

Fobia social en la adolescencia

José Antonio Piqueras Rodríguez y José Olivares Rodríguez

Publicado en

MENTE y CEREBRO

Número 49 - Julio 2011

Copyright © 2011 Prensa Científica S.A. Muntaner, 339 pral. 1.ª 08021 Barcelona (España)

Reservados todos los derechos. Prohibida la reproducción en todo o en parte por ningún medio mecánico, fotográfico o electrónico, así como cualquier clase de copia, reproducción, registro o transmisión para uso público o privado, sin la previa autorización escrita del editor de la revista.

Fobia social en la adolescencia

La fobia social o trastorno de ansiedad social es una de las psicopatologías más frecuentes entre los adolescentes. Sin embargo, desde hace 30 años existe controversia acerca de si puede hablarse de un único trastorno o de variantes del mismo. Comienza a haber consenso científico

JOSÉ ANTONIO PIQUERAS RODRÍGUEZ Y JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ

MÁS COMPETENCIAS

El incremento de las demandas sociales y la mayor competencia cognitiva están en la base del aumento de la ansiedad social en la adolescencia.



MARINA VICENTE

¿Se puede agrupar bajo un mismo paraguas la ansiedad a hablar en público, el miedo a interactuar con otra persona, el sentirse observado mientras se come o trabaja, o que los demás noten que nos ruborizamos? ¿O pertenecen más bien estos temores a categorías diferentes? ¿O quizás es cuestión de cantidad: a mayor número de situaciones de ansiedad social mayor grado de generalización de la ansiedad y, por tanto, mayor gravedad del trastorno?

Todavía existe controversia sobre cuál es la mejor forma de clasificación sistemática, basada en criterios empíricos, de la fobia social. El presente artículo realiza una revisión del estado de la cuestión, además de formular futuras líneas de trabajo.

Dimensión real del trastorno

Los trastornos de ansiedad son los problemas mentales más frecuentes en la población general. De entre ellos, la fobia social (también trastorno de ansiedad social) es una de las psicopatologías más comunes en niños, adolescentes y adultos, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, si bien en los primeros es más frecuente. Entre un 2 y un 8 por ciento de la población infantil y juvenil sufre este trastorno, que suele comenzar entre los 12 y los 17 años, con un curso crónico si no se trata. Chicos y chicas presentan miedos sociales similares, con una frecuencia ligeramente superior en el caso de las chicas.

Según el *Manual diagnóstico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR, 2000), la fobia social se caracteriza por el temor persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el individuo puede ser evaluado de forma negativa por otras personas. Es decir, existe una fobia social con variedad de situaciones.

Ruborizarse, sentir un nudo en la garganta, palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, dolores de estómago o de cabeza, son algunas de las respuestas psicofisiológicas de las personas con fobia social ante situaciones que les provocan ansiedad, aun cuando saben que su temor es irracional. En los niños, dicha respuesta suele ser en forma de llanto, tartamudeo o parálisis. En ocasiones el malestar alcanza la intensidad de un auténtico ataque de pánico.

Sufrir tal trastorno durante la infancia y adolescencia puede considerarse un predictor potente de problemas de salud mental en la edad adulta; también se relaciona con las formas más leves de trastornos generalizados del desarrollo (sobre todo el autismo de alto funcionamiento y el trastorno de Asperger), trastorno de ansiedad por separación, de personalidad por evitación, mutismo selectivo y ansiedad ante los exámenes. Asimismo, la fobia social suele vincularse con otros trastornos psicológicos (según algunos autores, entre el 69 y el 92 por ciento de los pacientes suelen sufrir además alguna patología de estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, o de abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas). Asimismo, puede preceder a una depresión mayor.

Las repercusiones de la psicopatología en el proceso de adaptación del niño y del adolescente son graves. Entre sus consecuencias negativas destacan el deterioro en el funcionamiento social (menor apoyo social percibido, menos relaciones íntimas) y escolar (bajo rendimiento académico y abandono escolar), así como una reducción en la calidad de vida y salud (depresión, mayor riesgo de consumo de drogas...).

Interrelaciones

La adolescencia constituye una etapa crucial en el desarrollo de las personas, ya que se trata de un período evolutivo con cambios notables en las relaciones interpersonales. Aunque no debe restarse importancia a los cambios físicos y cognitivos, la necesidad de ser aceptado y de sentirse integrado socialmente resulta más importante para la consolidación de la identidad personal. A ello debe añadirse una «prolongación artificial de la infancia» tras el comienzo de la pubertad [véase «El mito del cerebro adolescente», por Robert Epstein; MENTE Y CEREBRO, n.º 32], fruto de una tendencia sociocultural de las sociedades occidentales.

Los rápidos y notables cambios en las relaciones interpersonales y el consiguiente riesgo de dificultades y malestar explican, en parte, que la ansiedad y los miedos ante las relaciones sociales se incrementen a esas edades, sobre todo entre los 12 y los 18 años. Además, entre los 9 y los 17 años se produce un incremento del malestar y de la evitación de situaciones sociales de interacción (iniciar una conversación con otro

RESUMEN

Miedo a los demás

1 La fobia social es una de las psicopatologías más frecuentes en niños, adolescentes y adultos.

2 No existe consenso unánime a la hora de determinar si existen diferencias cuantitativas o cualitativas entre los subtipos de fobia social.

3 El equipo de trabajo del DSM-V aboga por la existencia de un continuo de gravedad de la fobia social, con la única diferencia a nivel cuantitativo. Los autores proponen clasificar los subtipos a partir de una combinación de criterios cuantitativos y cualitativos.



© FLICKR / XIA-SOMROGERSX

TRASTORNOS ASOCIADOS
La ansiedad social es muy frecuente. Suele preceder a otros trastornos: depresión o abuso de sustancias, entre otros. Provoca aislamiento social.

ETAPA CRUCIAL
La adolescencia es un período en el que las relaciones interpersonales resultan cruciales para el desarrollo de la identidad personal.

chico poco conocido) y de actuación social (exponer un tema en clase). Aparecen dos factores de riesgo relacionados con la ansiedad social: por un lado, el incremento de las demandas sociales para insertarse en la vida del adulto; por otro, el mayor desarrollo cognitivo (operaciones formales) que posibilita la toma de conciencia de la discrepancia entre la propia perspectiva y la de los demás.

A ello se suman dos cuestiones más. Primera, la ansiedad social suele pasar desapercibida a padres y profesores; segunda, resulta difícil en numerosos casos diferenciar un temor social extremo y desproporcionado, incapacitante y molesto, de una ansiedad no patológica y transitoria (menos de seis meses) como respuesta adaptativa a nuevos desafíos o roles sociales (entrar en el instituto, inicio de la pubertad, primeras experiencias afectivo-sexuales...), o incluso de una personalidad tímida e introvertida que no presenta malestar intenso ni interferencias en la vida del joven.

¿Existen diferentes tipos?

Todavía persisten lagunas sobre la heterogeneidad de la categoría diagnóstica del trastorno de fobia social, circunstancia que ha motivado a delimitar la existencia de subtipos o variantes del trastorno. Una cuestión principal es si la gran variedad de situaciones que generan ansiedad social son todas ellas ejemplos particulares o manifestaciones distintas del mismo trastorno o si responden a psicopatologías dispares. En todo caso, tal conocimiento afecta al resultado del tratamiento.

La fobia social se categorizó por primera vez como trastorno específico en la tercera edición del DSM (1980). Desde ese momento se ha reco-

nocido que la ansiedad social puede aparecer en gran diversidad de situaciones sociales, característica que ha generado a su vez el interés por distinguir subtipos y síntomas del trastorno.

La posición oficial del manual y de la mayoría de los investigadores defiende la existencia de al menos dos subtipos: fobia social generalizada y fobia social específica. El primero se define como una fobia social ante «la mayoría de las situaciones sociales». El segundo equivale a un tipo de fobia social menos generalizada (menor número de situaciones temidas), intensa e incapacitante, a la vez que más relacionada con situaciones de actuación en público. Sin embargo, tales definiciones carecen de concreción y claridad. Algunos investigadores interpretan las diferencias entre el subtipo generalizado y el específico en clave cuantitativa, postulando que estos subtipos no son categóricamente distintos, sino que existe un continuo de gravedad: a mayor número de situaciones temidas o evitadas, mayor gravedad, discapacidad y deterioro del trastorno. Así, la fobia social generalizada representaría el polo de mayor gravedad, y la específica, la forma menos grave o interfiriente del trastorno. Por otro lado, la definición de los subtipos de fobia social generalizada y específica (también denominada «circunscrita» o «limitada») propone que, a pesar de que ambas comparten características comunes, se diferencian cualitativamente entre sí según las situaciones sociales temidas.

El mutismo selectivo, el trastorno de personalidad por evitación y la ansiedad ante los exámenes, por su parte, se han propuesto como trastornos independientes en los manuales clasificatorios. Sin embargo, la opinión mayoritaria afirma que existe una relación muy fuerte entre la ansiedad social y estos trastornos. Así, el grupo de trabajo de la quinta edición del manual (DSM-V) considera la posibilidad de eliminar el trastorno de «mutismo selectivo» e incluirlo dentro de la fobia social como subtipo o variante infantil. Asimismo, el trastorno de personalidad por evitación presenta un alto solapamiento con la fobia social. Las personas con personalidad por evitación tienen un sentido negativo de sí mismo y presentan una gran inhibición en las relaciones interpersonales íntimas. En la actualidad coexisten dos posturas respecto a esta asociación: una que aboga por considerarlo una forma extrema de fobia social y otra que propone integrarlo como parte de un trastorno del espectro de la esquizofrenia. Por último, un tipo de ansiedad ante los exámenes ha llegado a proponerse como una forma de ansiedad social.

MARINA VICENTE



Se trata de un miedo, una preocupación y una aprensión excesivos antes, durante y después de la evaluación, con síntomas de reactividad fisiológica y preocupaciones por las consecuencias de una pobre ejecución. Sin embargo, hoy por hoy este temor se considera desde diversas perspectivas. Se trata de una fobia social si existe miedo a la evaluación negativa por parte de los demás; de un trastorno de ansiedad generalizada si la preocupación irracional central se basa en las consecuencias de suspender el examen; y de un trastorno obsesivo-compulsivo si las obsesiones sobre los exámenes o su preparación son el problema central. Incluso algunos la consideran una fobia específica.

En resumen, no existe consenso a la hora de determinar si hay diferencias cuantitativas o cualitativas entre los subtipos de fobia social. No obstante, el equipo de trabajo del DSM-V y la mayoría de los autores abogan por la existencia de un continuo de gravedad de la fobia social, según el cual tan solo existen diferencias a nivel cuantitativo. Es decir, a mayor número de situaciones temidas o evitadas, mayor gravedad, discapacidad y deterioro del trastorno, sin existir un punto de corte válido para separar los subtipos. No es menos cierto que el futuro DSM-V también propone mantener dos especificadores o variantes del trastorno: la fobia social solo de actuación y el subtipo generalizado. Esta última variante sigue considerándose útil en práctica clínica, a pesar de que la utilización del mismo resulta problemática. El grupo de consenso sigue trabajando en esta cuestión.

Clasificación en adolescentes

La mayoría de los estudios que han investigado los subtipos de fobia social en la adolescencia se basan en muestras de adultos. En este sentido, cabe plantearse si existe un subtipo evolutivo de dicho trastorno circunscrito al período de la infancia o adolescencia y que, por tanto, requiere criterios diagnósticos específicos. Las respuestas a dicho interrogante parecen claras: la fobia social es un diagnóstico válido en niños y adolescentes; además, las diferentes fuentes de datos (biológicas, familiares, demográficas, historial de comorbilidad y respuesta al tratamiento) sugieren que deben utilizarse los mismos criterios diagnósticos para identificar la patología a cualquier edad. Por tanto, carece de sentido considerar un subtipo evolutivo específico de la fobia social para niños y adolescentes.

Los estudios que apoyan tal afirmación describen unas mismas características en pacientes



© FLICKR / NORHENDRUSLAN

adultos y en adolescentes. Entre ellas se encuentran la implicación de la activación de la amígdala ante las señales de amenaza social, la predisposición orgánica general a padecer trastornos de ansiedad y afectivos (aunque no exista una vía de transmisión directa), la asociación con otros trastornos internalizantes de inicio más temprano (fobias específicas y ansiedad de separación) y con otros de inicio más tardío (depresión, trastorno de pánico y ansiedad generalizada), la mayor frecuencia en mujeres y la eficacia del tratamiento psicológico cognitivo-conductual y de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. No obstante, ello no significa que deban desestimarse las particularidades del trastorno en la adolescencia.

La problemática de la delimitación de los subtipos de fobia social en la población infantil y adolescente se halla en sus albores. En cambio, en los adultos, la bibliografía ha mantenido tres posturas básicas: una que niega la existencia de subtipos cualitativos pero afirma una correlación entre gravedad y número de situaciones sociales temidas, la que diferencia entre fobia social de relación y de actuación, y finalmente, la que integra ambos postulados.

Propuesta de subtipos en adolescentes

En España, nuestro grupo de investigación propuso una nueva forma de clasificar los subtipos de fobia social a partir de una combinación de criterios cuantitativos y cualitativos. A diferencia de la formulación actual de los subtipos propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2000), distingue entre fobia social de actuación y de relación, además de entre fobia social generalizada y específica.

TEMOR A LOS DEMÁS

En ocasiones, las situaciones que demandan una actuación ante una audiencia pueden desencadenar la respuesta de ansiedad social.

Características de la fobia social

- Miedo persistente y acusado ante situaciones sociales en las que la persona podría ser evaluada negativamente por otros, lo que interfiere de forma importante en su vida.
- Las personas con este trastorno suelen comprender que sus sensaciones son irracionales, aunque sufren una respuesta de ansiedad que puede alcanzar la intensidad de un auténtico ataque de pánico y la presencia de conductas de evitación, escape y seguridad.
- El tratamiento psicológico cognitivo-conductual y los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han mostrado una alta eficacia en niños, adolescentes y adultos.

Diagnósticos contrapuestos

Dos ejemplos reales de cómo cambia el diagnóstico según se tomen criterios de la cuarta y quinta edición del manual DMS o los de nuestro equipo.

CASO

Juan es un joven de 16 años que asiste a 4º de ESO. No tiene pareja. Vive con el padre y sus tres hermanos mayores. Sus padres están divorciados. La madre abandonó el hogar familiar cuando él tenía 10 años. Juan relata que desde siempre le ha costado mucho trabajo relacionarse con otros si no tenía «garantías» de que les iba a caer bien, y de que ha dejado de hacer cosas por el miedo a lo que puedan pensar de él o porque le puedan criticar. Su preocupación por ser criticado o rechazado es una constante en su vida, así como también el temor a implicarse en nuevas actividades que supongan comprometerse y enfrentarse a la incertidumbre generada por estas. Recuerda que desde el ingreso en el parvulario se mostraba como un niño retraído socialmente, si bien fue al inicio del instituto cuando el problema comenzó a ejercer una mayor interferencia en su vida. No existe una historia previa de consumo de sustancias tóxicas, pero si sale con los amigos, necesita tomar tres o cuatro copas para sentirse más relajado y seguro, y disfrutar de la situación. Durante el período de colegio tenía un amigo íntimo, con el que en la actualidad mantiene escaso contacto. El padre de Juan no

presenta una historia personal de dificultades a la hora de relacionarse con otras personas, más bien al contrario, se muestra sociable y muy asertivo. Ve a Juan «perdido, nervioso, ansioso, con muchas dificultades para relacionarse con amigos y amigas»; se siente impotente, explica: «No he sido capaz de ayudarle o aconsejarle para resolver el problema». Respecto a sus expectativas acerca del tratamiento, espera que a partir de esta intervención su hijo comience a tener «soltura» a la hora de relacionarse con chicos y chicas de su edad, que no tenga miedo a «situaciones sociales incómodas, como ser el centro de atención», a hablar en público y que «aprenda a convencer con inteligencia». Juan resume sus preocupaciones y sus objetivos como sigue: «Me cuesta mucho salir y mucho más relacionarme con chicas porque me pongo muy nervioso, me preocupa mucho el qué dirán o qué pensarán de mí»; también confiesa sentirse muy inquieto y estar preocupado por las relaciones con otras personas. Por otro lado, le gustaría «poder hablar delante de la gente y asistir a lugares donde hay gente sin padecer el malestar que siento». Las situaciones sociales que Juan se marca como conductas-objetivo durante la terapia son: exponer en clase, acu-



© FLICKR / TORRESZ1

MIEDO A RELACIONARSE

Una situación social muy común en la adolescencia es la que implica una cita con otro adolescente (situación típica que puede generar temor a la interacción social).

El miedo social a la actuación y a la relación son cualitativamente semejantes, aunque interfieren de modo distinto en la actividad cotidiana del sujeto, por lo que generan intensidades de padecimiento subjetivo dispares. El grado de malestar e interferencia que generan las situaciones sociales con relación interpersonal es mayor que en aquellas en las que no se requiere una relación directa con el otro o se reduce a una sola situación. Asimismo, el malestar y la interferencia serán mayores cuanto mayor sea el número de situaciones interpersonales fóbicas. La propuesta asume, pues, la delimitación de los subtipos fobia social de actuación y fobia social de relación, según el grado de participación directa. Entre las primeras destacan hablar, comer o beber en público, escribir delante de otras personas y usar aseos públicos; entre las segundas, participar en reuniones, fiestas o dinámicas

escolares, hablar con desconocidos, dirigirse a personas con autoridad, negar o pedir ayuda a alguien, iniciar y mantener una conversación o citarse con una persona del sexo opuesto.

Por otro lado, la propuesta incluye un requisito o condición mixta (cualitativa-cuantitativa). De esta manera, asigna el subtipo generalizado de fobia social (basado en los criterios del DSM-IV) en razón al grado de interferencia y malestar. El resultado de ello es una categoría de fobia social específica (FSE, ansiedad ante una sola situación de interacción social o cualquier número de situaciones de actuación) y tres grados de fobia social generalizada: fobia social levemente generalizada (FSLG, de dos a cinco situaciones de ansiedad social, de las que al menos dos son de interacción), fobia social moderadamente generalizada (FSMG, de seis a nueve situaciones, al menos dos de ellos de interacción) y fobia

dir a citas con chicas, explicar una dirección a una persona desconocida, asistir a una fiesta o reunión social y comer en público.

DIAGNÓSTICO

Juan presenta características compatibles con fobia social, según el DSM-IV y DSM-V, aunque no quedaría claro si se trata de un subtipo generalizado, ya que existen varias situaciones. Según nuestra clasificación, presenta fobia social levemente generalizada, ya que suma cinco situaciones sociales temidas, de las cuales dos son de interacción social.

CASO

Nerea es una chica de 16 años. El año anterior superó 4º de ESO con una nota media de 6,5. Este año, en el primer cuatrimestre de 1º de Bachillerato, lleva cinco asignaturas suspendidas. Cursa la modalidad de ciencias sociales. Según explica: «Me da vergüenza hacer muchas cosas, como andar sola por la calle y ser observada, salir con amigas, comprar cuando hay gente en una tienda, bailar en público, leer delante de la clase, preguntar en clase, ser observada corriendo en educación física, hacer cosas en público, ducharme en el vestuario femenino con más compañeras; hablar con desconocidos, con algún chico o en público». Teme que va a fracasar en estas situaciones, los demás se van a reír de ella, la rechazarán. Suele sentir calor y sudor, le tiembla el cuerpo, tiene sofocos y

«sensaciones en la barriga». Trata de evitar las situaciones: no mira a los ojos, mira para otro lado, trata de escapar, aligera el paso, habla en voz baja. Señala que a veces ha bebido un poco y ha notado cierta mejoría. En definitiva, trata de no mostrarse a los demás, de protegerse evitando situaciones o escapando de ellas para que no se den cuenta y le confirmen tales ideas tan negativas. Suele pensar mucho en estas cosas, que le hacen sentir mal, además de que no le llevan a ninguna parte. Le ocurre desde hace dos o tres años. Además tiene muy baja autoestima, una autoimagen muy negativa y problemas de concentración en los estudios. Manifiesta antecedentes de rechazo por parte de otras personas y ciertas dificultades de rendimiento escolar, entre otras cosas. También cree que no es muy inteligente, porque le cuesta retener la información, que no sabe expresarse, que es poco simpática y se considera muy poco atractiva físicamente. En definitiva, cree firmemente que no es lo suficientemente buena y valiosa. Suele evaluarse y evaluar a los demás de forma polarizada o dicotómica. Su objetivo con la terapia es: «que no me dé tanta vergüenza todo».

DIAGNÓSTICO

El DSM-IV le asignaría fobia social generalizada; el DSM-V, también. En nuestro caso, se le diagnosticaría fobia social gravemente generalizada (más de diez situaciones).

ANGUSTIA EN CLASE

Un tipo de temor ante los exámenes ha llegado a proponerse como una forma de ansiedad social.

social gravemente generalizada (FSGG, diez o más situaciones, de las que al menos dos son de interacción).

En enero de 2008 apareció publicado en el *Journal of Anxiety Disorders* un trabajo de nuestro equipo en el que por primera vez se presentaba la validación de la nueva propuesta de delimitación y utilización de los subtipos de fobia social en adolescentes. El trabajo apoyó la coexistencia de un sistema clasificatorio de los subtipos de fobia social según el tipo de situación temida y la idea del continuo (a mayor número de situaciones, mayor gravedad del problema). El objetivo de la propuesta es mejorar el pronóstico y los tratamientos específicos para cada subtipo de fobia social.

En el estudio participaron 971 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años de 59 centros de Educación Secundaria y

Bachillerato de áreas rurales y urbanas del sudeste de España. Tras cumplimentar diversos cuestionarios, los adolescentes realizaron una entrevista diagnóstica basada en el DSM-IV. Los resultados mostraron dos dimensiones o subtipos de fobia social: «ansiedad de interacción» (miedo a relacionarse o a interaccionar con otros) y «ansiedad de actuación» (miedo a ser observado en cualquier situación social). El posterior análisis de conglomerados a partir de las puntuaciones que los adolescentes habían obtenido en diversas situaciones sociales reveló cuatro subtipos dentro de los dos tipos de fobia social anteriores: fobia social específica, fobia social levemente generalizada, fobia social moderadamente generalizada y fobia social gravemente generalizada.

Las comparaciones de las variables psicopatológicas y demográficas manifestaron diferencias

MARINA VICENTE



Dimensiones de la fobia social

Como cualquier otro trastorno de ansiedad, la fobia social suele definirse a partir de tres dimensiones o componentes de la respuesta de ansiedad: los pensamientos, ideas, creencias que aparecen (cognitivo), las sensaciones físicas que se sienten (fisiológico) y las conductas o actos que se realizan para tratar de reducir el malestar asociado (motor).

| Respuesta cognitiva (pensamientos) | Respuesta fisiológica (sensaciones físicas) | Respuesta operante motora y cognitiva | |
|--|---|---|---|
| | | Motoras: Conductas de evitación, escape o seguridad (defensivas o de escape parcial) | Cognitivas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estoy causando mala impresión • Todos me están mirando • Estoy perdiendo el control • No podré hablar, me quedaré en blanco • Me atrancaré y hablaré raro • Parezco anormal • No me respetarán • Notarán que estoy nervioso • Se me caerán o derramaré... • Soy aburrido • No valgo para nada • Pensarán que soy tonto • No les gusto • Parezco tonto | <ul style="list-style-type: none"> • Rubor/sonrojo • Palpitaciones/taquicardia • Sudoración excesiva • Temblores • Tensión muscular • Falta la respiración • Como si te atragantaras • Presión en el pecho • Molestias gastrointestinales (náuseas o dolor en el estómago, diarrea) • Mareo o como si te desmayaras | <ul style="list-style-type: none"> • No ir a los lugares temidos • No iniciar conversaciones • Hablar poco • Respirar lentamente • Sostener objetos en las manos • Moverse despacio • Tratar de relajarse • Sentarse • Ocultar la cara • Llevar ropa que protege • Mantener los brazos pegados al cuerpo • Centrarse en la propia voz • Evitar mirar a los ojos de los otros • Hablar rápidamente • Centrarse en las propias manos | <ul style="list-style-type: none"> • Controlar los pensamientos • Evaluar mentalmente la actuación • Revisar frases • Desconectar • Tratar de distraerse pensando en otras cosas |

significativas entre los cuatro subtipos. En este sentido, se asoció a una mayor gravedad de la fobia social una mayor sintomatología ansiosa y mayor número de otros trastornos psicológicos asociados (depresión, trastornos de ansiedad y de la personalidad, historia familiar psiquiátrica). Además, la estructura multidimensional de los subtipos de fobia social que se encontró resulta consistente con las características psicopatológicas y demográficas diferenciales de cada grupo. De esta manera, presenta ventajas en el pronóstico del curso del trastorno, así como para optimizar los tratamientos específicos para cada subtipo y mejorar la eficacia de la intervención.

Nuestro planteamiento teórico, que cuenta con apoyo científico, puede trasladarse a la práctica clínica de la siguiente manera:

- Un adolescente con fobia social específica se desarrollará de forma casi normal, con la

excepción de que, si puede, evitará hablar en público (u otra situación de actuación social).

- El sujeto con fobia social levemente generalizada puede llevar una vida bastante normalizada, si bien sus ansiedades afectarán a más de dos situaciones de relación interpersonal.
- El adolescente con fobia social moderadamente generalizada presentará una interferencia superior. Puede padecer un síndrome distímico comórbido, sufrir mucho en situaciones sociales y ver afectados sus estudios.
- Por último, un joven con el subtipo de fobia social gravemente generalizada podrá sentir la necesidad de dejar el instituto a causa de su ansiedad, la cual afectará a casi cualquier situación, incluso familiar. Es probable que cumpla con algunas de las características del diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación, que padezca sintomatología

depresiva grave y haya pensado en consumir alcohol u otras sustancias con el fin de rebajar su malestar y afrontar situaciones sociales.

En cualquiera de dichos subtipos puede darse un consumo de drogas como estrategia de afrontamiento, un bajo rendimiento escolar (a pesar de la capacidad intelectual y actitudinal normal del individuo), depresión y riesgo de cometer suicidio, entre otros problemas. Dicha probabilidad crece conforme el subtipo de fobia social es más generalizado.

Tratamiento adecuado

La tradición científica ha diferenciado tipos de fobia social con el fin de adecuar la intervención psicológica a cada subtipo. Diversas investigaciones señalan el tratamiento cognitivo-conductual en grupo como el más indicado tanto para sujetos con fobia social no generalizada o específica (miedo a hablar en público), como para la fobia social generalizada. A pesar de ello, se ha podido constatar que, en este último caso, los pacientes presentan más síntomas ansiosos tras el tratamiento que aquellos que sufren de una fobia social menos generalizada o un miedo social específico.

Para despejar dudas, recientemente nuestro equipo ha analizado la relación entre el grado de generalización de fobia social y la eficacia del tratamiento psicológico en una muestra de adolescentes tratados en grupo en el ámbito escolar. Si bien no se hallaron diferencias entre los grupos ni a nivel estadístico (puntuaciones en los autoinformes) ni clínico (porcentaje de individuos que dejan de cumplir criterios diagnósticos para la fobia social), la magnitud de los beneficios del tratamiento reveló una relación proporcional entre la eficacia del tratamiento y la gravedad de los subtipos. Es decir, los pacientes que mostraron una mayor mejoría fueron aquellos con fobia social más generalizada, seguidos por los que manifestaban un grado moderado y, por último, por los que presentaban poca generalización del trastorno. Los datos recogidos apoyan la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en la fobia social generalizada, con independencia de la gravedad o grado de generalización.

Futuro, retos y avances

Con todo, la fobia social en la infancia y la adolescencia todavía presenta desafíos significativos para la comunidad científica. Es pronto para decir



MARINA VICENTE

la última palabra respecto a los subtipos de fobia social. Algunos estudios recientes y el grupo de consenso que prepara la próxima publicación de la quinta edición del DSM parecen inclinarse por la idea del continuo de gravedad: cuantas más situaciones sociales se temen, mayor es la gravedad de la fobia social. Al mismo tiempo defienden que se mantenga la diferenciación entre una ansiedad social «generalizada» (de base familiar o genética, inicio temprano y malestar general) y una ansiedad ante la actuación social (por condicionamiento u origen traumático, de inicio tardío y menos generalizada).

En definitiva, la clasificación científica de la fobia social se encuentra en plena transformación. El resultado del proceso permitirá mejorar el pronóstico, el tratamiento y la prevención del trastorno en una etapa trascendental de la vida, la adolescencia.

José Antonio Piqueras es profesor del departamento de psicología de la salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Es docente en el máster en terapia psicológica con niños y adolescentes de la misma universidad. José Olivares Rodríguez es catedrático del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico de la facultad de psicología de la Universidad de Murcia. Dirige la unidad de terapia de conducta y es codirector del máster en psicología clínica y de la salud de esta misma universidad.

SIGNOS DE ANSIEDAD

El miedo a mostrar signos de ansiedad ante otros, como el rubor o una sudoración excesiva es una de las situaciones sociales comunes temidas.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (4.ª edición). American Psychiatric Association; Washington, DC, 2000.

UN MODELO TENTATIVO SOBRE LA GÉNESIS, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL. J. Olivares y V. E. Caballo en *Psicología conductual*, vol. 11, págs. 483-515, 2003.

A NEW PROPOSAL FOR THE SUBTYPES OF SOCIAL PHOBIA IN A SAMPLE OF SPANISH ADOLESCENTS. J. A. Piqueras, J. Olivares y J. A. López Pina en *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 22, págs. 67-77, 2008.

SOCIAL ANXIETY DISORDER: QUESTIONS AND ANSWERS FOR THE DSM-V. S. M. Bogels et al. en *Depression and Anxiety*, vol. 27, págs. 168-189, 2010.