Psicología Conductual, Vol. 11, Nº 3, 2003, pp. 483-515

UN MODELO TENTATIVO SOBRE LA GÉNESIS, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

José Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia (España)
Vicente E. Caballo
Universidad de Granada (España)

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto dar a conocer una propuesta explicativa de la fobia social que incorpora un proceso en el que se incluye en su presentación actual una fase de vulnerabilidad, otra relativa a la génesis y una tercera referida a las variables relevantes que participan del mantenimiento del trastorno. El modelo postula la existencia de una asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables propias del sujeto que propicia la génesis del trastorno bien de forma directa bien de manera insidiosa. En el contexto social negativo se distinguen tres grandes grupos de variables: las relativas al medio familiar, al escolar y a otros contextos. Entre las variables propias del sujeto se incluyen aspectos evolutivos y no evolutivos, respuestas de escape, las variables de personalidad y déficit de aprendizaje. La asociación se supone establecida a partir de los procesos de condicionamiento clásico, instrumental, modelado y la transmisión de información. El modelo atribuye a la incertidumbre percibida por el sujeto y a las respuestas de escape y de evitación un papel central en el inicio, desarrollo y mantenimiento. Finalmente, se presentan algunas implicaciones del modelo tanto en lo relativo a los subtipos recogidos por el DSM-IV-TR (APA, 2000) como respecto del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *Fobia social, ansiedad social, modelo, etiología, génesis, mantenimiento, desarrollo.*

Abstract

The main aim of this paper is to make an explanatory proposal regarding social phobia incorporating a process including a vulnerability phase, another

---

Correspondencia: José Olivares, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, P.O. Box. 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: jorelx@um.es

A Toñi Olivares Alcalá (TQP)

regarding its genesis, and a third referred to the relevant variables participating in the maintenance of the disorder. The model postulates the existence of an association among a negative social context and a group of particular variables of the individual that facilitate the genesis of the disorder either in a direct or an insidious way. In the negative social context three main groups of variables are distinguished: family, school, and other contexts. Among the characteristic variables of the individual we identify evolutionary and not evolutionary aspects, escape responses, personality variables and learning deficits. The association is supposed to be established from the processes of classic and instrumental conditioning, modeling and instruction. The model attributes a key role to the uncertainty perceived by the subject and to the escape and avoidant responses considering the onset, development and maintenance of the disorder. Finally, some implications of the model are presented regarding the subtypes included in the DSM-IV-TR (APA, 2000) as well as treatment.
KEY WORDS: *Social phobia, social anxiety, model, ethiology, origin, maintenance. development.*

Introducción

Siguiendo el modelo propuesto en su día para el mutismo selectivo (Olivares, Méndez y Macià, 1996) y el realizado para el desarrollo de la fobia social (Caballo, Andrés y Bas, 1997), presentamos el borrador de una propuesta explicativa de la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social que también incorpora algunas de las variables y procesos incluidos en las propuestas de Barlow (Barlow, 1988; Hofmann y Barlow, 2002), Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997), Rappee y Heimberg (1997), Rachman (1978) y Shelenker y Leary (1982).

Este intento incluye cuatro fases: una relativa a los factores de vulnerabilidad e inicio (génesis) de la fobia social, otra concerniente al desarrollo, una tercera que se ocupa del tránsito de la timidez y otros problemas subclínicos de ansiedad social hasta la fobia social (que será presentada en una próxima publicación) y, finalmente, una cuarta centrada en los mecanismos implicados en su mantenimiento.

El modelo presupone que la alteración de las respuestas del sujeto, generada por la asociación producida de forma abrupta o insidiosa entre un contexto social negativo y un conjunto de variables organísmicas, da lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas. En tal patrón se incluyen tanto la respuesta de alerta (ante la misma situación o situaciones similares) como las respuestas de escape, parcial y completo (primero), y las de evitación (después), responsables directas de la reducción o eliminación de la intensidad de la estimulación que resulta aversiva para el sujeto. La respuesta de alerta estaría referida a la potencial evaluación negativa de la actuación/relación ante/con los otros, como consecuencia del «descontrol percibido» que genera la reacción inadecuada (excesiva) que producen las variables que intervienen en los procesos de génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno. Tal respuesta de alerta se presupone tanto más intensa cuanto mayor sea la incertidumbre del sujeto con respecto al efecto en el otro (interlocutor) u otros (audiencia) de las repercusiones de tales reacciones inade-

cuadas (excesivas) en su actuación/relación. Así mismo, la intensidad y duración de la respuesta de alerta tendrían un efecto directo en la intensificación progresiva de la activación del patrón de respuestas de ansiedad y éste, a su vez, en la de la propia respuesta de alerta ante las potenciales amenazas internas y externas que pudieran presentarse a partir de ese momento.

La progresión de este bucle defensivo y retroalimentado conllevaría la merma progresiva (hasta su anulación) de la atención prestada a los eventos positivos generados/asociados a la actuación/relación ante/con otros.

El objeto del presente trabajo es favorecer la discusión sobre una propuesta que, partiendo de la integración de los hallazgos que estimamos más relevantes sobre la fobia social, pretende ofrecer una vía para el desarrollo de un modelo basado en el papel de la incertidumbre en la génesis y desarrollo de las respuestas de ansiedad.

Fase de la génesis de la fobia social

En esta fase nos ocupamos del conjunto de factores que el modelo presupone como predisponentes o precipitantes del inicio de la fobia social. Es decir, se incluyen las principales variables y grupos de variables cuya interacción resulta altamente propiciatoria para la génesis o inicio de la fobia social.

Variables incluidas en el contexto social negativo

Desde este modelo, la fobia social se presupone como el resultado de la intervención de una o más modalidades de aprendizaje que pueden intervenir de forma aislada o combinada (en paralelo, de manera convergente o consecutivamente), mediando la interacción entre un contexto social negativo y un conjunto de variables organísmicas cuya implicación generaría un alto potencial de vulnerabilidad (Turner, Beidel y Epstein, 1991). Esta interacción mediada tendría como efecto la aparición y posterior delimitación de un patrón de respuestas de ansiedad que inicialmente surgiría como una reacción puntual y adaptativa ante una situación social vivida como una amenaza para la integridad del sujeto, pero que, posteriormente, se consolidaría como consecuencia del número o la intensidad de los ensayos realizados y se generalizaría a otras situaciones sociales, por asociación, transformándose, así, su función de adaptativa a desadaptativa.

Son para nosotros variables relevantes en el contexto social negativo los modelos humanos que, siendo significativos para el sujeto, manifiestan de forma directa o indirecta su aversión a la relación/actuación con/ante personas ajenas al ámbito íntimo o muestran su identificación con otras personas que las evitan, porque ello predispondrá primero al niño, pero también después al adolescente y al adulto, a actuar de modo similar en situaciones equivalentes (así, Bandura, 1969; Bandura, Ross y Ross, 1963; Bandura y Walters, 1980; Bruch, Gorsky, Collins y Berger, 1989; Dadds, Barrett, Rapee y Ryan, 1996; Daniels y Plomin, 1985; Finnie y Russell, 1988; Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin y Klein, 1995; Gerull y Rapee, 2002; Messer y

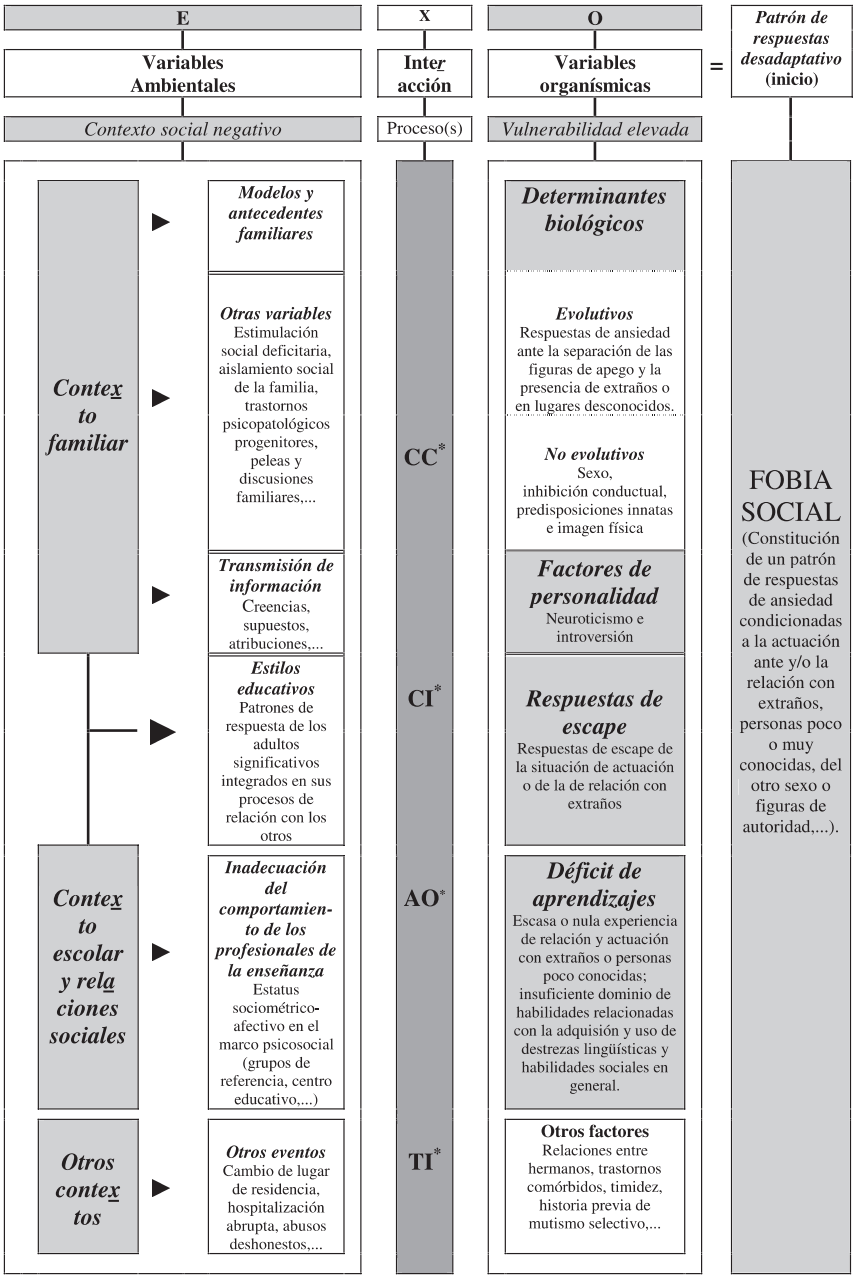
Beidel, 1994; Ollendick y King, 1991; Öst, 1985; Rachman, 1978; Reich y Yates, 1988 o Silverman y Kurtines, 1996).

Desde los postulados del modelo explicativo que proponemos, la existencia de antecedentes familiares relacionados con la ansiedad social también puede influir tanto de forma directa como a través de la transmisión de información, es decir, teniendo el sujeto conocimiento de la manera de comportarse de otras personas de su ámbito familiar en tales situaciones (véase Olivares, Méndez y Macià, 1996). La existencia de estos precedentes actuaría también en el medio social-familiar activando el mecanismo favorecedor del incremento de la comprensión hacia el chico o la chica; tal incremento de la comprensión llevaría aparejado, generalmente, el refuerzo positivo de las respuestas de escape y evitación y, así mismo, tal precedente actuaría muy a menudo como elemento que restaría importancia al trastorno y favorecería la demora de la solicitud de ayuda profesional.

Otras variables propias del contexto familiar que pueden contribuir a la predisposición de la aparición del trastorno son la estimulación social deficitaria, el aislamiento social de la familia, el empleo de la vergüenza como método de control, los problemas familiares o la existencia de problemas psicopatológicos en los progenitores, porque todo ello hará que el clima familiar no sea el más propicio para servir de apoyo ni al niño ni al adolescente, en su tránsito por el aprendizaje de los comportamientos que darán lugar a un sujeto calificado como adulto «equilibrado» (véase, por ejemplo, Arrindell, Emmelkamp, Monsma y Brilman, 1983; Bruch y Heimberg, 1994; Parker, 1979; Putallaz y Heflin, 1990; Olivares, Rosa y García-López, en prensa o Rapee, 1997).

La transmisión de información puede ejercer su influencia tanto desde el contexto familiar como desde los centros educativos (Finnie y Russell, 1988; Hesselman, 1983; Meyers, 1984; Muris, Steerneman, Merceckebach y Meester, 1996a y 1996b; Rachman, 1978; Rosenberg y Linblad, 1978; Wergeland, 1979). La primera y los segundos son depósito y fuente de creencias, supuestos sin contrastar, atribuciones erróneas, etc., que también desempeñarán su papel llegado el momento. En el caso concreto de la familia, este papel se puede estar desempeñando desde edades muy tempranas; así, por ejemplo, tenemos los casos en que se dan instrucciones cuyo contenido respecto a «la peligrosidad de los otros» es exagerado y, por lo tanto, con un alto potencial desadaptativo, porque se fundamentan y organizan en torno al refuerzo negativo de la relación con, y de la actuación ante, extraños. La familia, cumpliendo una de sus funciones básicas, intenta preservar y prevenir a sus miembros más vulnerables de la amenaza que pueden suponer los extraños. Pero si la única o principal estrategia es «¡que el miedo guarde la viña!», es decir, «evítalo, escapa lo antes posible para que no te ocurra nada», entonces estará propiciando el desarrollo de la vulnerabilidad psicológica que puede favorecer, en el futuro, la génesis y el desarrollo de la fobia social. El papel de la transmisión de la información en la prevalencia de la fobia social, en función del sexo, estimamos que puede ser muy relevante (véase Craske, 2003); de hecho, los datos epidemiológicos indican que por cada varón con fobia social hay al menos dos mujeres que la padecen (véase en el presente volumen Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003). De igual modo, cuando se hace uso de narraciones orales

Figura 1
Génesis de la fobia social



AO = Aprendizaje observacional **TI** = Transmisión de información **CI** = Condicionamiento instrumental
CC = Condicionamiento clásico
* El orden en que se presentan es arbitrario.

o lecturas cuyos contenidos muestran tanto el peligro de la relación y actuación social como de su prevención mediante respuestas de escape y evitación, se está propiciando también el desarrollo de la vulnerabilidad del modo descrito; aunque en ocasiones el impacto de los contenidos transmitidos a través de las lecturas y las narraciones orales puede ser de menor intensidad que el relativo a las instrucciones proporcionadas directamente por adultos significativos, no es menos cierto que en todo caso están generando efectos en la misma dirección.

La manera en la que los adultos se relacionan con los niños se muestra relevante tanto en los primeros meses de su vida (Papousek y Papousek, 2002) como en su desarrollo posterior (Bowlby, 1969 y 1980; Dumas, LaFreniere y Serketich, 1995; Rapee y Egliston, 2003; Thompson, 2001). Los estilos educativos son modos de proceder, constituidos por patrones de respuestas que se ejecutan/desencadenan regularmente en el contexto de una relación asimétrica, allá donde ésta se dé; tales modos de proceder también se postulan cruciales aquí en relación con el continuo vulnerabilidad-protección respecto a los trastornos de ansiedad, en general, y de la fobia social, en particular. Los más relevantes para la cuestión que nos ocupa serían los ya conceptualizados como (i) autoritario-coercitivo-y-altamente exigente, (ii) condescendiente-complaciente o (iii) caótico, es decir, permanentemente variable respecto del comportamiento del otro (véase Barrett, Rapee, Dadds y Ryan, 1996; Messer y Beidel, 1994; Olivares, Méndez y Macià, 1996; Silverman y Kurtines, 1996 o Whaley, Pinto y Sigman, 1999).

En el contexto escolar constituyen factores de vulnerabilidad tanto la inadecuación del comportamiento de los profesionales de la enseñanza como la situación de aceptación e integración en la que se halla el niño o el adolescente (Hope, Sigler, Penn y Meier, 1998; Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997; La Greca y López, 1998; Olivares, 2001), dentro del contexto psicosocial que determinan los grupos socioafectivos de referencia como, por ejemplo, la pandilla (Bruch, 1989; Frankel, 1990; Ishiyama, 1984; Kazdin, 1988). Respecto al primero, la formación y entrenamiento previo del personal responsable del/la niño(a), chico(a) en los centros educativos puede ser también muy relevante, porque su conocimiento del curso evolutivo humano en estas edades, unido al mayor o menor dominio de las destrezas implicadas en las habilidades sociales, marcarán su relación con los niños y adolescentes y la percepción que estos últimos guardarán de aquélla. Las carencias en estos ámbitos, así como la información proveniente de teorías pedagógicas fundamentadas en supuestos erróneos, constituyen otras dos fuentes más de peligro potencial porque incrementa la probabilidad de que actúen de manera inapropiada (empleo inadecuado de refuerzo negativo, uso indiscriminado del castigo, extinción de conductas adaptativas, etc.), con los efectos que ello acarreará en sus alumnos más vulnerables (Escudero, 1987; Kratochwill, 1981; Von Misch, 1952).

Nuestra propuesta contempla también otros eventos propios de un contexto social negativo que pueden predisponer o actuar como factores precipitantes del inicio de la fobia social. Entre éstos se hallan los cambios de residencia (no sólo de un país a otro, sino también de una ciudad a otra dentro del mismo país e incluso de un barrio a otro dentro de la misma ciudad —Bradley y Sloman, 1975—), la hospitalización repentina a edades tempranas cuando se impide a los familiares acom-

pañar a sus pequeños (c.f. Salzinger *et al.*, 1965; Sluckin, Foreman y Herbert, 1991), los abusos deshonestos, la hostilidad y el rechazo parental (Halpern, Hammond y Cohen, 1971; Hayden, 1980; Salfield, 1950), así como, en general, todas las exposiciones abruptas, mediante inundación, a situaciones que pueden resultar altamente estresantes (Funke, Schlange y Ulrich, 1978) como, por ejemplo, el cambio de centro educativo o la relación/actuación forzada ante y con extraños.

Variables organísmicas que conllevan vulnerabilidad elevada

En el ámbito de las variables organísmicas que entrañan una vulnerabilidad elevada nuestro modelo propone establecer cuatro grandes grupos: los determinantes biológicos, los factores de personalidad, las respuestas de escape y un cuarto relativo a «otros factores», que incluye una miscelánea de variables propias del sujeto que no tienen cabida en los tres apartados anteriores.

Los determinantes biológicos que contemplamos pueden tener un carácter evolutivo o no evolutivo. Los primeros hacen referencia a los que nos afectan a todos, pero que, en general, aparecen y desaparecen de nuestras vidas sin tener efectos negativos (Kimmel y Weiner, 1998); los segundos están referidos a variables como el sexo (Beidel y Turner, 1998), la inhibición conductual (Kagan, Reznick y Snidman, 1988; Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García-Coll, 1984), la preparación biológica (Trower y Gilbert, 1989; Trower, Gilbert y Sherling, 1990) o la imagen física (Bruch, 1989). Entre los determinantes biológicos evolutivos, de naturaleza transitoria, se hallan las respuestas de temor/escape ante la presencia/actuación/relación con extraños, las cuales, dependiendo de cómo se resuelvan, también constituyen variables que conllevan vulnerabilidad elevada (Spitz, 1961; Toro, 1986). Otro tanto ocurre con la ansiedad de separación de los padres o, en su defecto, de otros seres queridos significativos (véase Agras, 1989; Bragado, 1994; Echeburúa, 1993 o Morris y Kratochwill, 1983). Entre los determinantes biológicos no evolutivos se hallan tanto los del pasado como los actuales; así, el sexo muestra una proporción de al menos dos chicas por cada chico con fobia social en los estudios epidemiológicos realizados con muestras comunitarias (La Greca, 1999; Nolsen-Hoeksema y Larson, 1992; Rosen y Aneshelsen, 1976), la inhibición conductual también puede tener su propio peso en el incremento de la vulnerabilidad (Ballesteros y Conde, 1999; Biederman et al., 2001; Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 1998; Hirschfeld *et al.*, 1997; Kagan y Snidman, 1991; Mick y Telch, 1998; Turner, Beidel y Wolf, 1996), ocurriendo otro tanto con los efectos desadaptativos que produce el adelanto o el retraso en el desarrollo físico en relación con el grupo cultural de referencia o la propia imagen física (Bruch, 1989; Kimmel y Weiner, 1998), que en la edad adolescente es un factor muy importante, así como todo lo que puede influir en el deterioro de la imagen física, como los problemas de salud y sus secuelas plásticas (obesidad, acné virulento y cicatrizante, psoriasis, exceso de vello en las chicas, etc.).

Con respecto a los factores de personalidad podemos señalar la introversión y el neuroticismo elevados (Amies, Gelder y Shaw, 1983; Echeburúa y Salaberría, 1999; García-López, 2000; Leary y Kowalski, 1993; Marks, 1970; Ruiz, 2003). La relación

entre introversión, neuroticismo y fobia social ha sido puesta de manifiesto en reiteradas ocasiones, aunque no tenemos todavía claro si éstos son efecto o causa. Las puntuaciones elevadas en introversión y neuroticismo son relevantes para el modelo que proponemos, porque pueden ser indicadores de un incremento de la probabilidad de que el sujeto pueda replegarse hacia sí mismo; es decir, que pueda, inicialmente, escapar y, luego, terminar evitando estas situaciones, con más probabilidad que aquellos sujetos que obtienen puntuaciones bajas en tales dimensiones de la personalidad. A esta mayor sensibilidad para la conducta de escape y evitación se uniría la propensión al exceso de (auto)crítica respecto a la propia actuación, la implicación en la relación,... Esta crítica irracional y desproporcionada, generada por el propio sujeto, intensificaría aún más la focalización de su atención de modo selectivo hacia las señales internas y externas percibidas como peligros reales, así como respecto a la búsqueda de otras amenazas potenciales.

Las respuestas de escape ante la actuación o la relación con extraños, como hemos indicado, si no se afrontan y resuelven de modo adecuado, pueden constituirse en altamente propiciatorias de la aparición de la ansiedad social en cualesquiera de sus formas y, muy especialmente, en su formato de fobia social. Esto también es válido para los déficit de aprendizaje en todo lo relativo a las relaciones humanas, muy especialmente el dominio del lenguaje y las habilidades sociales (Bados, 2001; Caballo, 1993; Echeburúa, 1993; Inglés, 2001).

Finalmente, las relaciones entre hermanos en el seno de la propia familia, las historias previas de timidez o mutismo selectivo o la presencia de trastornos comórbidos se incluyen también en el «paquete» de variables organísmicas relevantes a la hora de entender por qué unos chicos y chicas, y no otros, pese a compartir historias muy similares en el contexto familiar, económico, educativo y cultural, pueden terminar presentando un trastorno tan incapacitante como puede llegar a ser la fobia social en su modalidad generalizada (Caballo, Andrés y Bas, 1996; Olivares, Macià y Méndez, 1993; Olivares, Méndez y Macià, 1996; Olivares, Rosa y García-López, en prensa).

El momento en el que situemos el inicio de la fobia social va a depender en buena medida del modo como delimitemos este concepto. Es decir, como es sabido, entre los 2 y los 3 años de edad ya pueden identificarse respuestas de miedo intenso a situaciones sociales en las que se produce la crítica o la desaprobación del comportamiento del niño, siendo tales respuestas índices predictores de una mayor probabilidad de ocurrencia de la fobia social años más tarde (Beidel y Turner, 1998). Ahora bien, a día de hoy la conceptualización de la fobia social requiere, para su diagnóstico clínico, del pleno desarrollo de la capacidad de autoobservación y reflexión, es decir, ser capaz de mostrar conciencia de sí mismo y de los otros en tanto que objetos de evaluación, además de poder anticipar la posibilidad de evaluación negativa, lo cual parece que raramente ocurre antes de los 8-9 años de edad.

Por lo tanto, todo lo que suceda antes de que se pueda constatar el desarrollo cognitivo requerido entraría a formar parte de los factores de vulnerabilidad asociados a su inicio y que, en consecuencia, predispondrían a la aparición de la fobia social. Tal es el caso de los factores que recogemos en la figuras 1 y 2 —en esta

última antes del bucle situado en su mitad inferior—. De acuerdo con ellos, cuando un niño(a), chico(a) está aprendiendo a relacionarse y actuar socialmente, tal aprendizaje puede estar mediado por un conjunto de variables organísmicas que conllevan vulnerabilidad elevada para el sujeto que aprende, tales como: a) ausencia o carencias del entrenamiento previo, b) modo como se afrontó el aprendizaje de las primeras exposiciones ante extraños y las relativas a la separación de los padres, c) influencia de los modelos significativos, d) estilo de educación familiar y del personal de los centros educativos, e) desconocimiento y/o la falta de destreza en el dominio de las habilidades sociales, f) información que se ha recibido sobre cómo ha de abordarse la relación con extraños o la actuación ante ellos, g) efecto de la predisposición biológica, h) determinantes biológicos actuales y lacras dejadas por los determinantes biológicos pasados, i) historia de exposiciones abruptas a situaciones altamente estresantes o j) introversión y neuroticismo elevados. Todo ello constituye un caldo de cultivo excelente para que se pueda producir una asociación desadaptativa, disfuncional, entre una situación social y la actuación de las personas inmersas en ella. Tal asociación se realizará, de acuerdo con nuestra hipótesis, por medio de los mecanismos de aprendizaje que ya hemos referido (véase figura 1), cuando se presenten las situaciones sociales estresantes propias del dominio que hemos delimitado como «contexto social negativo» en interacción con el propio de las variables organísmicas que conllevan vulnerabilidad elevada para el sujeto que aprende a relacionarse y a actuar con/ante otros.

El modelo supone que tal asociación puede darse participando distintos procesos (Hoffmann, Newman, Elhers y Roth, 1995; Mulkens y Bögels, 1999; Öst y Hugdahl, 1981; Rachman, 1978; Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995; Turner, Beidel, Long y Greenhouse, 1992), de forma abrupta o gradualmente. En el primer caso el aprendizaje se produciría por ensayo único o a través de un número reducido de ensayos en los que la intensidad del patrón de respuestas desencadenado por la asociación resultaría altamente aversiva para el sujeto; aquí intervendrían fundamentalmente procesos de condicionamiento clásico e instrumental y en menor medida los propios del modelado. En el segundo, la intensidad del patrón de respuestas generadas por la asociación en cada una de las interacciones se postula escasa o moderadamente aversiva, por lo que el efecto final sería el resultado de la interacción entre éstos y dependería de la constatación reiterada de lo desagradables que resultan los efectos generados en el sujeto por este tipo de situaciones; los procesos responsables serían el modelado, la transmisión de información y el condicionamiento instrumental. Así, un sujeto puede estar expuesto a un conjunto de situaciones sociales que de forma reiterada le desencadenan un patrón de respuestas de mediana o leve intensidad aversiva, o a un número escaso de situaciones que producen un patrón de respuestas de intensidad aversiva muy elevada. En ambos casos la interacción reforzará negativamente al sujeto por el alivio (y el consiguiente estado/sentimiento de seguridad o «de menor inseguridad» momentánea) que conlleva el cese o la reducción de la estimulación aversiva contingente con la respuesta de escape parcial o total (huida) de la situación. En otros casos, será el hecho de contemplar la actuación/relación en tales situaciones sociales de modelos que, a tenor del observador, son ignorados, criticados o humillados públicamente

(evaluados negativamente) por su forma de proceder ante o con los otros (audiencia o interlocutor). De igual modo, el modelo contempla también la posibilidad de que tales situaciones aversivas se correspondan, por similitud, con los contenidos de la transmisión de información con la que progenitores y otros adultos significativos (profesores, abuelos, tíos, etc.) han pretendido ir orientando el comportamiento de los infantes y los adolescentes. En cualquier caso, tal asociación se percibiría como un estado/sentimiento con una intensidad aversiva lo suficientemente elevada como para sellar la relación entre el patrón de respuestas que integran la denominada conducta social fóbica y la situación social desencadenante.

El modelo sostiene que, de ahora en adelante, prevenir la ocurrencia de tal estado será la principal preocupación del sujeto; tal preocupación se presupone tanto más intensa cuanto mayor sea el grado de incertidumbre del fóbico social sobre los efectos de su comportamiento en los demás y la valoración que éstos hagan de aquellos.

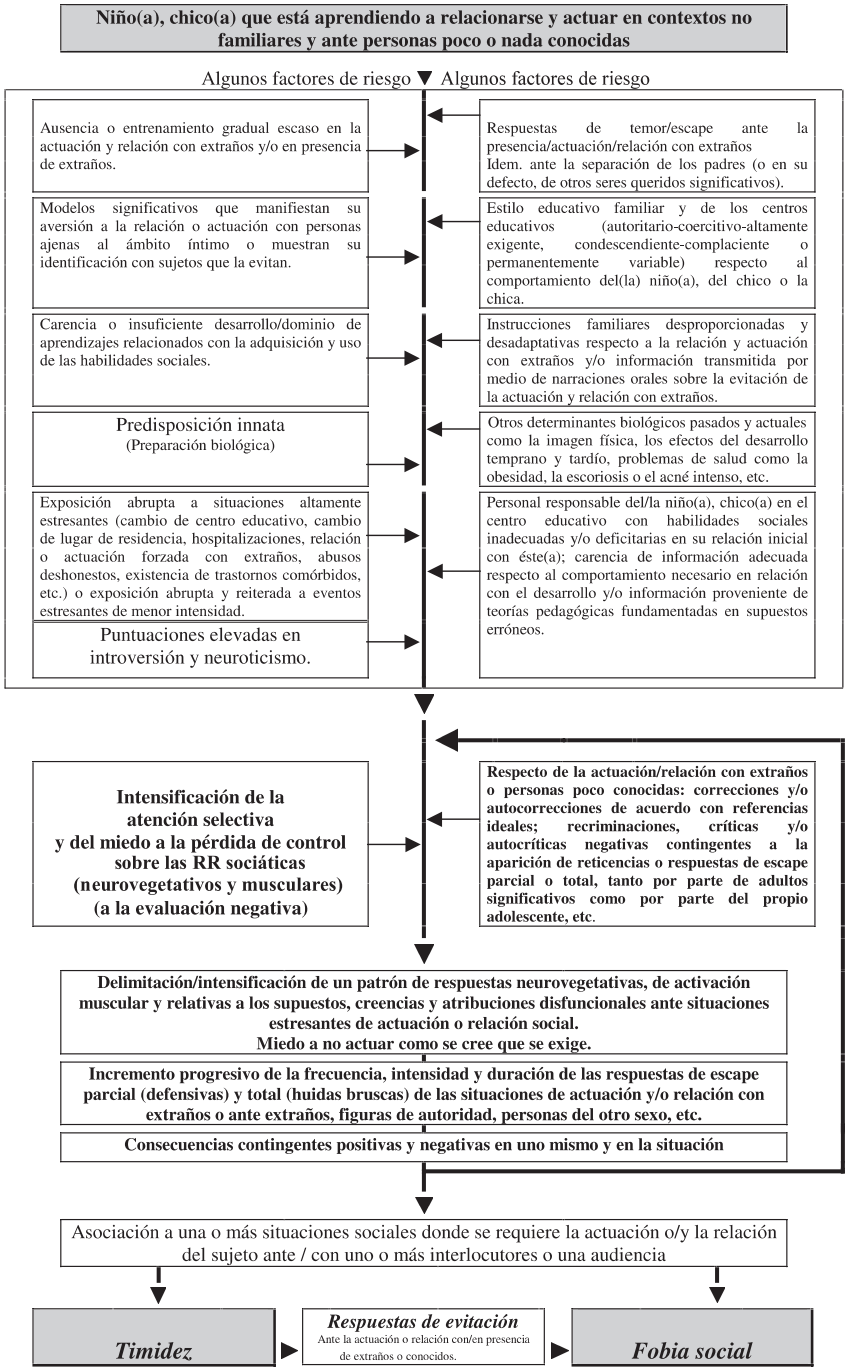
La asociación quedará establecida entre esa situación o situaciones y un patrón de respuestas neurovegetativas, musculares y cognitivas relativas a los supuestos, creencias y atribuciones disfuncionales (véase figura 2). Este proceso de asociación puede dar lugar directamente a la fobia social, de forma repentina (situación intensamente estresante) o de manera insidiosa, a través del desarrollo de la timidez u otras modalidades de ansiedad social sin significación clínica, que paulatinamente pueden ir progresando y/o predisponiendo hasta que se cumplan los criterios clínicos requeridos para el diagnóstico de la fobia social.

Todo ello, a la luz de nuestros conocimientos epidemiológicos, parece ocurrir con mucha más frecuencia entre los 14 y los 16 años que a ninguna otra edad (véase en este mismo número Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003), lo que puede ser debido, entre otras razones, a que, en el mundo occidental desarrollado, los chicos y chicas de estas edades: a) han de hacer frente a un incremento, a veces desmesurado, de las demandas sociales sobre su potencial de respuesta, b) son más conscientes de la discrepancia entre cómo creen que los ven los demás y cómo se ven a sí mismos, c) están sometidos a un proceso de evaluación continua por el resto de los miembros del grupo de iguales con los que se relacionan cotidianamente, d) han de establecer su lugar y papel en un nuevo sistema social —distinto al de su familia— y e) han de hacer frente a la inquietud, el desasosiego, la vergüenza y el miedo a no responder como ellos creen que se les requiere. Por consiguiente, desde nuestro punto de vista, el miedo no es a la evaluación negativa que puedan realizar tanto sus padres como sus compañeros, las personas del otro sexo o las figuras de autoridad, pues la evaluación negativa es el efecto, la consecuencia, por no responder adecuadamente a la situación o por no saber «con total certeza» si están respondiendo adecuadamente.

Fase de desarrollo de la fobia social

Una vez constituido el patrón de respuestas de ansiedad condicionada, a la actuación/relación en situaciones sociales, empezaría a funcionar y a retroalimen-

Figura 2
Desarrollo de la fobia social



tarse el bucle que incorporamos en la figura 2. A partir de este momento, si el sujeto se expone a una situación social temida, bien porque no puede escapar de ella («situación de prisión» por inundación) o bien porque quiere «probarse» cuando todavía la intensidad de la motivación[1] para exponerse es mayor que la de la amenaza percibida, tal situación pasará a tener más connotaciones negativas que positivas. La intensidad del malestar generado por la reacción inadecuada, excesiva, superará a la del autorrefuerzo positivo y la situación comenzará a percibirse con tintes desagradables, incluso como peligrosa, debido a la elevada intensidad de la sobreactivación neurovegetativa y a todas las respuestas de ansiedad que desencadena (temblor, rubor, sudoración, elevada tasa cardiaca y respiratoria, problemas en la recuperación de información de la memoria), especialmente las que pueden ser percibidas por los demás; así, por ejemplo, un pequeño bloqueo, la aparición de leves temblores o del rubor se vive como una auténtica catástrofe y una pausa en la producción lingüística, valorada como inadecuada por el sujeto, puede ser interpretada como un fallo del que todos se darán cuenta (veáse el papel de las críticas y las autocríticas que incluimos en el inicio del bucle de la figura 2). En su expresión máxima, tal reacción excesiva e inadecuada puede llegar a dar lugar a la señal de alarma más intensamente desagradable que conocemos: el ataque de pánico. A partir de este momento se activará el estado de alerta máxima ante toda situación social potencialmente peligrosa (en función del gradiente de generalización por similitud) y el disparo de su correspondiente alarma ante la aparición de respuestas fisiológicas, cognitivas y/o motoras que se hayan asociado a la situación social temida. Así mismo, en la medida que se incremente la generalización espacial/situacional y temporal, el modelo postula que también se incrementará la incertidumbre del sujeto ante la posibilidad de recibir castigo por parte de(los) interlocutor(es) o la audencia (v. gr., observaciones inapropiadas, sarcasmos, ironías, comparaciones aversivas, ausencia de la respuesta esperada en el otro u otros, etc.). Esa consolidación y generalización hará percibir al sujeto un grado de control inversamente proporcional a la fortaleza de éstas, especialmente con respecto a sus propias respuestas y las de sus interlocutores o audiencia, es decir, lo que puede ocurrir(le) en la situación. El gradiente de incertidumbre se hipotetiza proporcional al de la generalización y será menor en las fobias denominadas específicas o circunscritas, sean éstas de actuación o de relación (véase su operacionalización algorítmica en la fase de mantenimiento); la magnitud de la intensidad de la incertidumbre puede ser parcialmente controlada por el sujeto en la primeras mediante las respuestas de escape (motoras y/o cognitivas) que desencadenan un estado/sentimiento de seguridad en el sujeto, porque la incertidumbre está referida al comportamiento propio. En cambio, en las segundas, en las de relación, la incertidumbre no se reduce a la posibilidad de que se descontrolen las respuestas propias (incluida la posibilidad de que no surtan efecto las respuestas de escape parcial), sino que también incluye las de los otros. Estos, además de observar, también pue-

1 La motivación la entendemos como una función de la interacción entre la auto/heteroinstigación, el auto/heterorrefuerzo, el autorrefuerzo negativo (v. gr., el miedo a la soledad) y la expectativa de resultado (Bandura, 1969, 1976).

den preguntar, cuestionar, rechazar, criticar, poniendo a prueba al fóbico social en el control tanto de sus respuestas «inoportunas e inadecuadas» como de la produción de las pertinentes y adecuadas. La incertidumbre (I) se constituye para el modelo en la dimensión básica de referencia para la operacionalización del constructo «fobia social», hipotetizándose el miedo a la evaluación negativa (MEVN) como una función de ésta: MEVN = f(I).

Así, después de la exposición a una o varias situaciones sociales donde se ha pasado mal o muy mal, la asociación iniciaría su consolidación y generalización. Tal malestar dependerá de la intensidad de la asociación entre situación y patrón de respuestas de ansiedad, del temor con que éstas se perciben y, a su vez, de la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas de ansiedad desencadenadas y retroalimentadas por ese mismo temor a través de la activación o recuperación del recuerdo de lo vivido. Sería ahora, a partir del intenso malestar experimentado, cuando el sujeto empezaría a temer también por las repercusiones en el juicio de los demás de aquellas respuestas catalogadas por éste como inadecuadas e indeseables (Bandura, 1976; Kanfer y Karoly, 1972; Leary y Kowalski, 1993; Mischel, 1971; Schlenker y Leary, 1982). Es decir, cree que éstas pueden ser percibidas por los demás como señales de la existencia de algún problema (generalización de la asociación); piensa que a partir de esta percepción también se puede producir en su(s) interlocutor(es) o en la audiencia un juicio negativo respecto de cómo está (Mellings y Alden, 2000; Rapee y Lim, 1992; Roth, Anthony y Swinson, 2001), además de la evaluación negativa de lo que hace o ha hecho.

Desde nuestra propuesta, el miedo a ser evaluado negativamente, de acuerdo a normas y modelos extremos de comportamiento, a ser considerado «enfermo», a «que piensen mal de mi», se hipotetiza determinado por un estado carencial de refuerzo social y un exceso de crítica negativa que terminará siendo autocrítica negativa, fundamentalmente.

La necesidad de «ser aceptado», de sentirse integrado socialmente, vendría determinada por la baja tasa de refuerzo social recibida/percibida durante la fase de vulnerabilidad, acrecentada ahora exponencialmente por el incremento de la amenaza percibida y de la pérdida de consideración social que produce el aislamiento social.

Paradójicamente, esta necesidad de remediar las carencias de atención y consideración social, de «hacerlo bien», de percibirse aceptado, querido y valorado socialmente, lleva a los fóbicos sociales a adoptar y desarrollar un estilo de pensamiento que tiene como referencia, a la hora de valorar las respuestas propias, patrones de excelencia máximos y extremos, con lo que terminan poniéndose la soga al cuello ellos mismos, pues tales ideales conllevan umbrales de autoexigencia muy elevados e inflexibles a la hora de considerar «correcto», «adecuado», «pertinente», su propio comportamiento y, evidentemente, el propio juicio negativo es ya «la crónica de una muerte anunciada» (Leary y Kowalski, 1993; Schlenker y Leary, 1982). Es decir, ello les llevará a obtener el efecto opuesto al deseado: aislamiento social.

Un estilo educativo sobreprotector constituiría también un factor de riesgo, dado que, por una parte, dificulta, cuando no impide, aprender y desarrollar estrategias socialmente habilidosas para la actuación y relación con los otros que lo pueden

llevar tanto al desarrollo de un estilo de respuesta sumiso como, en menor medida, a descubrir y generalizar el uso del refuerzo negativo como estilo de relación con los demás. De todo ello resulta un sujeto total o parcialmente sumiso o/y aversivo para los demás, que inicialmente es evitado por lo otros (Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997), pero que, tarde o temprano, será él o ella quien empiece a pasarlo mal como consecuencia de su falta de recursos para relacionarse socialmente de manera habilidosa. A partir de este momento se iniciará el proceso por el que va a terminar evitando a los demás por temor a hacer el ridículo, a no hacerlo bien.

La incertidumbre generada tanto por la falta de retroalimentación «creíble» proveniente del medio social (ellos saben que sus respuestas no se han adecuado a la excelencia exigida por sus referencias), así como la duda sobre la propia capacidad para adecuar su comportamiento a los ideales normativos adquiridos (en el contexto social negativo), se terminaría convirtiendo, tal como ya hemos indicado, en la dimensión más relevante a la hora de dar cuenta de la preocupación excesiva e inadecuada, del estado permanente de máxima alerta cuando se ha de estar o se está en una situación social. Y ello tanto en relación con el control de «la calidad» de sus propias respuestas como de la opinión que éstas producen en los demás (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1977; Roth, Anthony y Swinson, 2001).

La intensidad del malestar desencadenado por la incertidumbre se relaciona de forma directa tanto con el tipo de situación como respecto de quién está o puede estar y cómo lo percibe el sujeto (Rapee y Heimberg, 1997). Es decir, dicha intensidad estará también determinada por:

(i) las dimensiones propias de la situación tales como el número de personas presentes, el grado o nivel de formalidad y la estructura o grado de concreción con que están definidas las reglas sociales que han de orientar el comportamiento adecuado; la duración prevista de la situación o el modo en el que se ha producido la situación (programado o improvisado);

(ii) las características de los interlocutores o espectadores, tales como el sexo (la incertidumbre sobre cómo actuar frente a personas del otro sexo es mayor que respecto a las personas del mismo sexo), la edad (las relaciones asimétricas se viven con mayor incertidumbre, salvo que se trate de personas muy mayores o a las que socialmente se les atribuye más tolerancia y comprensión), el atractivo físico («los más atractivos serán más exigentes»), la posición social (a mayor distancia social mayor incertidumbre), el grado de autoridad del interlocutor/audiciencia en la materia de la que se hablará o se está hablando (a mayor autoridad mayor incertidumbre), la probabilidad de reencuentros futuros: a mayor conocimiento mayor probabilidad de que el otro u otros termine(n) dándose cuenta del problema y mayor incertidumbre respecto de poder controlar las respuestas propias en un número mayor de situaciones y ocasiones; si se cree que se ha(n) dado cuenta ya, mayor incertidumbre respecto del grado de control que se cree necesario para que el(los) otro(s) no lo perciba(n) en el siguiente encuentro), etc.;

(iii) el modo en que se va a producir la relación o la actuación. Así, por ejemplo, (a) si se estará de pie o sentado; si en el caso de estar sentado siempre se estará frente a la misma persona o se tendrá la posibilidad de determinar cómo y con quién se quiere estar o relacionarse, es decir, ¿qué probabilidad se tendrá de poder

dar respuestas de escape sin ser observado?; (b) si se ha de hablar en público, la disponibilidad de información relativa a la posibilidad de usar apoyos tales como notas, resúmenes, transparencias, etc., cuando se trata de exponer un tema ante compañeros, de participar en discusiones de grupo o de hablar frente a una audiencia donde se encuentren figuras de autoridad (incertidumbre en relación con la posibilidad de que sólo se dé la actuación o que tras o durante ésta pueda darse que los presentes pregunten, argumenten, cuestionen, etc.).

Durante el proceso de desarrollo de la asociación cada vez se va atendiendo menos a lo que realmente ocurre, aunque parezca preocupar mucho y así lo manifieste el sujeto. Es decir, cada vez se presta menos atención a la tarea que se está realizando o se va a realizar, al conjunto de reacciones positivas o negativas de los otros, centrando cada vez más la atención de una manera progresiva en los indicios y señales de peligro provenientes, primero, de uno mismo («descontrol») y, después, de la situación (focalización de la atención o atención selectiva); ignorando cada vez más la ocurrencia tanto de los logros propios como la retroalimentación positiva y la ausencia de retroalimentación negativa que proviene de los demás, hasta desatender completamente cualquier información de este tipo. Durante este proceso de ensimismamiento y aislamiento, de criba de la información, la atención de los sujetos se centra fundamentalmente en:

(a) las respuestas somáticas y neurovegetativas alteradas que pueden ser observadas por los demás (y delatar el estado en el que se encuentran),

(b) los sentimientos de inquietud y temor experimentados (producto de la intensidad de la tensión muscular y de la de las respuestas fisiológicas percibidas, generadas en ambos casos por el incremento, a su vez, de la respuesta de alerta generalizada y las señales de alarma percibidas),

(c) diálogo interno directamente relacionado con el estado percibido («*¡Me voy a quedar sin saber qué decir!», «¡Voy a decir tonterías!», «Me temblará la voz. ¡Se me va a notar que estoy enfermo!», «¡Voy a perder el control!*», etc.) y

(d) la magnificación progresiva de lo que el sujeto interpreta como errores cometidos durante la actuación o la relación ante o con otros, con independencia de que lo sean o no, de que sean percibidos por los demás o no.

Tanto la focalización de la atención en las potenciales amenazas internas (Clark y Wells, 1995) y externas (Rapee y Heimberg, 1997), como el estado de ensimismamiento a que da lugar y su efecto directo, el aislamiento social progresivo, se suponen generados por la sobreactivación neurovegetativa producto, a su vez, de la interacción entre el contexto social negativo y las variables relativas a la vulnerabilidad elevada.

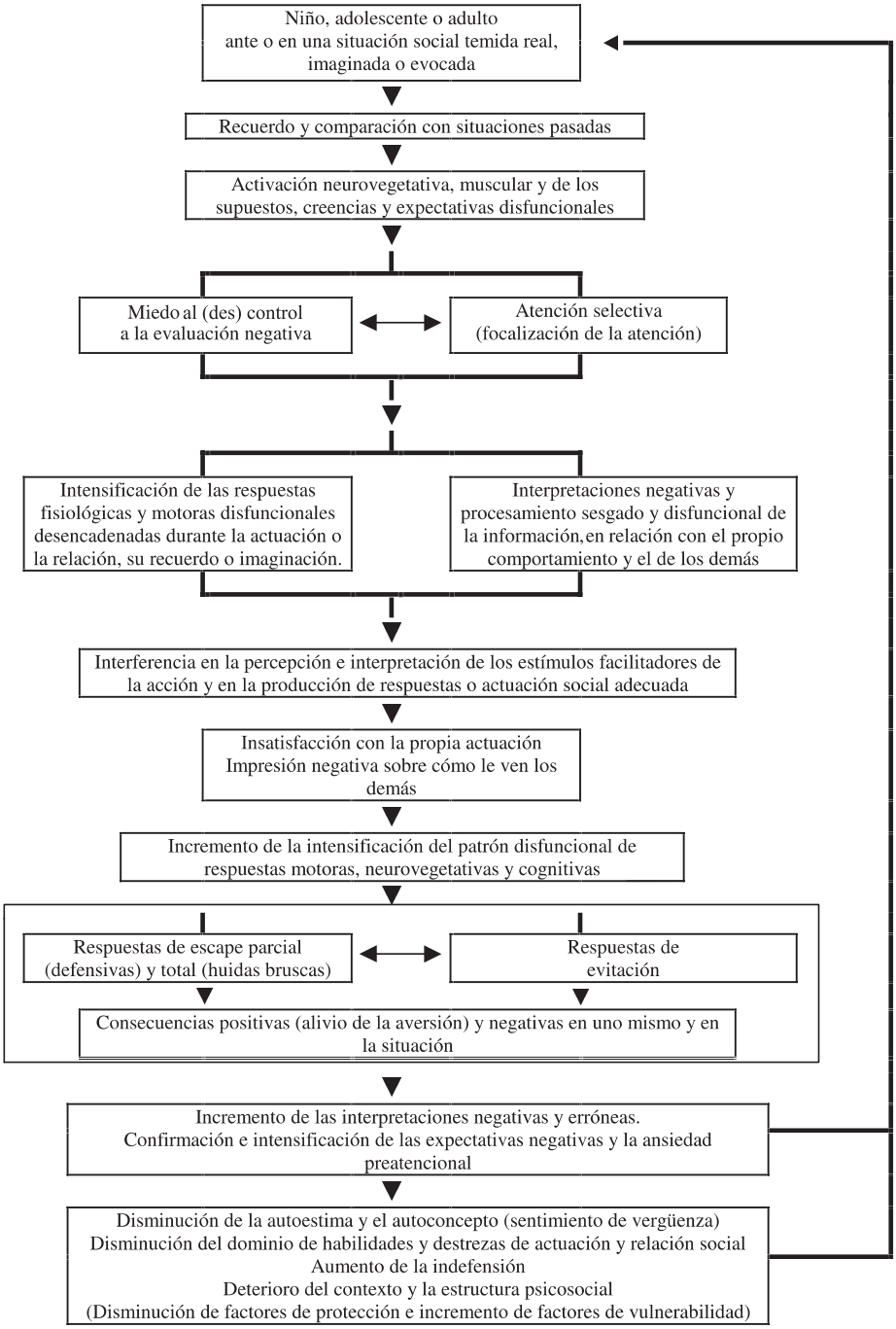
Dicho «ensimismamiento» o el consiguiente «autoaislamiento» progresivo de las situaciones sociales, así como la criba de la información externa e interna al sujeto, se hipotetizan en la presente propuesta como variables que también propician el desarrollo del estado de incertidumbre en el individuo, de su falta de certeza en relación a si lo que han hecho está bien o no, si las opiniones de los demás están referidas a él o a ella o no lo están, etc. Las magnitudes de tal estado serían directamente proporcionales a las de la interacción de las intensidades de aquellas variables que lo determinan: intensidad de la criba o focalización de la información

y del ensimismamiento y aislamiento social, operacionalizados como la cantidad de tiempo pendiente de la ocurrencia de las amenazas potenciales, y el número y duración de las relaciones o actuaciones presenciales con personas distintas. La relación entre el ensimismamiento, el aislamiento y la incertidumbre se establece en razón a que la focalización selectiva y progresiva de la atención hacia la información externa e interna potencialmente amenazante y el «autoislamiento» irían bloqueando, de forma progresiva, el proceso de afrontamiento *(coping)*. Este bloqueo sería el responsable, a su vez, de la reducción progresiva de la información generada por la retroalimentación producida por la actuación del sujeto. Esta mutilación progresiva del papel de la retroalimentación reduce de forma directamente proporcional la probabilidad de predecir sucesos futuros, de reducir la incertidumbre (Levine y Weiner, 1989), lo que generará, a su vez, una activación proporcional del sistema adrenocortical (Gunnar, Marvinney, Isensee y Fisch, 1989), dado que el incremento de la incertidumbre se ha evidenciado como un potente catalizador de la actividad autónoma y endocrina, la cual, llegado el momento, también será activada por el recuerdo o evocación de la situación poniendo en marcha todo el proceso (véase figura 3).

Delimitado ya el patrón de respuestas neurovegativas, de activación muscular y relativas a los supuestos, creencias y atribuciones disfuncionales ante situaciones estresantes de actuación o de relación social, así como el miedo a no actuar como se cree que se requiere y se exige, se produciría el incremento progresivo de la frecuencia, intensidad y duración de las respuestas de escape parcial (defensivas) y total (huidas bruscas) de las situaciones sociales, generándose tanto consecuencias positivas a corto plazo (alivio de la aversión, comprensión y apoyo de los allegados, etc.) como negativas en uno mismo y en los demás (insatisfacción, vergüenza, etc.). Es decir, a corto plazo, al alivio generado por el escape se une generalmente el refuerzo positivo de tales respuestas, administrado por la red de apoyo social u otros sujetos significativos mediante «la atención» y «las muestras de comprensión» hacia el comportamiento del niño o el adolescente; a medio y largo plazo se irán desvaneciendo tanto los efectos del alivio como derivados de la «comprensión» y los relativos a la seguridad que se genera al «controlar» la situación, al menos en alguna medida. Finalmente, a todo ello se unirá la vergüenza producida por los efectos perversos de las respuestas de escape (parcial y total), lo que terminará abocando al sujeto a la evitación.

Veamos el proceso que proponemos con un poco más de detalle. Las respuestas de «exposición a medias», defensivas o de escape parcial, cuyo efecto es reducir la incertidumbre, es decir, incrementar «el control» y el estado de seguridad percibido (Clark y Wells, 1995), aparecen como intentos de eliminar o reducir el malestar experimentado en la situación social, habida cuenta de que todavía se quedaría peor con uno mismo si abandonase súbita y bruscamente la situación. Con las respuestas defensivas se intenta controlar las respuestas de ansiedad, empleando estrategias tales como: hablar poco para no ser centro de atención o bien estar hablando siempre con la misma persona; utilizar gestos o mirar hacia otro lado para no exponerse a que le pregunten por miedo a no saber qué contestar o a que le pueda temblar la voz al hacerlo; contraer fuertemente la musculatura del brazo y de la mano al saludar o coger algún objeto con la pretensión de que no tiemblen;

Figura 3
Consolidación y generalización: el mantenimiento



«quitarse del medio» cuando se intuye que puede aparecer el rubor o bien estar siempre con el mismo compañero para evitar «sorpresas»; apretar fuerte los brazos contra las axilas para que no se vean las marcas de la sudoración; no mirar o mirar menos en la dirección de los otros para reducir la posibilidad de que se dirijan a ellos (como ocurre con una elevadísima frecuencia durante el desarrollo de las clases en los centros educativos) o bien aparentar estar distraídos mirando cosas que nada tienen que ver (por ejemplo, con el desarrollo de la fiesta en la que están invitados); pedir a otro que realice aquellas tareas en las que se le puede notar que no funciona adecuadamente o bien consumiendo alcohol u otras sustancias tóxicas para reducir la intensidad de las respuestas de ansiedad; dándose instrucciones positivas para mantener la motivación por la exposición; concentrándose en la tarea para intentar detener el flujo de los pensamientos negativos; incrementar el número de preguntas que se le hacen al otro u otros para reducir así la probabilidad de que le pregunten, tener que responder y no saber cómo hacerlo en ese momento, es decir, «quedarse sin saber qué decir»; etc.

La huida brusca o respuesta de escape total puede tener su origen bien en situaciones sociales intensamente ansiosas o, en su defecto, en la suma de experiencias sociales negativas de moderada intensidad ansiosa. Tanto en un caso como en el otro, el modelo postula que su efecto es que los sujetos previamente vulnerables empiecen a escapar de tales situaciones de forma repentina, brusca e inesperada para los demás, en vez de seguir enfrentándose a las situaciones sociales que ya temen, tal como harían sus pares no vulnerables a este trastorno. Ya no se defienden ni se muestran sumisos; necesitan huir y escapan. Ya no pueden aguantar durante más tiempo el estado neurovegetativo, muscular y cognitivo que les generan tales situaciones, pero todavía no las evitan; cuando esto último empiece a ocurrir se habrá iniciado la fase de mantenimiento del problema.

Tanto tales respuestas de huida brusca y aparentemente repentina, como las de escape parcial, siguen estando controladas por «la trampa del alivio» y resultarán variables de gran peso a la hora de entender y explicar el curso del desarrollo inicial del problema. Escapando, huyendo, el sujeto hace efectiva la aplicación del control de estímulos, porque mediante su eliminación termina también con las respuestas a ellos asociadas. Con su cese, por una parte, aparece el alivio de la aversión, se reduce o elimina el malestar que se estaba padeciendo y, por otra, desaparecida la situación, ya no puede ocurrir lo que se temía que pudiera pasar en ella. Ahora bien, tal como estamos diciendo, esto es sólo inicialmente y de manera temporal; con el paso del tiempo, las cosas se irán complicando y el alivio, cada vez será de menor intensidad. Por ello, en este devenir de sufrimientos cada vez más intensos y alivios cada vez más raquíticos, los sujetos intentarán poner remedio a lo que ya empiezan a entender que era una falsa solución: escapar complica aún más el problema y exponerse sólo sirve para constatar una y otra vez lo mal que se pasa en estas situaciones (¡pero no saben hacer nada mejor!).

En consecuencia, el chico o la chica empieza a no ver ya las situaciones sociales temidas como estímulos a los que enfrentarse para superarse, sino como la confirmación de que no pueden superarlas, de que ellos no son como los demás. Las presiones y la autocrítica desproporcionada e inflexible, propia y ajena, así como

la intensificación de la atención selectiva se encargarán de mantener la velocidad de crucero, cuando no de acelerar brusca e intensamente el desarrollo del proceso previamente iniciado (véase figura 1).

Fase de mantenimiento de la fobia social

De ahora en adelante, bien de forma progresiva e insidiosa o repentina y abrupta (véase figura 2), se irá incrementado la intensidad de la incertidumbre y del efecto por ella generado: el temor a la actuación y a la relación con otros. Ya no será sólo la exposición a la situación social temida la que desencadenará una respuesta de alerta o alarma generalizada (Barlow, 1988; Hofmann y Barlow, 2002), sino que el mero hecho de evocarla o imaginarla también desencadenará un patrón de respuestas similar (véase figura 3). Tanto las respuestas de alerta y alarma generalizada ante situaciones reales como las relativas a la evocación de situaciones vividas o a la construcción en imaginación de escenarios potenciales de actuación o relación, ponen en marcha un proceso en el que cada respuesta, o grupo de respuestas, actúa(n) como estímulo(s) desencadenante(s) de una o más de las que le siguen. Así, en el contexto somático tendrá lugar la activación neurovegetativa y muscular, mientras que en el ámbito cognitivo se produce: (a) la recuperación de información memorizada que puede provenir tanto de la propia experiencia como de la transmisión de información, la retroalimentación previa proporcionada por personas significativas, las creencias, el modelado o los supuestos y atribuciones sobre tales situaciones; (b) la activación de los supuestos y expectativas negativas sobre la propia actuación y las consecuencias que le seguirán; c) la intensificación de la atención selectiva o focalización de la atención en las señales externas e internas que se perciben como amenazas, la cual terminará produciendo un doble efecto: el refuerzo de la imagen negativa que tienen los fóbicos sociales de sí mismos y la intensificación del carácter peligroso atribuido a la situación. Ambos efectos interactuarán entre sí y con el miedo al descontrol de las propias respuestas (y su efecto: la evaluación negativa), desencadenado por la activación de los supuestos, creencias y expectativas disfuncionales relacionadas con la situación temida. Todo ello llevará al sujeto a interpretaciones erróneas y negativas, tales como atribuir al escape o a la evitación la no ocurrencia de las consecuencias temidas, así como al procesamiento sesgado de la información relativa a la situación. Así mismo, los componentes fisiológico y motor previamente activados incrementarán la intensidad del patrón de respuestas delimitado en el inicio y consolidado durante el desarrollo y, por lo tanto, asociado a la ocurrencia, evocación o imaginación de tales situaciones.

Todo ello interfiere tanto con la percepción e interpretación de los estímulos facilitadores de la acción como en la producción de respuestas en cualquiera de los tres sistemas (cognitivo, fisiológico y motor), manteniendo o incrementando la insatisfacción con la propia actuación y con la imagen que se cree que produce en los demás el comportamiento propio.

Como ya hemos indicado, con las respuestas de escape parcial o total se reduce o elimina la ansiedad a corto plazo, es decir, la sensación de pérdida de control, la

ruborización o la aparición de temblores delante de otros, así como el estado de inquietud y de malestar generados por el pensamiento relativo a la posibilidad de quedarse sin saber qué decir ni qué hacer.

Finalmente, el sujeto termina concluyendo la necesidad no ya de irse, de huir, de escapar, sino de evitar siempre que se pueda tales situaciones, lo cual le llevará al aislamiento social y a todas las consecuencias negativas que de este hecho se derivarán. El aislamiento se presenta como un estado de evitación pasiva («Si no estoy no me sucede; si no actúo, si no me relaciono no me encuentro mal») que pasa a ser una variable relevante para poder comprender el mantenimiento del trastorno: las negativas reiteradas a las invitaciones para salir, así como el hecho de no atender las llamadas de los cada vez más escasos amigos, para evitar compromisos que pudieran llevar a incrementar la probabilidad de relacionarse con otros, terminan extinguiendo tanto las llamadas de los otros como sus intentos de instigación. Cada vez resulta menos probable que el sujeto se exponga a las situaciones temidas y compruebe que no ocurre nada de lo que teme, aunque a veces ocurre el milagro y las circunstancias le obligan a exponerse («o le exponen») y el cuadro puede desaparecer «espontáneamente»; así, la aparición de un amor inesperado puede producir tal grado de «envidiable locura» que lleva a que el miedo a perder al otro sea más intenso que el derivado de los efectos de exponerse. Pero repetimos, es un milagro que no ocurre todos los días a los que no padecen fobia social y que no ocurre casi nunca a los adolescentes con fobia social.

El sujeto con fobia social, además de eliminar progresivamente con su comportamiento casi todos los instigadores, también elimina las posibilidades de recibir retroalimentación de su actuación o relación con/ante otro u otros. El aislamiento introduce al sujeto en un círculo infernal a cuyo mantenimiento también contribuyen otros efectos que resultan igualmente desastrosos; tal es el caso del incremento cada vez mayor de la intensidad del miedo a la exposición y del deterioro de las destrezas que hacen posible la actuación y la relación social.

Por otro lado, cuando se presentan conflictos de contingencias tales como, por ejemplo, la del miedo a hacer el ridículo si huye bruscamente y la del extremo malestar generado por la exposición continuada a la situación social, la respuesta final estará determinada por la contingencia más intensa, es decir, por aquella que va seguida por el alivio más profundo del malestar generado por el cese del patrón de respuestas de ansiedad a las que sigue.

Ahora bien, dar respuestas de escape también produce efectos negativos reales en los otros que conforman la situación, es decir, en las personas frente a las que actúan o con las que se relacionan las personas con un trastorno de ansiedad social. Así, aquellos que actúan de esta manera son percibidos frecuentemente como distantes, fríos, poco amables y menos corteses, e incluso como engreídos y agresivos; percepciones que también contribuirán a su aislamiento social. Lo que no saben los interlocutores, compañeros y demás personas que se relacionan de un modo u otro con una persona con fobia social es que ésta se encuentra generalmente pendiente de que no se le note el sudor, de no perder el control, de no quedarse sin saber qué decir, de la manera en que el otro lo mira o cree que lo mira, de comprobar si el otro sonríe o no cuando se espera que lo haga, procurando no mirar mucho a

los ojos del interlocutor o hablarle poco, y todo ello ocurre en el mismo tiempo en el que, además, se pretende ensayar lo que se dirá a continuación (véase Botella, Baños y Perpiñá, 2003 o Rapee y Heimberg, 1997). Es poco probable entonces que tal modo de proceder «mientras se actúa» no interfiera con «la actuación», que no aparezcan estas personas ante los demás como hemos indicado que son percibidos. Es decir, no es de extrañar que los otros los vean «raros» y se fijen todavía más en él o ella, lo cual pondrá más nervioso al fóbico social, atrayendo más aún la atención de sus interlocutores. Estos hechos intensificarán generalmente la interferencia con su actuación, haciéndoles aparecer todavía más «raros», en el mejor de los casos; igualmente hace que los fóbicos sociales aparezcan también ante sí más torpes, aumentando la atención que se prestan a sí mismos. Esto incrementará la producción de las respuestas que generan, desarrollan y mantienen el estado de temor hasta que se opta por la solución aparentemente menos mala: huir de allí tan pronto y rápido como sea posible y, en el futuro, evitar tales situaciones tanto como se pueda. Ello les llevará una y otra vez a la confirmación de las expectativas negativas sobre la actuación y/o la relación social, así como a la intensificación de las respuestas de ansiedad preatencional.

La cadena de hechos descrita va configurando la «impresión» que tienen los fóbicos sociales sobre el modo en que los perciben los demás (Roth, Anthony y Swinson, 2001; Schlender y Leary, 1982), la cual pasará a engrosar el almacén de las interpretaciones negativas y erróneas que participan del mantenimiento del problema que nos ocupa. Esta «impresión», que va actualizándose en función de la información a la que se atiende, interactúa con las hipotéticas exigencias o normas estrictas y rígidas de comportamiento que el niño y el adolescente construyen idealmente, presuponiendo que rigen en la(s) situación(es) social(es) temida(s). En la construcción de la «impresión», evidentemente vivida como cierta, participan de modo directo tanto la información almacenada en la memoria como la generada por el pasado inmediato. Esta última está modulada por el tamiz del estado que generan las respuestas somáticas que se teme puedan ser percibidas por los otros, los sentimientos que tales respuestas generan en el marco del miedo al descontrol que vive la persona con fobia social, los «errores» propios «detectados» y magnificados, las reacciones «paradójicas» (que se rían cuando se espera que permanezcan serios, por ejemplo), las relativas a los gestos de contrariedad y desacuerdo o la ausencia de reacción (permanecer en silencio, por ejemplo), etc., percibidas todas ellas e interpretadas de manera catastrófica.

La valoración de esta «impresión» puede resultar un indicador indirecto importante para estimar tanto la intensidad del miedo al descontrol, a la evaluación negativa, como la de la propia focalización de la atención, lo que estimamos relevante de cara al pronóstico de la eficacia de la (auto)exposición. No obstante, habida cuenta del nivel de inferencia que conlleva la valoración de «la impresión», proponemos complementarla con la evaluación del «miedo a la evaluación negativa» y de la intensidad de la focalización de la atención. En relación con la primera, hemos delimitado el «miedo a la evaluación negativa» como la Probabilidad de Evaluación Negativa Percibida (PEVN), la cual postulamos como una función del producto entre el grado de Descontrol Percibido en uno mismo (DCP) y la Valoración Subjetiva de la

Exigencia (VSE) que se le atribuye a la situación [PEVN = f(DCP x VSE)]. Respecto de la segunda, la Intensidad de la Focalización de la Atención (IFA) hacia los indicios o señales externas e internas percibidas como amenazas, la hemos operacionalizado como una función del producto entre la PEVN y la intensidad estimada del malestar generado por las Experiencias Negativas Previas (IENP) en situaciones similares [IFA = f(PEVN x IENP].

Llegados a este punto, independientemente de cómo se actúe, la interpretación será negativa porque se magnificarán indicios mínimos y se habrán pasado por alto señales contundentes relativas a un comportamiento social adecuado, sólo se atiende aquello que se teme (Amir, Foa y Coles, 1998; Dalgleish, Moradi, Taghavi, Neshat-Doost y Yule, 2001; Eysenck y Calvo, 1992; McLeod, 1999; McNally, 1998), no al conjunto de lo que realmente está aconteciendo. Algunas de las causas por las que esto sucede son:

(i) el hecho de negar o no valorar la retroalimentación positiva que proporcionan los otros porque ésta se encuentra en contra de los supuestos de exigencia y rigidez normativa de los que se parte y a los que se da más credibilidad,

(ii) la escasez de retroalimentación contingente que provea señales claras, concretas, sobre el modo como se actúa. Esta precariedad lleva a que, frente a la incertidumbre generada por la carencia, se elabore la percepción de sí mismo en relación con las creencias sobre cómo se piensa que lo ven los demás. A ello hay que añadir el hecho de que si se quiere obtener más información sobre cómo te perciben los demás, ésta hay que obtenerla exponiéndose más tiempo y de forma más intensa a las relaciones sociales, es decir, utilizando estrategias que hagan más propicio profundizar en la relación, lo cual requiere dar información sobre uno mismo, pedir retroalimentación sobre cómo se ha actuado, etc.,... pero esto es precisamente lo que se intenta evitar a cualquier precio. Por último,

(iii) el procesamiento disfuncional se produce también porque la capacidad de prestar atención que tenemos los humanos es limitada y el adolescente con fobia social tiene que «procesar información en paralelo», es decir, como ya hemos indicado, ha de estar atento tanto a lo que va decir como a lo que le está ocurriendo y a cómo reaccionan o actúan los demás, pero como todo ello resulta muy difícil, e incrementa la probabilidad de cometer más errores, al final se opta por prestar más atención a lo que se estima más urgente, las señales externas e internas que, al ser percibidas como amenazas, hay que intentar controlarlas para reducir/eliminar el riesgo de que ocurran las consecuencias temidas, aquello que sólo con pensar en ello hace sufrir: verse y sentirse rechazado, humillado,... evaluado negativamente.

Finalmente, como ya hemos indicado, todo ello confirmará e incrementará en el sujeto sus interpretaciones negativas erróneas, así como sus expectativas negativas y la propia ansiedad preatencional (Mogg y Bradley, 2002), lo que quedará archivado en su recuerdo y volverá a activarse cada vez que se tenga que actuar ante otros o relacionarse con ellos, que recuerde situaciones sociales temidas, las imagine u oiga hablar de ellas.

En este momento el círculo se ha cerrado. El proceso responsable del mantenimiento de la fobia social ha completado su ciclo y pasa a retroalimentarse a sí mismo, a consolidarse y generalizarse cada vez más. Cuantas más veces lo pase

mal el sujeto, mayor consolidación; en cuantas más situaciones distintas se produzca, mayor generalización. Y cuanto más consolidado y generalizado esté el trastorno, más aislamiento y sufrimiento. Es decir, por si todo lo dicho fuese poco, durante este proceso de generalización y consolidación, de aislamiento y soledad, también se produce un decremento de la autoestima, generalmente acompañado de un sentimiento de vergüenza; una merma de la destreza en la aplicación de las habilidades de actuación y relación social, por desuso; hay un incremento de la indefensión y la soledad que puede llevar a estados depresivos graves e incluso al suicidio, como consecuencia del deterioro del contexto y la estructura psicosocial (abandono de estudios, pérdida de puestos de trabajo y dependencia económica crónica de la familia, abuso de sustancias tóxicas legales e ilegales, etc.), que finalmente consumará el deterioro de los factores de protección y, en paralelo, producirá un incremento de los factores de vulnerabilidad. Y todo ello será asociado con la incompetencia social, por lo que también pasará a formar parte del material mnésico que se activará cuando se haya de actuar o relacionarse ante o con otros. Pero, para colmo de males, pedir ayuda y recibir tratamiento conlleva exponerse a la relación con otro u otros (extraños). Como acabamos de decir, en general tal acto se demorará y demorará hasta que el deterioro personal y la interferencia en la actividad social sea extrema, incrementándose así el sufrimiento propio y ajeno y el tiempo del tratamiento de forma desproporcionada.

Algunas implicaciones del modelo

Para nosotros, el contexto en el que se ubicaría el continuo «Ausencia de ansiedad social negativa-Ansiedad social negativa extrema», o lo que es lo mismo «Sujeto sin fobia social-Sujeto con trastorno de personalidad por evitación» sería el relativo a la dimensión «incertidumbre», desarrollada y mantenida por la reducción progresiva de la exposición durante el tiempo suficiente para obtener retroalimentación de la actuación/relación ante o con los otros en la situación social y reducir hasta valores tolerables la activación neurovegetativa y muscular.

Sobre las clases o subtipos

Ante el problema que ha planteado la ambigüedad de la delimitación de la fobia social propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría en las últimas ediciones del Manual para el Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1997; 1994 y 2000), centrada en un criterio estrictamente cuantitativo, han surgido distintas alternativas para su operacionalización. Pero como recuerdan Baños, Quero, Botella y Perpiñá (2003), el uso de distintas delimitaciones de los subtipos dificulta que se puedan establecer comparaciones entre los trabajos realizados por distintos equipos de investigación. Ello es tanto un freno para la necesaria contrastación de los hallazgos como para el avance en el conocimiento y la comprensión del trastorno que nos ocupa.

Hasta ahora, las dos propuestas que han despertado más interés en los clínicos e investigadores han sido la realizada por Turner, Beidel y Townsley (1992), centrada en los tipos de situaciones que se temen (actuación frente a relación) y la propuesta por Heimberg et al. (1993) que incluye un subtipo generalizado (personas que temen la mayoría o todas las situaciones sociales), otro discreto (cuando se teme solo a una o dos situaciones sociales circunscritas) y un tercero, «no generalizado» o intermedio, en el que se encuadrarían el resto de las personas con este problema.

Desde nuestra posición, entendemos que, para intentar operacionalizar la formulación actual de los subtipos propuestos por la APA (1994, 2000) es preciso distinguir, primero, entre fobia social de actuación y de relación (en la línea propuesta por Turner, Beidel y Townsley, 1992) y, después, entre fobia social específica y generalizada (APA, 1994 y 2000). Desde nuestro modelo, actuación y relación no son cualitativamente diferentes, pero sí conllevan intensidades de incertidumbre distintas, interfieren de modo significativamente distinto en la actividad cotidiana del sujeto y generan diferentes intensidades de padecimiento subjetivo.

Como ya hemos indicado, en la medida en que se incrementa la generalización temporal y situacional del estado de alerta y de alarma también aumentará la incertidumbre que tendrá el sujeto sobre el control tanto de sus respuestas etiquetadas como «peligrosas» como de las de los otros (interlocutor o audiencia), en relación con la posibilidad de recibir castigo como consecuencia de una evaluación negativa de sus respuestas en la situación de actuación o de relación. En estas circunstancias, suponemos que el incremento del gradiente de incertidumbre corre parejo con el de la generalización temporal y situacional, entendemos que éste será menor en las fobias de actuación y cuando sólo exista una fobia circunscrita de relación. Por ello el modelo propone, en estos casos, un incremento aditivo de la intensidad de la incertidumbre al tratarse de situaciones en las que, al menos parcialmente, ésta se concreta en la posibilidad de control de las respuestas propias y donde la posibilidad de participación activa del otro u otros se limita a una situación concreta. En cambio, hipotetizamos que el gradiente de incertidumbre se incrementará multiplicativamente en las fobias de relación, al tratarse de conjuntos no disjuntos que participan de la ausencia de cualquier control sobre las respuestas del otro (interlocutor) u otros (audiencia) que, además de observar y valorar, pueden también intervenir directamente, es decir, preguntar, cuestionar, rechazar... públicamente, poniendo a prueba al fóbico social en el control de sus respuestas con respecto a la adecuación y pertinencia de éstas; en este caso, la incertidumbre ha dejado de estar circunscrita a la posibilidad de que se descontrolen las respuestas propias o que no surtan efecto las respuestas de escape parcial.

En consecuencia, nuestra propuesta asume que el grado de malestar e interferencia generado por las situaciones sociales que están mediadas por la necesidad de relación social será mayor que el producido por aquellas otras que están referidas a situaciones en las que la relación directa con el otro no es necesaria (actuación) o esta se reduce a una sola situación de relación. Así mismo, entendemos también que el malestar y la interferencia serán tanto mayores cuanto mayor sea el número de situaciones sociales fóbicas en las que esté implicada la relación del sujeto con otros.

En síntesis, en la fobia social de actuación al sujeto le es menos difícil controlar el malestar mediante respuestas de escape parcial que en la relación con otro u otros; de igual modo, en una situación de actuación la participación activa del otro u otros se percibiría más controlada por la misma estructura de la situación que en el contexto de un proceso de relación social.

Todo ello nos ha llevado a asumir la clasificación de las situaciones sociales de acuerdo con las propuestas de Turner, Beidel y Townsley (1992):

— Categoría relativa a la actuación. Así, hablar en público, comer o beber en público, escribir delante de otras personas, usar aseos públicos, etc.

— Categoría relativa a la relación. Tal es el caso de participar en fiestas sociales, en reuniones de trabajo (en el ámbito académico o laboral) o actividades en grupo relativas al ocio y tiempo libre; hablar con personas desconocidas, dirigirse a personas con autoridad, decir que no a alguien que te pide algo, pedir algo a alguien, iniciar una conversación, mantener una conversación o citarse con una persona del sexo opuesto.

En esta clasificación cabe cualquier situación fóbica que presente el sujeto, la cual será asignada a una u otra categoría, o subtipo, atendiendo a si precisa o no de la participación directa de otro u otros en más de una situación que requiera relacionarse con ellos. Así, sería específica la situación social relativa a tocar un instrumento ante una audiencia y se considera de actuación el miedo a hablar en público si la audiencia no tiene la posibilidad de preguntar al orador, siendo de relación si existe esta posibilidad (o así lo entiende el fóbico social). A su vez, la intensidad del malestar sería función directa del grado de incertidumbre e inversa del grado de control que sobre la situación tenga o crea tener el fóbico social; hablar por teléfono generaría menor intensidad de malestar que hacerlo cara a cara, por ejemplo.

El número de fobias sociales de relación puede constituirse en un dato relevante dado que puede afectar significativamente a la eficacia/eficiencia de los tratamientos, habida cuenta de la mayor intensidad de la incertidumbre asociada a ellas y sus efectos.

Por todo ello hemos asumido, tal como se ha explicitado, la delimitación de la fobia social, en función del grado de participación directa del otro u otros, en fobia social de actuación y fobia social de relación; dentro de esta última distinguimos en razón al grado de interferencia y malestar entre fobia social levemente generalizada, moderadamente generalizada y gravemente generalizada (Olivares y García-López, 2002; Olivares *et al*., 2003). Para el diagnóstico de fobia social levemente generalizada, o primer nivel de la intensidad de la incertidumbre, hemos convenido requerir la ocurrencia como mínimo de dos situaciones fóbicas y como máximo de cinco, de las que al menos dos han de ser de relación. Para el segundo nivel se han de presentar entre seis y diez situaciones sociales fóbicas, siendo al menos dos de ellas de relación. Finalmente, para que un sujeto sea encuadrado en el tercer nivel de incertidumbre catalogado como «fobia social gravemente generalizada», éste ha de presentar fobia ante más de diez situaciones sociales, de las cuales al menos dos han de ser de relación.

De acuerdo con este criterio, si el sujeto sólo presenta fobia a una situación social ésta será clasificada en el subtipo «fobia social específica», requiera o no de la relación con los demás. En este mismo sentido, si un sujeto presentara seis situaciones fóbicas, por ejemplo, siendo sólo una de ellas de relación, también sería adscrito al subtipo «fobia social específica» dado que el gradiente de incertidumbre, así como el grado de malestar y la interferencia a él asociados, sólo estaría circunscrito a la ocurrencia de esas situaciones concretas, pero no se encontraría generalizado porque estaría reducida a mínimos la necesidad de la participación activa y directa del sujeto en la relación para el mantenimiento del proceso de intercambio social.

Sobre el tratamiento

De acuerdo con lo ya dicho, el modelo sostiene que una situación resultará peligrosa para el fóbico social en la medida en que desencadene una alteración aversiva en sus sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico, motor), siendo ésta percibida tanto más peligrosa cuanto mayor sea la intensidad aversiva de la alteración. Tal alteración se hipotetiza que guarda una relación directa con el grado de (auto)descontrol e incertidumbre percibidos, por lo que, una vez establecida esta relación, la intensidad del malestar experimentado será también función directa del grado de incertidumbre e inversa al grado de control que sobre sus respuestas tenga o crea tener el fóbico social en tales situaciones.

Por otro lado, el modelo postula también que, como consecuencia de la incertidumbre, el sujeto con fobia social termina teniendo como referencia para responder en la situación social modelos de (auto)exigencia «ideales», rígidos y exclusivos respecto a la excelencia en la adecuación y pertinencia de las respuestas.

Por todo ello, entendemos que, a la luz del modelo, los tratamientos psicológicos serán tanto más eficaces cuanto más se maximice en ellos:

(i) la exposición tanto en contextos seguros como en las situaciones reales temidas;
(ii) la producción y contraste de respuestas de actuación variadas y alternativas a las tenidas por ideales de referencia para la guía de la (auto)exigencia y la posterior valoración de su actuación.

Además de ello, el modelo sostiene también que, en defecto de la prevención, la detección e intervención temprana será más eficiente que el tratamiento tardío, porque la primera se beneficiará de la menor consolidación y generalización de los efectos de los aprendizajes que generan, desarrollan y mantienen al trastorno. Así mismo, el modelo postula que se beneficiarán más del tratamiento los sujetos con fobia social específica que los que presentan fobia social generalizada, tal como aquí las hemos operacionalizado, y que, dentro de esta última, se beneficiarán más los sujetos con fobia social levemente generalizada que aquellos que cumplan los criterios para el diagnóstico de fobia social moderada y gravemente generalizada.

Referencias

Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor (Orig. 1985).

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. Washington, DC: Author (traduc. castellano Barcelona, Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: Author (traduc. castellano Barcelona, Masson, 1995).

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author (traduc. castellano Barcelona, Masson, 2002).

Amies, P.L., Gelder, M.G. y Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry, 142,* 174-179.

Amir, N., Foa, E.B. y Coles, M.E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 945-957.

Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Monsma, A. y Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the etiology of fobics disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry, 143*, 183-187.

Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.

Ballesteros, M.C. y Conde, V.J. (1999). Trastorno por ansiedad social de inicio en la infancia y la adolescencia. En J. Bobes, M.P. González, P.A. Sáiz y M. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 35-62). Masson: Barcelona.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston (traduc. Español por Ediciones Sígueme, Salamanca, 1983).

Bandura, A. (1976). Self-reinforcement. Theoretical and methodological considerations. *Behaviorism, 4*, 135-155.

Bandura, A., Ross, D. y Ross, S.A. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning, *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67*, 601-607.

Bandura, A. y Walters, R. H. (1980). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial (Original publicado en 1963).

Baños, R. M., Quero, S., Botella, C. y Perpiñá, C. (2003). ¿Qué es la fobia social? En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (dirs.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp.15-32). Barcelona: Paidós.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford.

Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M. y Ryan, S.M. (1996). Family enhacement of cognitive style in anxious and agressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 187-203.

Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.

Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J. y Faraone, S.V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1673-1679.

Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2003). Una propuesta para comprender la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (dirs.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 87-118). Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1969). Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Canada Mental's Health Supplement, 59*,12.

Bowlby, J. (1980). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behaviour, 28*, 649-656.

Bradley, S. y Sloman, L. (1975). Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 7*, 510-514.

Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

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. y Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 904-915.

Bruch, M.A. y Heimberg, R.G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and non generalized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders, 8,* 155-168.

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. E. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos,* vol. 1 (pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.

Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia, en R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneider (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford (traduc. español: Martínez Roca, Barcelona, 2000).

Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Kidlington (Oxford): Elsevier.

Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M. y Ryan, A. (1996). Family process and child anxiety and aggressionsAn observational analysis. *Journal of Abnornal Child Psychology, 24,* 715-734.

Dalgleish, T., Moradi, A., Taghavi, R., Neshat-Doost, H. T. y Yule, W. (2001). An experimental investigation of hyperviilance for threat in children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 31*, 541-547.

Daniels, D. y Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology, 21,* 118-121.

Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. y Serketich, W. J. (1995). «Balance of power»: a transctional análisis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and axious children. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 104-113.

Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1999). Tratamiento cognitivo conductual de la fobia social, en J. Bobes, M. P. González, P. A. Saiz y M. Bousoño (dirs.), *Abordaje actual del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Martínez Roca.

Escudero, J. M. (1987). El plan de integración y el pensamiento de los profesores. En J. Olivares (dir.), Sobre la integración del deficiente mental, *L´Arrel-Vespra* número monográfico, 21-36.

Eysenck, M. W. y Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The procesing efficiency theory. *Cognition and Emotion, 6*, 409-434.

Finnie, V. y Russell, A. (1988). Preschool children's social status and their mothers' behavior and knowledge in the supervisory role. *Developmental Psychology, 24,* 789-801.

Frankel, K.A. (1990). Girls' perceptions of peer relationship support and stress. *Journal of Early Adolescence, 10,* 69-88.

Funke, P., Schlange, H. y Ulrich, Y. (1978). Clinical investigations and therapy with selective mutes. *Acta Paedopsychiatrica, 43*, 47-55.

Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Martin, L.Y. y Klein, D.F. (1995). Specificity in familiar aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry, 52*, 564-573.

García-López, L. J. (2000) *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social.* Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia.

Gerull, F. C. y Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: the effects of maternal modelling on the adquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behavior Research and Therapy, 40*, 279-287.

Gunnar, M., Marvinney, D., Isensee, J. y Fisch, R. O. (1989), Coping with uncertainty: New models of the relations between hormonal, behavioral and cognitive processes, en D. S. Palermo (ed.), *Coping with uncertainty* (pp. 183-204), Hillsdale, N. J.

Halpern, W.I., Hammond, J. y Cohen, R.A. (1971). A therapeutic approach to speech fobia: Elective mutism reexamined. *Journal of de American Academy of Child Psychiatry, 10*, 94-107.

Hayden, T. L. (1980). The classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19*, 297-310.

Hayward, C., Killen, J. Kraemer y Taylor, B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 1308-1316.

Heimberg, R. G., Holt, C. S., Scheneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 7,* 249-269.

Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877-1981. A literary summary. *Acta Paedopsychiatry, 49*, 297-310.

Hirschfeld, D.R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S.V. y Rosenbaum, J.F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescence Psychiatry, 36,* 910-917.

Hofmann, S. G. y Barlow, D. H. (2002). Social phobia (Social Anxiety Disorder). En D. H. Barlow (dir.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª edic.). Nueva York: Guilford.

Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A. y Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 224-231.

Hope, D. A., Sigler, K. D., Penn, D. L. y Meier, V. (1998). Social anxiety, recall of interpersonal information and social impact on others. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12,* 303-322.

Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24*, 102-129.

Inderbitzen, H. M., Walters, K. S. y Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status gropus and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology, 26,* 338-348.

Inglés, C. (2001). *Elaboración y validación psicométrica del Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia.

Ishiyama, F. I. (1984). Shyness, anxious social sensitivity and self-isolating tendency. *Adolescence, 19*, 903-911.

Kagan, J. y Snidman, N. (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science, 2,* 40-44.

Kagan, J., Reznick, J. S. y Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167-141.

Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N. y García-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unifamiliar. *Child Development, 55*, 2212-2225.

Kanfer, F. H. y Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion´s den. *Behavior Therapy, 3*, 398-416.

Kazdin, A. E. (1988) *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Martínez Roca (original publicado en 1985).

Kimmel, D. C. y Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel (Original publicado en 1995).

Kratochwill, T. R. (1981). *Selective mutism: Implications for research and treatment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

La Greca, A. M. (1999). Friends or foes? Peer influences on anxiety among children and adolescents. En W.K. Silverman y P.A. Mersch (dirs.), *Anxiety disorders in children: Theory, research and practice*. Londres: Cambridge University Press.

La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26,* 83-94.

Leary, M. R. y Kowalski, R. M. (1993). The Interaction Anxiousness Scale: construct and criterion related validity. *Journal of Personality Assessment, 61*, 136-146.

Levine, S. y Weiner, S. (1989), Coping with uncertainty: a paradox. En D. S. Palermo (dir.), *Coping with uncertainty,* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

MacLeod, C. (1999). Anxiety and anxiety disorders. En T. Dalgleish y M. Power (dirs.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 447-477). Chichester: Wiley.

MacLeod, C., Mathews, A. y Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 95*,15-20.

Marks, I. M. (1970). The classification of fobics disorders. *British Journal of Psychiatry, 116*, 377-386.

Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University Press (traduc. castellano: *Miedos, fobias y rituales*. Martínez Roca, 1991).

McNally, R. J. (1998). Information processing abnormalities in anxiety disorders: Implications for cognitive neuroscience. *Cognition and Emotion, 12*, 479-495.

Mellings, T. M. B. y Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumiation and anticipatory processing. *Behavior Research and Therapy, 38*, 243-257.

Méndez, F. X. y Olivares, J. (2003). Social competence (including social skills, assertion). En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *The enciclopedia of psychological assessment* (2º vol.) (pp. 894-901), Londres: Sage.

Messer, S.C. y Beidel, D.C. (1994). Psychological correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 975-983.

Meyers, S. (1984). Elective mutism in children: A family systems approach. *American Journal of Family Therapy, 12*, 39-45.

Mick, M. y Telch, M. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders, 12,* 1-20.

Mischel, W. (1971). *Introduction to personality*. Nueva York: Holt.

Mogg, K. y Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked treta faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 1403-1414.

Morris, R. J. y Kratochwill, T. R. (1983). *Treatment children´s fears and phobias. A behavioral approach.* Nueva York: Pergamon.

Mulkens, S. y Bögels, S. M. (1999). Learning history in fear of blushing. *Behaviour Research and Therapy, 37,* 1159-1167.

Muris, P., Steerneman, P., Merceckelbach, H. y Meester, C. (1996a). Parental modelling and fearfulness in middle childhood. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 263-267.

Muris, P., Steerneman, P., Merceckelbach, H. y Meester, C. (1996b). The role of parental fearfulness and modelling in children´s fear. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 265-268.

Nolsen-Hoeksema, S. y Larson, J. (1992). *The worries of adolescent males and females.* Unpublished manuscript, Standford University, Stanford, CA.

Olivares, J. (2001), Los problemas del adolescente normal, en C. Saldaña (dir.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp. 19-40). Madrid: Pirámide.

Olivares, J. y García-López, L.J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual 9,* 247-254.

Olivares, J. y García-López, L.J. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual 10*, 409-419.

Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, *11*, 405-428.

Olivares, J., García-López, L.J., Beidel, D.C., Turner, S.M., Albano, A.M. e Hidalgo, M.D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual, 10,* 147-164.

Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta, 68,* 771-793.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1996). Mutismo electivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, *4*, 169-192.

Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (en prensa). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Rosa, A. I., Piqueras, J. A., Méndez, F. X. y Ramos, V. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social y la timidez en niños y adolescentes. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (dirs.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 87-110). Madrid: Pirámide.

Ollendick, T. H. y King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: an evaluation of Rachman´s Theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 117-123.

Öst, L. G. (1985). Ways of acquiring phobias and outcome of behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 683-689.

Öst, L. G. y Hughdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy, 19,* 439-447.

Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agorapobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry, 135,* 555-560.

Papousek, H. y Papousek, M. (2002). Intuitive parenting. En M. H. Bronstein (dir.), *Handbook of parenting, vol. 2: Biology and ecology of parenting* (2ª edición) (pp. 183-203). Mahwah, NJ: Lawrance Erlbaum.

Putallaz, M. y Heflin, A. H. (1990). Parent-child interaction. En S. R. Asher y J. C. Coie (dirs.), *Children's status in the peer group* (pp. 189-216). Nueva York: Cambridge University Press.

Rachman, S. J. (1978*). Fear and courage*. Oxford: Freeman.

Rapee, R. M. (1997). Potencial role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 17,* 47-67.

Rapee, R. M. y Egliston, K. (2003). *Examination of parent-child interactions in ansious children*. Comunicación presentada en la reunión de la European Association for Behaviour and Cognitive Therapy, Praga.

Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 741-756.

Rapee, R. M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 728-731.

Reich, J. H. y Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry, 29,* 72-75.

Rosen, B. C. y Aneshensel, C. S. (1976). The chameleon syndrome: A social psychosocial dimension of the female sex role. *Journal of Marriage and the Family, 38,* 605-617.

Rosenbaum, E. y Kellman, M. (1973). Treatment of a selectively mute third-grade child. *Journal of School Psychology, 1*, 26-29.

Rosenberg, J. B. y Linblad, M. B. (1978). Behavior therapy in a family context: *Treating elective mutism. Family Process, 1*, 26-29.

Roth, D., Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2001). Interpretation for anxiety symptoms in social phobia. *Behavior Research and Therapy, 39*, 129-138.

Ruiz, J. (2003). *Diseño, aplicación y análisis de la eficacia/eficiencia de un programa multicomponente específico para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Murcia.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998). Fobia social. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. 1, pp. 271-303), Madrid: Dykinson.

Salfield, D. J. (1950). Observations on elective mutism in children. *Journal of Mental Science, 96*, 1024-1032.

Salzinger, K., Feldman, R.S., Cowan, J. E. y Salzinger, S. (1965). Operant conditioning of verbal behavior of two young speech-deficient boys. En L. Krasner y L. P. Ullman (dirs.), *Research in behavior modification: New Developments and implications*. Nueva York: Holt, Rinehart & Wiston.

Schlenker, B. R. y Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model, *Psychological Bulletin, 92*, 641-669.

Silverman, W. K. y Kurtines, W. M. (1996). *Anxiety and phobic disorders: A pragmatic approach*. Nueva York: Plenum Press.

Sluckin, A., Foreman, N. y Herbert, M. (1991). Behavioural treatment programs and selectivity of speacking at follow-up in a sample of 25 selective mutes. *Australian Psychologist, 26,* 132-138.

Spitz, R. (1961). *El primer año de la vida del niño*. Madrid: Aguilar.

Stemberger, R.T., Turner, S.M., Beidel, D. C. y Calhoun, K.S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 526-531.

Thompson, R. A. (2001). Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. En M. W. Vasey y M. R. Dadds (dirs.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 160-182). Londres: Oxford University Press.

Toro, J. (1986). Trastornos de ansiedad en la infancia. En A. Tobeña (dir.), *Trastornos de ansiedad: orígenes y tratamiento.* Barcelona: Alamex.

Trower, P. y Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

Trower, P., Gilbert, P. y Sherling, G. (1990). Social Anxiety, Evolution and Self-Presentation. An Interdisciplinary Perspective, en H. Leitenberg (comp.), *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*, Nueva York: Plenum Press.

Turner, S. M., Beidel, D.C. y Epstein, L. H. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 151-166.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Long, P. J. y Greenhouse, J. (1992). Reduction of fear in social phobics: An examination of extinction patterns. *Behavior Therapy, 23*, 389-403.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A conmparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnornal Psychology, 95,* 168-172.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Wolf, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? *Clinical Psychology Review, 16*, 157-172.

Watson, T. S. y Kramer, J. J. (1992). Multimethod behavioral treatment of long-term selective mutism. *Psychological in the Schools, 29*, 359-366.

Weiss, D. D. y Last, C. G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestations of Anxiety disorder. En M. W. Vasey y M. R. Dadds (dirs.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 27-42). Nueva York, NY: Oxford University Press.

Wells, A. y Clark, D. (1997). Social phobia: A cognitive approach. En G. Davey (dir.), *A handbook of theory, research and treatment*. Chichester: Wiley.

Wergeland, H. (1979). Elective mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 59*, 218-228.

Whaley, S. E., Pinto, A. y Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 826-836.

Von Misch, A. (1952). Elektiver mutismus in kindersalter. *Zietschrift fuer Kinderpsychiatrie, 19*, 49-87.

Wright, H., Miller, M., Cook, M. A. y Litman, J. R. (1985). Early identification and intervention with children who refuse to speak. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 739-746.