

Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual

Explanatory models of social phobia: An approach cognitive-behavioral

Marcelo Archibaldo Bravo Calderón¹

Ferran Padrós Blázquez²

Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Morelia, Michoacán, México.

Resumen

La fobia social (también conocida como trastorno de ansiedad social) consiste en un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público; siendo su característica principal el temor a ser evaluado negativamente por los demás en dichas situaciones. Este trastorno puede llegar a ser muy discapacitante y severo; ya que presenta una gran comorbilidad, está asociado con un deterioro en la calidad de vida, con una baja tasa de apoyo social, y con dificultades académicas, laborales y sociales. Por lo que el objetivo del presente trabajo es analizar brevemente los principales modelos explicativos que se han desarrollado para la comprensión de este trastorno de ansiedad, lo cual es fundamental no solo para entender los problemas de la persona que padece este trastorno, sino también por el hecho de que un modelo explicativo es una guía muy valiosa para la planificación de un tratamiento efectivo. Se presentan los modelos de Barlow, de Clark y Wells, y de Rapee y Heimberg; y se discuten las implicaciones clínicas derivadas de cada uno de ellos.

Palabras clave: *cognitivo-conductual, etiología, fobia social, modelo explicativo, trastorno de ansiedad social.*

Abstract

Social phobia (also known as social anxiety disorder) consists of a marked and persistent fear of one or more social and public situations; with its main

¹ Licenciado en Psicología. Contacto: archi6886@yahoo.com

² Doctor en Psicología. Contacto: fpadros@uoc.edu

characteristic as the fear of being evaluated negatively by others in said situations. This disorder can be very crippling and severe; as it shows a high degree of comorbidity; this disorder is associated with loss in quality of life, a low rate of social support and with educational, occupational and social difficulties. The aim of this paper is to briefly analyze the main explanatory models developed for understanding this anxiety disorder, which is fundamental not only to understand the problems of people who suffer from this disorder, but also because an explanatory model is a valuable guide for planning an effective treatment. The models of Barlow, Clark, Wells, Rappe and Heimberg are discussed, as well as the clinical implications from each.

Key words: *cognitive-behavioral, etiology, explanatory model, social anxiety disorder, social phobia.*

Introducción

La fobia social (también conocida como trastorno de ansiedad social) consiste en un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no son del ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás; temiendo actuar de una manera humillante o vergonzosa y/o mostrar síntomas de ansiedad (American Psychiatric Association, 2000)

La fobia social se caracteriza, entre otras cosas, porque los individuos no sufren malestar cuando realizan actividades en privado, solamente se manifiesta un deterioro en la conducta cuando están siendo observados (Barlow y Durand, 2001). El malestar aparece cuando el sujeto tiene que hacer alguna actividad (hablar, comer, escribir, etc.) y es consciente que otras personas le observan y percibe que su conducta es susceptible de ser evaluada; por lo que la característica principal de este trastorno es el temor al escrutinio por parte de los demás (Heimberg et al., 1987; Taylor y Arnow, 1988; como se cita en Caballo, Iurrtia, López-Gollonet y Olivares, 2005).

Dicho trastorno ha mostrado en población mexicana, una prevalencia a lo largo de la vida, de acuerdo con algunos autores de 2.6 % (Caraveo y Colmenares, 2000) y según otros, del 4.7 % (Medina-Mora *et al.*, 2003). Y tomando en cuenta diversos estudios (Acarturk, Ron de Graaf, van Straten, ten Have y Cuijpers, 2008; Chartier, Walker y Stein, 2003; Furmark, 2002; Simon et al., 2002; Stein, Torgrud y Walker, 2000; Torgrud et al., 2004), se puede decir que presenta una gran comorbilidad, misma que está asociada con un deterioro en la calidad de vida, con una baja tasa de apoyo social, y con dificultades académicas, laborales y sociales.

La fobia social puede llegar a ser un trastorno muy discapacitante y severo. De esta manera, el objetivo del presente trabajo es analizar brevemente los principales modelos explicativos que se han desarrollado para la comprensión de este trastorno de ansiedad, lo cual es fundamental no sólo para entender los problemas de la persona que padece este trastorno, sino

también por el hecho de que un modelo explicativo es una guía muy valiosa para la planificación de un tratamiento efectivo.

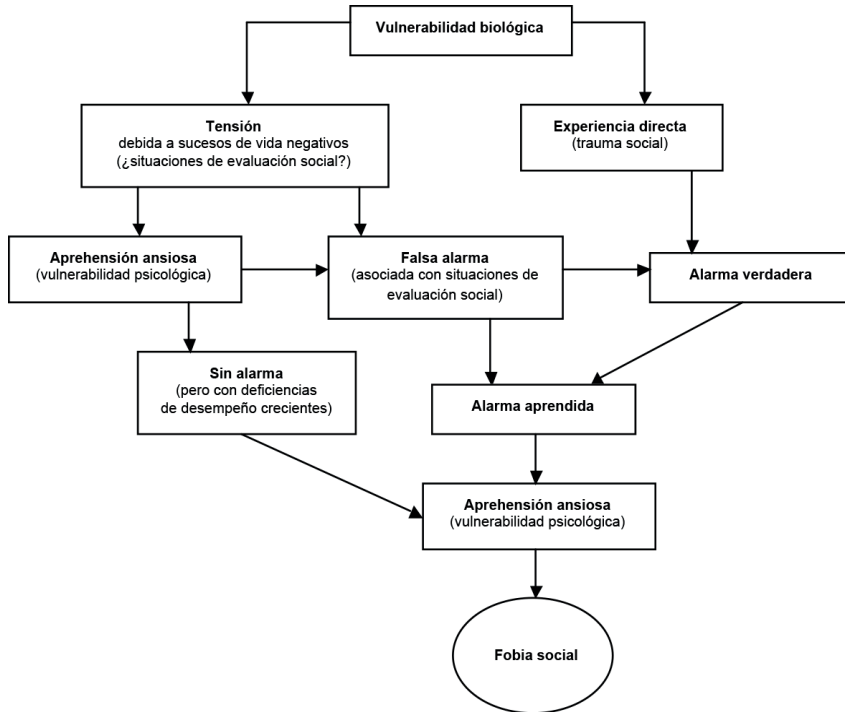
Sin embargo, no pretendemos hacer una revisión exhaustiva de todos los modelos existentes, sino que sólo nos enfocaremos en aquellos, que a nuestro juicio, han sido más representativos. Se presentan los modelos de Barlow, de Clark y Wells, y de Rapee y Heimberg.

1. El modelo de Barlow

En este modelo (Barlow, 2003; Barlow y Durand, 2001) se sostiene que los seres humanos –por razones de evolución biológica– somos sensibles a la crítica y a la desaprobación social. Sin embargo, no todas las personas desarrollan una fobia social, ya que para que ésta se manifieste es necesario que el individuo sea biológica y psicológicamente vulnerable a la *aprehensión ansiosa* (expectativa aprensiva ante el futuro).

Se proponen tres caminos posibles para la adquisición de la fobia social (véase Figura 1). En primer lugar, se podría heredar una *vulnerabilidad biológica* a la ansiedad y/o una tendencia a ser socialmente inhibido. En segundo lugar, un individuo al estar bajo *tensión* podría experimentar un ataque de pánico inesperado (una *falsa alarma*) en una situación social, y entonces estar ansioso por la posibilidad de volver a tener ataques de pánico adicionales en la misma situación social o en otras similares. Y en tercer lugar, la persona podría experimentar un trauma social real que daría lugar a una *alarma verdadera*, originando una ansiedad condicionada a las mismas situaciones –o similares–. De esta manera se instaura una *alarma aprendida* (haya sido falsa o verdadera), la cual se impregnará de la *aprehensión ansiosa*, sobre todo en lo que concierne a las situaciones sociales.

Figura 1. Modelo explicativo de Barlow para la fobia social (tomado de Barlow y Durand, 2001).



El término de “falsas alarmas” se refiere a aquellas que producen ansiedad en ausencia de un objeto o situación que supongan un peligro real; en tanto que las alarmas verdaderas se manifiestan cuando se experimenta una amenaza real y objetiva. También se propone que la fobia social específica, se formaría más frecuentemente por medio de una alarma verdadera; en cambio la fobia social generalizada podría darse sin la presencia de esta alarma real, es decir, se conformaría con falsas alarmas asociadas a situaciones sociales.

Además se señala que debido a la aprehensión ansiosa (expectativa aprensiva ante el futuro), se disminuyen recursos atencionales, incidiendo negativamente en la ejecución del sujeto. Por lo que este modelo, al igual que otros de corte más cognitivo, señala el efecto de la *atención autofocalizada* que reduce significativamente la atención (en la tarea) requerida para realizar una ejecución exitosa. Finalmente, el modelo también subraya la importancia de los pensamientos negativos e irracionales que surgen frente a situaciones sociales, como los referidos a qué van a pensar los demás (p. ej. “van a pensar que soy tonto”) o a cómo el propio sujeto va a actuar (p. ej. “voy a ser incapaz de decir una palabra”, “me va a temblar la voz”), los cuales hacen incrementar el nivel de ansiedad, llegando a ser disfuncional, de modo tal que el elevado

nivel de arousal³ repercute negativamente en el rendimiento cognitivo y por ello también en la ejecución conductual del fóbico social.

2. El modelo de Clark y Wells

La explicación del modelo (Clark, 2001) está dividida en dos partes, en la primera se describe lo que ocurre cuando una persona con este trastorno entra en una situación social temida (véase Figura 2), y en la segunda lo que pasa antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella.

2.1 Procesamiento en la situación social

Sobre la base de experiencias tempranas, las personas con fobia social desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social, los cuales pueden ser divididos en tres categorías:

- a) *Normas excesivamente altas de actuación social*: “debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”, “siempre debería de tener algo interesante que decir”, “no debo de mostrar nunca algún signo de ansiedad”.
- b) *Creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación*: “sí me equivoco pensarán que soy un estúpido”, “sí no platico mucho, van a pensar que soy un aburrido”, “sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar”.
- c) *Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo*: “no soy suficientemente hábil”, “soy un idiota”, “soy alguien aburrido”.

Estos supuestos influyen a los individuos para que consideren las situaciones sociales como peligrosas, para que predigan que van a fallar al intentar lograr el nivel de actuación social que desean, y para que interpreten algunas señales sociales inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa de los demás. Por tanto, cuando una situación social es considerada de esta forma, los fóbicos sociales se ven sumergidos en la ansiedad. Existen varios círculos viciosos interconectados que mantienen la ansiedad de los sujetos y evitan la desconfirmación de sus creencias negativas, los cuales se expresan a continuación.

Procesamiento del sí mismo como un objeto social

Un factor clave es el cambio en el *foco atencional* y un procesamiento negativo del *sí mismo*. Cuando las personas con fobia social creen que están en peligro de una evaluación negativa de los demás, enfocan su atención hacia una observación y monitoreo detallado de ellos mismos. Entonces usan esa información interna (a la cual accedieron mediante su automonitoreo) para inferir cómo se están mostrando a los demás y que es lo que están pensando de ellos. Es decir, se forman una imagen distorsionada de

³ Agitación, ansiedad.

cómo creen que están siendo vistos por los demás; y al hacer esto quedan atrapados en un sistema cerrado, ya que la mayoría de la evidencia de sus miedos es autogenerada (de acuerdo a como se están sintiendo); por lo que cualquier evidencia (externa) del medio social, que pudiera poner en duda sus creencias disfuncionales, se convierte en algo inaccesible o ignorado.

Conductas de seguridad

Frecuentemente los fóbicos sociales no se benefician con el hecho de que no sucedan las catástrofes sociales que temen, debido a que se encuentran inmersos en una variedad de conductas de *seguridad* que intentan prevenir o minimizar las catástrofes temidas. Si éstas no se presentan, entonces la persona atribuye la no ocurrencia de las mismas a la utilización de estas conductas, en lugar de inferir que la situación era menos peligrosa de lo que se pensaba. Cabe mencionar que el término conductas de seguridad, se refiere tanto a conductas propiamente dichas (p. ej. evitar el contacto ocular) como a procesos cognitivos (p. ej. memorizar lo que se va a decir).

En realidad, las conductas de seguridad pueden generar o aumentar los síntomas que se temen (p. ej. mantener los brazos juntos –para que no se vea el sudor de la camisa– provoca más sudoración), la mayoría de ellas tienen como consecuencia aumentar la atención en uno mismo (intensificando la imagen negativa del sí mismo y reduciendo la atención hacia la conducta de los demás, con lo que se impide la desconfirmación de las creencias), algunas pueden ser capaces de atraer la atención de las demás personas (p. ej. hablar en un volumen de voz muy bajo puede hacer que los demás presten más atención para poder oír), y pueden influir para que las otras personas se comporten de una manera que confirma parcialmente los miedos de los fóbicos sociales (p. ej. el pensar mucho lo que se va a decir puede ser interpretado como falta de interés o preocupación por algo).

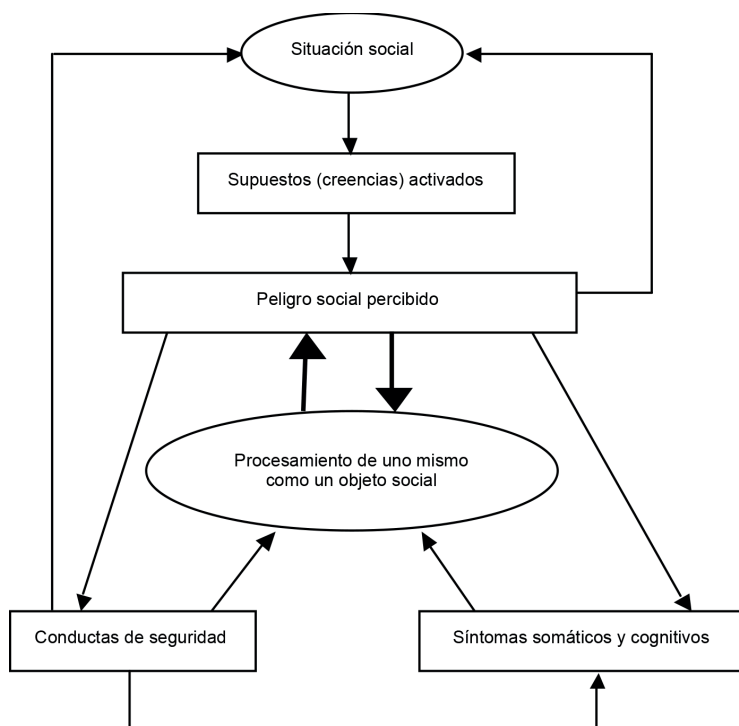
Síntomas fisiológicos y cognitivos

Los individuos con este trastorno están especialmente preocupados por el hecho de que los demás se den cuenta de sus síntomas de ansiedad, e interpretan estos síntomas como una señal de fracaso en la obtención del nivel de actuación social que desean. Debido a esto, se muestran hipervigilantes ante ellos, lo cual tiende a incrementar la percepción de los mismos; y con ello aumenta la probabilidad de detectar signos de ansiedad, generándose así un círculo vicioso negativo. Además como ya se mencionó, estos síntomas también pueden ser incrementados por el uso de conductas de seguridad (el ejemplo del sudor de la camisa).

Procesamiento de las señales sociales

En este modelo se pone un énfasis especial en la atención focalizada sobre el sí mismo y el uso de la información interna para formar una imagen

distorsionada y negativa de uno mismo (el individuo se imagina como lo están viendo los demás y que están pensando de él). Generalmente, se podría pensar que la fobia social está relacionada con una reducción del procesamiento de las señales sociales, sin embargo también se sugiere que este procesamiento (reducido) está sesgado de una manera negativa. Es decir, es más probable que se atiendan y se recuerden las respuestas de los otros que son interpretadas como signos de desaprobación. Y dado a que en la mayoría de las situaciones sociales normales, es poco común que se expresen abiertamente las reacciones negativas hacia los demás, muchas de las señales que son notadas y recordadas como negativas, podrían ser en realidad simplemente señales ambiguas. Este fenómeno se ve claramente en el miedo a hablar en público, en el que por ejemplo, la audiencia no establece contacto visual (señal ambigua), y esto se interpreta negativamente (p. ej; “no me miran porque se dan cuenta de lo mal que lo hago y para que no lo



pase peor”), cuando posiblemente no lo es.

Figura 2. Modelo explicativo de Clark y Wells para la fobia social (adaptado de Clark, 2001).

2.2 Procesamiento antes y después de la situación social

Muchos fóbicos sociales antes de entrar a una situación social, revisan en

detalle todo lo que creen que podría pasar. Y se ponen nerviosos debido a que sus pensamientos tienden a estar dominados por una serie de fracasos pasados, por imágenes negativas de sí mismos durante la situación, y por otras predicciones acerca de una pobre actuación y del rechazo de los demás. A veces estas rumiaciones hacen que los fóbicos eviten la situación completamente, si esto no sucede y el individuo participa en ella, es probable que se encuentre ya en un modo de procesamiento autofocalizado, esperando fallar y siendo menos probable que atienda a cualquier señal de aceptación por parte de los demás.

Debido a la naturaleza de las interacciones sociales, es improbable que las personas con este trastorno hayan recibido de los otros señales totalmente claras de aprobación, y por esta razón no es raro que se sumerjan en una revisión del evento –al haber terminado el mismo. La interacción es revisada en detalle y durante esta revisión figuran especialmente (como fueron procesados al estar en la situación) su percepción negativa de ellos mismos y sus síntomas de ansiedad. La desafortunada consecuencia de esto es que muy posiblemente la revisión estuvo dominada por una imagen negativa del sí mismo, por lo que la interacción es vista mucho más negativamente de lo que en realidad fue. Entonces la situación es agregada a una lista de fracasos pasados, siendo que una interacción que podría haber sido vista como neutral por un observador, ahora habrá de fortalecer las creencias de inadecuación social del individuo.

3. El modelo de Rapee y Heimberg

En este modelo (Rappe y Heimberg, 1997, como se cita en Botella, Baños, Perpiña y García-Palacios, 2003) se asume que existe una relación entre timidez, fobia social y trastorno de personalidad por evitación, y se les considera como parte de un mismo continuo; por lo que el modelo podría utilizarse para cada uno de ellos. A su vez, también se aplicaría a todos los subtipos de fobia social. Al respecto, los autores consideran dos: generalizado y no generalizado.

Las personas con este trastorno creen que los demás son muy críticos y que es probable que los valoren negativamente; también le dan mucha importancia al hecho de que los valoren positivamente. Por tanto, entran en acción una serie de procesos, que se pueden dar tanto durante la situación social, como antes y después de la misma –anticipación y recuerdo de la

situación– (véase Figura 3).

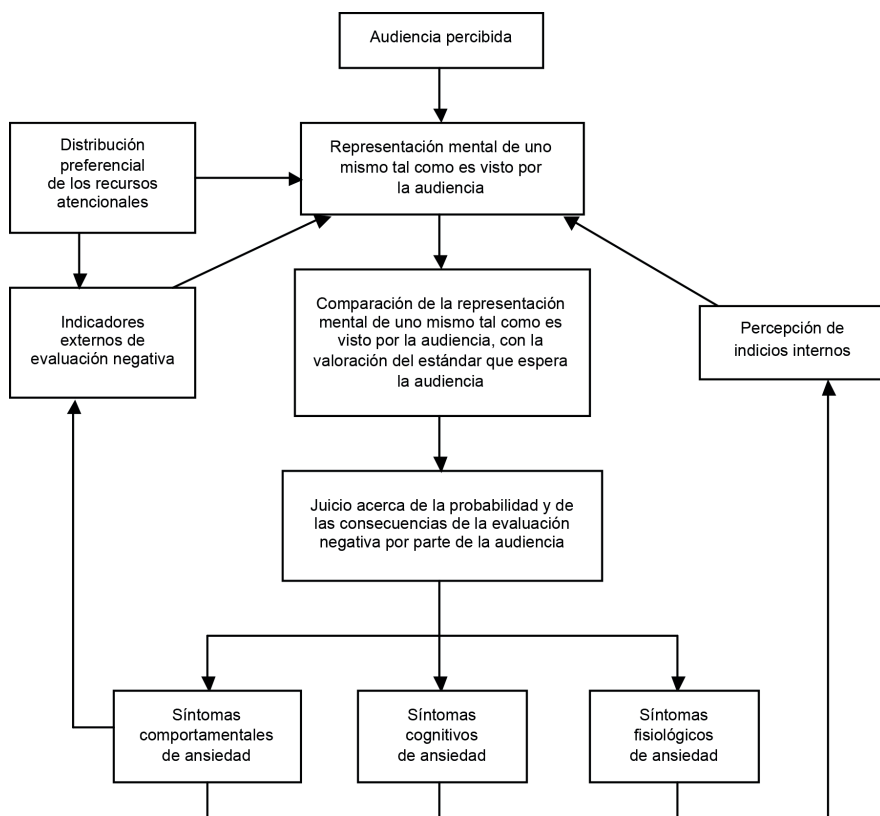


Figura 3. Modelo explicativo de Rappe y Heimberg para la fobia social (Rappe y Heimberg, 1997, en Botella et al., 2003).

El término *audiencia*, en este contexto, se refiere tanto a un grupo de personas que están observando, como a cualquier otra persona o grupo. Cuando un fóbico social se encuentra en una situación social, se forma una representación mental de su apariencia externa y de su conducta de acuerdo a cómo cree que lo está viendo la audiencia y al mismo tiempo sus recursos atencionales se dirigen tanto a esa representación interna como a cualquier posible amenaza social. Esta representación mental de sí mismo, se realiza a partir de la memoria a largo plazo (p. ej. experiencias anteriores), señales internas (p. ej. síntomas fisiológicos) y señales externas (p. ej. respuestas de la audiencia).

El individuo además de dirigir sus recursos atencionales hacia las ame-

nazas externas y a la representación de su apariencia externa y conducta, también simultáneamente realiza una predicción acerca del estándar de actuación o norma que espera va a utilizar la audiencia para evaluarlo. Por lo que la persona compara la representación mental de sí mismo (que cree tiene la audiencia de ella) con el nivel de actuación que piensa va a utilizar la audiencia, para así predecir la percepción que la audiencia tendrá de su ejecución. Es decir, se realiza una estimación acerca de si la propia actuación será aprobada por los estándares que supuestamente tiene la audiencia.

Entonces si el fóbico social considera que su actuación social está por debajo del estándar que la audiencia tiene, es probable que espere una evaluación negativa por parte de los demás. Esta evaluación negativa predicha desencadena respuestas de ansiedad, tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales; las cuales influyen en la siguiente representación mental del individuo acerca de cómo cree que la audiencia lo está viendo, creando de esta manera un círculo vicioso.

Discusión

A continuación haremos un breve análisis acerca de los modelos que hemos mencionado, así como de las implicaciones en el tratamiento que pudieran derivarse de cada una de estas teorías explicativas.

En primer lugar es importante mencionar que el modelo de Barlow (2003; Barlow y Durand, 2001) es el único que hace referencia directa un proceso de *condicionamiento clásico*; el cual, como es bien sabido, consiste en la asociación de un estímulo condicionado (originalmente neutro) con una situación que de forma natural (estímulo incondicionado) provoca una respuesta de miedo, que en principio la provoca solo el estímulo incondicionado (respuesta incondicionada) y posteriormente, la respuesta es emitida frente al estímulo condicionado en ausencia del estímulo incondicionado (respuesta condicionada). Esto es considerado como el mecanismo básico de la adquisición de miedos y fobias (Hermans, Vantseenwegen y Craske, 2008).

En el modelo de Barlow (2003; Barlow y Durand, 2001), este tipo de condicionamiento se manifiesta en el aprendizaje asociativo de las *alarmas*, ya que las situaciones sociales (estímulos neutros) son asociadas con experiencias aversivas (estímulos incondicionados), tales como un ataque de pánico inesperado (*falsa alarma*) o una situación en la cual hay una mala respuesta por parte de la audiencia hacia la persona, lo que puede considerarse un trauma social real (*alarma verdadera*).

De esta manera, al dársele un papel fundamental al condicionamiento clásico en la adquisición y mantenimiento de la ansiedad social, la *exposición con prevención de respuesta* surge como una técnica potencialmente eficaz en el tratamiento.

Ahora enfocándonos en el modelo de Clark y Wells (Clark, 2001), debe

mencionarse que explica satisfactoriamente los mecanismos a través de los cuales se mantiene la fobia social, pero se echa de menos mayor profundidad sobre los mecanismos de adquisición.

Este modelo pone un *énfasis* especial en la *atención centrada en sí mismo* (el sujeto se forma una imagen distorsionada de cómo piensa que lo están viendo los demás), lo que a decir de los propios autores (Clark, 2001), sugiere uno de los componentes claves del tratamiento: el *cambio en el foco atencional* (pasar de un procesamiento centrado en sí mismo, a uno orientado a las señales externas sociales). Lo cual por un lado, servirá para disminuir el nivel de ansiedad derivado de la autofocalización, y por el otro, favorecerá la ejecución de la persona con fobia social. Además, el señalamiento que este modelo realiza de las *conductas de seguridad* (evitaciones “en pequeño”) que el sujeto realiza para evitar las catástrofes que teme (p.ej. no alzar los brazos para que no se vea el sudor de la camisa, y así evitar la desaprobación de los demás), señala la posibilidad de incidir en el tratamiento a través de la *extinción de las conductas de seguridad* (exponerse a la situación social sin utilizar dichas conductas).

También en el modelo de Clark y Wells (Clark, 2001), se hace *énfasis* en la implicación de creencias irracionales disfuncionales como elementos fundamentales para mantener el trastorno, de manera que desde este modelo se puede sugerir y justificar de forma explícita el uso de técnicas como la *reestructuración cognitiva* y en general la aplicación de la *Terapia Cognitiva* de Beck (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

Por lo tanto, aunque a partir de los modelos de Barlow (2003; Barlow y Durand, 2001) y de Clark y Wells, (como se cita en Clark, 2001), se desprende la posibilidad de utilizar la *exposición* como técnica de tratamiento, los propósitos y argumentaciones son distintas. En el caso de Barlow, esta técnica permite que los individuos se expongan a las situaciones sociales y a través de varios ensayos en los cuales no aparezcan las consecuencias negativas temidas se extinga la ansiedad. En tanto que Clark y Wells (como se cita en Clark, 2001), la usarían para que el sujeto se exponga a la situación, y a modo de *experimento conductual*, obtenga información que le permita darse cuenta de que sus creencias disfuncionales no son correctas (y disminuir así la ansiedad).

Con respecto al último modelo analizado, el de Rappe y Heimberg (1997, como se cita en Botella et al., 2003), su propuesta comparte con la de Clark y Wells (como se cita en Clark, 2001), la importancia de la imagen que el sujeto se forma de sí mismo, de acuerdo a cómo piensa que lo están viendo los demás. No obstante, introducen el concepto de *audiencia*, que puede referirse a cualquier persona (o grupo de ellas) que observa o interactúa con el individuo. Entonces la parte central de su propuesta, es la comparación que el sujeto hace entre esta imagen que se forma de sí mismo (y piensa estar proyectando a los demás), y el estándar de actuación que

cree que la audiencia espera de él. Por lo que si considera que su actuación no cumple con los estándares que la audiencia tiene, es muy probable que tema ser evaluado negativamente, con la correspondiente activación de los síntomas de ansiedad. Ello justifica y hace plausible el uso de grabaciones en video, para que el individuo se observe a sí mismo durante su actuación social, y obtenga información objetiva (y así poder modificar sesgos perceptivos y cognitivos del paciente).

Como puede verse, al ser el modelo de Rappe y Heimberg (1997, como se cita en Botella et al., 2003), sumamente cognitivo, las consideraciones del tratamiento vendrían siendo muy parecidas a lo que expusimos para la teoría de Clark y Wells (como se cita en Clark, 2001); es decir se privilegiaría los procedimientos de *reestructuración cognitiva*.

De manera adicional debe destacarse que implícitamente, en los tres modelos analizados, aparece que el fóbico social debido a diferentes causas, no puede practicar o ejercer de forma adecuada habilidades necesarias para interactuar y relacionarse de forma efectiva con los demás. Éstas se conocen como *habilidades sociales* y requieren del aprendizaje como cualquier otro tipo de habilidades, de modo que es necesario averiguar si el paciente presenta realmente déficit de estas habilidades, ya que como mencionan Baños et al., (2003), en los individuos con este trastorno, las habilidades sociales pudieran estar presentes pero inhibidas por la ansiedad, la persona pudiera no creerse capaz de ponerlas en práctica, o éstas pueden no haberse aprendido debido a la historia de evitación y retraimiento del sujeto. Por lo que en caso de encontrarse déficits reales, se estaría justificando el uso de programas o técnicas como el *entrenamiento en habilidades sociales* (Caballo, 2007).

Resumiendo algunas de las implicaciones clínicas derivadas de los modelos analizados, se encontró que: en todos ellos es fundamental el empleo de la *exposición a situaciones temidas*, la cual puede considerarse como la técnica fundamental en el tratamiento de trastornos de ansiedad. Sin embargo como ya se mencionó, en el modelo de Barlow (2003; Barlow y Durand, 2001), se usaría esta técnica para que la persona se desensibilice al estímulo temido (disminuyendo así la ansiedad); en cambio en los otros dos modelos (Clark y Wells, como se cita en Clark, 2001), Rappe y Heimberg (1997, como se cita en Botella et al., 2003), la intención sería que el sujeto obtenga nueva información de su medio, que le indique que en realidad no existe un peligro real al cual enfrentarse.

Esta diferencia entre los modelos expuestos, también se ve reflejada en el nivel de importancia que se le asignan a los procedimientos de *reestructuración cognitiva*. El modelo de Barlow (2003; Barlow y Durand, 2001) sí considera importante la modificación de procesos y contenidos cognitivos, pero en realidad éstos ocupan un lugar secundario en su teoría. Esto debido a que para este modelo, lo más importante viene siendo el cambio

conductual, y también por la suposición implícita de que la modificación de conductas por sí misma, es capaz de producir cambios a nivel cognitivo.

Por su parte, para los otros dos modelos que fueron expuestos, la modificación de procesos y contenidos cognitivos es la parte central del tratamiento. Tanto es así, que la misma *exposición* (técnica puramente conductual), es utilizada e interpretada en términos cognitivos.

Estas diferencias de perspectiva que se han mencionado, pueden tener en el fondo una falsa dicotomía de modelos “conductuales” vs. modelos “cognitivos”. Si bien es cierto que puede realizarse esta división, en realidad es únicamente por fines prácticos; ya que como dicen Eelen y Vervliet (2008), es difícil imaginar una conducta que no se encuentre influenciada por procesos cognitivos (aún en los perros de Pavlov) o identificar la función de las cogniciones sin buscar una expresión conductual.

Para finalizar solamente debe señalarse la precaución que hacen algunos autores (Castro y Angel, 1998; Nezu, Nezu y Lombardo, 2006) sobre los peligros de querer ajustar los problemas del paciente a los modelos teóricos, en lugar de elaborar explicaciones y tratamientos individualizados. Por tanto, aunque el desarrollo de modelos explicativos es esencial para avanzar en la comprensión de los trastornos, y sirven de base en el diseño de tratamientos; nunca debemos de olvidar las características y circunstancias únicas que rodean a la persona que padece el trastorno. De modo que se propone que se haga uso de los modelos existentes (a veces combinándolos) para explicar el inicio y el mantenimiento de la fobia social en un paciente concreto, así como para diseñar un programa de intervención en función de las explicaciones particulares ofrecidas en cada caso.

Referencias

1. Acarturk, C., Ron de Graaf, van Straten, A., ten Have, M. & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 273-279.
2. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. texto revisado, DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
3. Barlow, D. (2003). The nature and development of anxiety and its disorders: Triple vulnerability theory. *Eye on Psi Chi*, 7(2).
4. Barlow, D. H. y Durand V. M. (2001). Trastornos de Ansiedad. En D. H. Barlow y V. M. Durand, *Psicología Anormal: un enfoque integral* (p. 127-174). México: Thomson.
5. Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
6. Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V. y Benedito, M. (2003). Fobia Social: Comorbilidad y diagnóstico diferencial. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (p. 37-63). España: Paidós.
7. Botella, C., Perpiña, C., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de*

- ansiedad social (pp. 65-85). España: Paidós.
8. Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
9. Caballo, V. E., Iruña, M. J., López-Gollonet, C. y Olivares, J. (2005). Evaluación de la fobia social en la infancia, la adolescencia y la edad adulta. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 447-474). España: Pirámide.
10. Caraveo, J. y Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(5), 10-19.
11. Castro, L. y Angel, E. (1998). Formulación clínica conductual. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2, pp. 3-79). Madrid: Siglo XXI.
12. Chartier, M. J., Walker, J. R. y Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734.
13. Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En W. R. Crozier y L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (p. 405-430). Londres: John Wiley & Sons.
14. Craske, M. G., Vansteenwegen, D. y Hermans, D. (2008). Factores etiológicos de los miedos y las fobias. En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (p. 3-14). México: Manual Moderno.
15. Eelen, P. y Vervliet, B. (2008). Condicionamiento del miedo e implicaciones clínicas: ¿Qué podemos aprender del pasado? En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (pp. 17-36). México: Manual Moderno.
16. Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
17. Hermans, D. Vansteenwegen, D. y Craske, M. G. (2008). Miedos y fobias: Debates, investigaciones futuras e implicaciones clínicas. En M. G. Craske, D. Hermans y Vansteenwegen (Eds.), *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas* (pp. 257-264). México: Manual Moderno.
18. Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
19. Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
20. Simon, N. M., Otto, M. W., Korbly, N. B., Peters, P. M., Nicolaou, D. C., Pollack, M. H. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*, 53(6), 714-718.
21. Stein, M. B., Torgrud, L. J. y Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 1046-1052.
22. Torgrud, L. J., Walker, J. R., Murray, L., Cox, B. J., Chartier, M. y Kjernisted, K. D. (2004). Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 87-96.

Recibido: 30 de mayo de 2013
 Corregido: 12 de agosto de 2013
 Aceptado: 8 de noviembre de 2013