51-58.

- Kessler, R., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives General of Psychiatry*, 51, 8-19.
- King, R. J. (1986). Motivational diversity and mesolimbic dopamine: A hypothesis concerning temperament. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotions: Theory, research, and experience: Biological foundations of emotions* (pp. 363-380). Orlando, FL: Academic Press.
- King, R. J., Mefford, I. N., Wang, C., Murchison, A., Caligari, E. J., & Berger, P. A. (1986). CSF dopamine levels correlate with extraversion in depressed patients. *Psychiatry Research*, 19, 305-310.
- Lader, M., Stender, K., Bürger, V., & Nil, R. (2004). Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: Randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depression and Anxiety*, 19, 241-248.
- Lampe, L. A. (2002). Social phobia: Common, disabling and treatable. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 169-175.
- Lawson, C., MacLeod, C., Hammond, G. (2002). Interpretation revealed in the blink of an eye: Depressive bias in the resolution of ambiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 321-328.
- Leary, M. R. (1983). *Understanding social anxiety: Social, personality clinical perspectives*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1993). The interaction Anxiousness Scale: construct and criterion-related validity. *Journal of Personality Assessment*, 61, 136-146.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.

- Liebowitz, M. R., Campeas, R., & Hollander, E. (1987). MAOIs: Impact on social behavior. *Psychiatry Research*, 22, 89-90.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Lucock, M. P., & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Lundh, L., & Öst, L. (1996). Recognition bias for critical faces in social phobics. *Behavior Research and Therapy*, 34, 787-794.
- Maidenberg, E., Chen, E., Craske, M., Bohn, P., & Bystritsky, A. (1996). Specificity of attentional bias in panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 529-541.
- Malizia, A. L. (1997). PET studies in experimental and pathological anxiety. *Journal of Psychopharmacology*, 11, A88.
- Mancini, C. L., & Van Ameringen, M. A. (1996). Paroxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 519-522.
- Mansell, W., Clark, D. M., Ehlers, A., & Chen, Y. P. (1999). Social anxiety and attention away from emotional faces. *Cognition and Emotion*, 13, 673-690.
- Marazziti, D., Rotondo, A., Martini, C., Giannaccini, G., Lucacchini, A., Pancioli-Guadagnucci, M. L., et al. (1994). Changes in peripheral benzodiazepine receptors in patients with panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychobiology*, 29, 8-11.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Melfsen, S., Osterlaw, J., & Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal*

of Anxiety Disorders, 14, 249-261.

- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 243-257.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (1995). Conditioning and ethological models of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assesment and treatment* (pp. 134-163). New York: Guilford Press.
- Mischel, W. (1971). *Introduction to personality*. New York: Holt.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1999). Some methodological issues in assessing attentional biases for threatening faces in anxiety: A aplication study using a modified versión of the probe detection task. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 595-604.
- Montero, I., & León, G. O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Moro, M., Botella, C., & Ballester, R. (1997). *Personalidad y cambio en pacientes con fobia social*. Presented at I Congreso de la Asociación Española de la Psicología Clínica y Psicopatología, 3 a 5 de abril, Madrid, aespaña.
- Muris, P., Luermans, J., Merckelbach, H., & Mayer, B. (2000). Danger is lurking everywhere: The relation between anxiety and threat perception abnormalities in normal children. *Journal of Behaviour Therapy*, 31, 123-136.
- Nickel, P. V., & Uhde, T. W. (1995). Neurobiology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 113-133). New York: Guilford Press.
- Nunn, J. D., Mathews, A., & Trower, P. (1997). Selective processing of concern-related information in depression. *British Journal of Clinical psychology*, 36, 489-503.
- Nutt, D. J., Bell, C. J., & Malizia, A. L. (1998). Brain mechanisms of

- social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 4-9.
- Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23, 123-145.
- Öhman, A., & Dimberg, U. (1984). An evolutionary perspective on human social behavior. In W. M. Waid (Ed.), *Sociophysiology* (pp. 47-86). New York: Springer-Verlag.
- Öhman, A., Dimberg, U., & Öst, L. G. (1985). Animal and social phobias: Biological constraints on the learned fear response. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 123-175). New York: Academic Press.
- Öst, L. G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behavior Research and Therapy*, 16, 439-447.
- Pande, A. C., Davidson, J. R. T., Jefferson, J. W., Janney, C. A., Katzelnick, D. J., Weisler, R. H. et al. (1999). Treatment of Social Phobia with Gabapentin: A Placebo-Controlled Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 341-348.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pilkonis, P. A. (1977). Shyness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality*, 45, 585-595.
- Potts, N. L. S., Booke, S., & Davidson, J. R. T. (1996). The neurobiology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 43-48.
- Quero, S. (1999). *Sesgos atencionales en la fobia social y su grado de cambio después del tratamiento psicológico*. Unpublished tesis doctoral, Universitat Jaume I.
- Rapee, R. M. (1997). The potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology*

Review, 17, 47-67.

- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 741-756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 728-731.
- Rapee, R. M., McCallum, S. L., Melville, L. F., Ravenscroft, H., & Rodney, J. M. (1994). Memory bias in social phobia. *Behavior Research and Therapy, 32*, 89-99.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*, 737-767.
- Reich, J., & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry, 29*, 72-75.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., & Chaloff, J. (1991). Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 5-9.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Pollock, R. A., & Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 10-16.
- Roth, D., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2001). Interpretation for anxiety symptoms in social phobia. *Behavior Research and Therapy, 39*, 129-138.
- Salkovskis, P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy, 19*, 6-19.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin, 92*, 641-669.
- Sheehan, D. (1983). *The anxiety disease*. New York: Charles

Scribner's Sons.

- Sposari, J. A., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2003). Se que los demás piensan mal de mí: Sesgos del procesamiento de la información en la fobia social. *Psicología Conductual, 11*, 459-481.
- Stein, M. B. (1995). *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, M. B., Asmundson, G., & Chartier, M. (1994). Autonomic responsivity in generalized social phobia. *Journal of Affective Disorders, 31*, 211-221.
- Stein, M. B., Heuser, I. J., Juncos, J. L., & Uhde, T. W. (1990). Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *American Journal of Psychiatry, 147*, 217-220.
- Stein, M. B., Tancer, M. E., & Uhde, T. W. (1992). Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 49*, 311-317.
- Stein, M. B., & Uhde, T. W. (1988). Cortisol response to clonidine in panic disorder: Comparison with depressed patients and normal controls. *Biological Psychiatry, 24*, 322-330.
- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry, 151*, 408-412.
- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (1996). Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry, 53*, 169-174.
- Stopa, L., & Calrk, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 255-267.
- Stopa, L., & Calrk, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behavior Research and Therapy, 38*, 273-283.
- Stravynski, A., Bond, S., & Amado, D. (2004). Cognitive causes of social phobia: A critical appraisal. *Clinical Psychology Review, 24*,

421-440.

- Sutherland, S. M., & Davidson, J. R. T. (1995). Beta-blockers and benzodiazepines in pharmacotherapy. En Stein M. B. (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 323-346). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Suzuki, K., Takei, N., Kawai, M., Minabe, Y., & Mori, N. (2003). Is Taijin Kyofusho a Culture-Bound Syndrome? *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1358.
- Tancer, M. E. (1993). Neurobiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *54*, 26-30.
- Tancer, M. E., Stein, M. B., & Uhde, T. W. (1993). Effects of thyrotropin-releasing hormona on blood pressure and Herat rate in phobic and panic patients: A pilot study. *Biological Psychiatry*, *27*, 781-783.
- Tancer, M. E., Stein, M. B., & Uhde, T. W. (1995). Lactic acid response to caffeine in panic disorder: Comparison with social phobics and normal controls. *Anxiety*, *1*, 138-140.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change*. Hove, UK: Erlbaum.
- Tiihonen, J., Kuikka, J., Bergström, K., Lepola, U., Koponen, H., & Leinonen, E. (1997). Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 239-242.
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*, 267-276.
- Torgersen, S. (1979). The nature and origins of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 343-351.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, *9*, 19-35.
- Trower, P., Gilbert, P., & Sherling, G. (1990). Social anxiety, evolution and self-presentation: An interdisciplinary perspective. In H. Leintenberg (Ed.), *Handbook of social and evolution anxiety* (pp. 11-45). New York: Plenum Press.

- Uhde, T. W., Tancer, M. E., Gelernter, C. S., & Vittone, B. J. (1994). Normal urinary free cortisol and post-dexamethasone cortisol in social phobia: Comparison to normal volunteers. *Journal of Affective Disorders, 30*, 155-161.
- Veljaca, K. A., & Rapee, R. M. (1998). Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 311-321.
- Wells, A., & Clark, D. (1997). Social phobia: A cognitive approach. In G. C. L. Davey (Ed.), *A handbook of theory, research and treatment* (pp. 3-26). Chichester, UK: Wiley.
- Wenzel, A., Jackson, L. C., & Holt, C. S. (2002). Social phobia and the recall of autobiographical memories. *Depression and Anxiety, 15*, 186-189.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 826-836.
- Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C., & Matthews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, UK: Wiley and Sons.
- Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C., & Matthews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2a ed.). Chichester, UK: Wiley and Sons.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine, 29*, 309-323.

Recebido em 22 de novembro de 2005

Aceito em 10 de dezembro de 2005

Revisado em 20 de junho de 2006