

**“Relaciones entre la genética humana, el ambiente y la fobia social”**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.



NOMBRES Y APELLIDOS ALUMNAS:

Sanz, Romina Mat. 4864/99 DNI: 26.208. 907

Odriozola, María Emilia Mat. 4962/99 DNI: 28.297.660

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián.

N° CLASIFICACIÓN	ADQUISICIÓN
t-1/s. S	Pase
	N° INVENTARIO 1514

CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Psicología Cognitiva – Biología. Grupo de investigación en Psicología  
Comportamiento humano, genética y ambiente.

FECHA DE PRESENTACIÓN: 17 de Noviembre de 2006

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Sanz, Romina y Odriozola, María Emilia, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Uniforme Final ha sido elaborado por las alumnas Sanz, Romina (Mat. 4864/99) y Odriozola, María Emilia (Mat. 4962/99), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los 17 días del mes de Noviembre del año 2006”

Firma, Aclaración y Sello del supervisor.

Gerardo Odriozola

## INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

Las alumnas han demostrado organización y disciplina, aplicando entera de rigor científico, que se reflejan en el trabajo

Debe destacarse el esfuerzo y la dedicación a la tarea - Su Trabajo representa un aporte a la comprensión de los organelos de algunas trastornos de ansiedad.

  
S. Vignato

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO**

**CURRICULAR**

**PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89**

**NOMBRE Y APELLIDO ALUMNO:**

Sanz, Romina. Mat. N° 4864/99

Odriozola, Ma. Emilia. Mat. N° 4962/99

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:**

Psicología Cognitiva – Biología. Grupo de investigación en Psicología  
Comportamiento humano, Genética y ambiente

**SUPERVISOR:** Dr. Urquijo, Sebastián.

**EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:**

Si.

*Genética del Comportamiento humano. Análisis situacional y  
perspectivas de líneas de investigación genética y Psicología*

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Relaciones entre la genética humana, el  
ambiente y la fobia social

**DESCRIPCIÓN RESUMIDA**

El objetivo de este trabajo es realizar una exploración bibliográfica de la  
literatura científica, con el objeto de sistematizar las referencias acerca  
de las relaciones entre la genética humana, el ambiente y la fobia social.

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Sanz, Romina (Mat. 4864/99) y Odriozola, María Emilia (Mat. 4962/99)”.

Firma y Aclaración de los Miembros Integrantes de la Comisión Asesora

Fecha de Aprobación:

**PALABRAS CLAVE:** Genética humana - Ambiente - Fobia Social -  
Literatura científica.

## **DESCRIPCIÓN DETALLADA**

### **MOTIVO. ANTECEDENTES. HIPÓTESIS.**

La ansiedad es un estado mental que se desencadena como anticipación de una amenaza real o potencial. Forma parte de las respuestas fisiológicas en humanos y encontramos respuestas equivalentes en otras especies. No obstante, cuando la ansiedad se vuelve excesiva o inapropiada puede convertirse en una enfermedad. Dentro de los diagnósticos categoriales, como por ejemplo el DSM-IV, se subclasifica en seis trastornos según el grupo de síntomas que aparezcan asociados. La fobia social es uno de ellos y el sujeto que la padece experimenta un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque en una situación vergonzosa frente a las demás personas que no pertenecen al ambiente familiar. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo, experimentando de forma asociada ruboración, dificultad para hablar, temblor en manos o en la voz, náuseas, necesidad urgente de orinar, etc.

Podríamos decir que la fobia social debe ser vista como situada dentro de un continuo de diferentes niveles de ansiedad social. Este continuo puede ser bajo en sus comienzos, con una falta total de ansiedad social y continuar luego hacia niveles normales de ansiedad, en los que el deseo de ser evaluado positivamente por los demás no inhibe el desempeño ni tampoco conduce a una ansiedad excesiva. En un nivel superior del continuo aparece la ansiedad social que es comúnmente descrita como un bajo nivel de timidez y como nivel medio de miedo social y evitación de situaciones. Finalmente en el último nivel, encontramos un grado más intenso de miedo social (comúnmente diagnosticado como fobia social generalizada) y por último el diagnóstico de personalidad evitativa. Sin embargo, el diagnóstico de Fobia Social está asociado con, pero no es sinónimo de altos niveles de ansiedad (Chavira, Stein & Malcarne, 2002; Heiser, 2003). Encontrar un criterio diagnóstico requiere una consideración adicional sobre si estas preocupaciones tienden a interferir en la

vida del individuo y son causantes de angustia (American Psychiatric Association, 1994).

Algunas investigaciones han examinado semejanzas y diferencias entre la fobia social y su relación con la timidez. Dichas investigaciones se basan en la comparación de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la medición de la timidez, con aquellos que poseen diagnóstico de Fobia Social. Los resultados indican diferencias significativas entre los dos grupos en el contenido de pensamiento, responsividad psicológica y patrones de comportamiento (Turner, Beidel & Larkin, 1986; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989). En contraste, un estudio más reciente ha indicado diferencias menores (Heiser, Turner & Beidel, 2003), pero problemas metodológicos (tales como errores en la medición) pueden fácilmente explicar esos datos.

Dado que la fobia social precede a otros trastornos tales como la depresión y el abuso de sustancias, la comprensión de la etiología podría ayudar a mejorar la comprensión de estos últimos. Sin embargo, aún es imposible brindar un panorama completo sobre las causas de la fobia social. Un punto adicional de importante relevancia para cualquier cuestionamiento sobre su etiología es si la fobia social es un constructo unitario o consiste en dos o más subtipos cualitativamente diferentes. A raíz de las limitaciones metodológicas de la evidencia empírica sobre este tema no hay por el momento evidencia clara que sostenga la existencia de diferentes subtipos de Fobia Social (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius & Fredrikson, 2000; Stein, 2000).

Hasta la fecha, según Ronald M. Rapee y Susan H. Spence (2004), no ha habido ni un solo estudio concluyente que complete el cuadro de esta patología. No obstante la riqueza de la evidencia empírica provee muestras de millares de aspectos separados que pueden ser influyentes para la comprensión de los miedos sociales. Las áreas más comúnmente examinadas incluye aspectos tales como factores genéticos, de temperamento, experiencias vividas, etc.

Datos clínicos así como la comunicación por parte de los pacientes de la aparición del primer episodio de la fobia social, indican consistentemente que se trata de un desorden de comienzo temprano que generalmente se presenta en los comienzos de la adolescencia (Rapee, 1995). Varios estudios han

demostrado que la mayoría de los individuos con fobia social reportan su comienzo antes de los 18 años y que el primer episodio se registra entre los 10 y los 13 años (Nelson, 2000; Otto, 2001).

Estudios epidemiológicos han mostrado una gran proporción de mujeres con fobia social (Furmark, 2002). Diferencias similares de género aparecen a nivel de los síntomas individuales (Essau, 1999; Wittchen, Stein & Kessler, 1999) y en los cuestionarios que miden la ansiedad social y la timidez en grupos de individuos de edad menor (Campbell & Rapee, 1994; Spence, 1998). Esto en fuerte contraste con las estimaciones clínicas en las que los hombres lo reportan más frecuentemente que las mujeres o por lo menos en iguales proporciones (Rapee, 1995).

Varios estudios han indicado un alto grado de comorbilidad entre la fobia social y otros desórdenes como ansiedad, alteraciones del humor y abuso de sustancias (Ruiters, Rijken, Garssen, van Schaik & Kraaimaat, 1989; Hunt & Andrews, 1995; Last, Strauss & Francis, 1987; Sanderson, Di Nardo, Rapee & Barlow, 1990).

En cuanto a la prevalencia, la fobia social es un desorden relativamente común que afecta entre un 7% y un 13% de los individuos de las sociedades occidentales (Furmark, 2002). El miedo y la evitación de situaciones sociales ocurren en un amplio sector de la población. Comparados con la población general, los parientes de primer grado de los individuos con fobia social parecen tener más probabilidades de sufrir este trastorno. Hoy en día hay una buena cantidad de evidencia que sugiere que los factores genéticos juegan un modesto pero significativo rol en el desarrollo de la fobia social, tanto en niños como en adultos. Estudios recientes han identificado proporciones elevadas de fobia social en descendientes de personas que padecen este trastorno (Fyer, 1993; Fyer, 1995) Es decir, tendría un componente hereditario aunque actualmente viene transcurriendo el debate entre los defensores del origen biológico/genético y los que ubican el origen del trastorno en la crianza/ambiente.

Una reciente revisión de Gross y Hen (Gross y Hen, 2004) contribuye a deshacer este debate dicotómico planteando la ansiedad como el resultado de

experiencias ambientales precoces cuyo impacto está modulado por factores de susceptibilidad genéticos.

Las personas poseen a lo largo de la vida un cierto nivel de ansiedad, la diferencia en el grado de conductas ansiosas es un reflejo de diferencias estructurales o de función en los cerebros de los individuos. Tales diferencias se desarrollan como resultado de la interacción entre el bagaje genético y las experiencias.

Los estudios de gemelos confirman dicha hipótesis. Cuando se estudia la aparición de trastornos de ansiedad en gemelos monocigóticos (comparten exactamente la carga genética) con aquellos dicigóticos, se demuestra que sólo se puede atribuir a la genética un 30% - 40% de la responsabilidad en el origen de dichos trastornos. Este porcentaje es relativamente bajo cuando se compara con el de otras enfermedades psiquiátricas. Estudios metodológicos con numerosas muestras de gemelos sanos también sugieren una significativa pero moderada influencia del factor genético en el desarrollo del trastorno (Kendler, 1992; Nelson, 2000; Stein, Jung & Livesley, 2002; Warren, Schmitz & Ende, 1999).

Por otra parte, para Xavier Estivill (Centro de Regulación Genómica de Barcelona) el pánico, que al igual que las fobias son una manifestación más de ansiedad, tiene una base genética: la alteración en una región del cromosoma 15 constituiría un factor de riesgo que predispondría a padecer angustia.

Según este autor estimar las diferencias ambientales resulta mucho más difícil. Uno de los elementos utilizados son los estudios de adopción en los que se compara a los gemelos criados juntos (comparten el mismo ambiente) con los casos donde fueron adoptados por familias diferentes. El resultado atribuye al ambiente sólo un 5% de la variación en la aparición de este trastorno, este bajo resultado puede deberse a que los sujetos experimentan el ambiente compartido de forma diversa. En los trastornos como la ansiedad, donde la contribución genética es modesta, estas interacciones son de mayor importancia.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar una exploración bibliográfica de la literatura científica y analizar sistemáticamente las referencias sobre las relaciones entre la genética, el ambiente y la fobia social a fines de determinar el progreso del conocimiento en el área específica. Para ello, nos proponemos revisar los antecedentes que reflejen el estado del arte sobre las interacciones genética/ambiente que determinarían la fobia social y, asimismo, establecer el aporte de las distintas investigaciones en este campo.

## METODOLOGÍA

Se procederá a recolectar información proveniente de bases de datos especializadas, publicaciones científicas, boletines, sitios en internet de reconocidas universidades y a entrevistar informantes calificados.

## CRONOGRAMA


Actividad	Mes	1	2	3	4
1. Búsqueda bibliográfica		x	X		
2. Elaboración marco teórico		x	X		
3. Colecta de datos			X	x	
4. Análisis de resultados				x	x
5. Redacción informe final					x

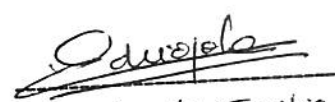
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition (DSM-IV TR)*. American Psychiatric Press,
- Campell, M. A., & Rapee, R. M. (1994). The nature of feared outcome representations in children. *Journal of abnormal Child Psychology*, 22 (1), 99-111.
- Chavira, D. A., Stein, M. B. & Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 585-598.
- De Rutier, C., Rijken, H., Garssen, B., van Schaik, A. & Kraaimaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Jal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- de Iceta, M. (2004). *Resolviendo la dualidad crianza-ambiente en los orígenes de la ansiedad: principio de co-acción*. Recuperado en noviembre de 2004 de [http:// www.aperturas.org/18iceta.html](http://www.aperturas.org/18iceta.html). *Revista de psicoanálisis* N° 18.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Peterman, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Reserch and Therapy*, 37, 831- 843.
- Furmark, T. (2002). Social Phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Furmark, T., Tillfor, M., Stattin, H., Ekselius, L. & Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluser analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- Fyer, A. J. (1993). *Heritability of social anxiety: A brief review*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (12, Suppl.), 10-12.
- Fyer, A., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y. (1995). *Specificity in familial aggregation of phobic disorders*.
- Gross, C., Hen, R. (2004). "The development origins of anxiety". *Nature Reviews Neurosciencie*, 5.7, 545-552.
- Heiser, N., A., Turner, S. M & Beidel, D., C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and psychiatric disorders. *Behaviour Reserch and Therapy*, 41, 209-221.
- Hunt, C. & Andrews, G. (1995). Comorbidity in the anxiety disorders: The use of a life-chart approach. *Journal of Psychiatric Reserch*, 29 (6), 467-480.

- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. (1992). The genetic epidemiology of phobia in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49 (4), 273-281.
- Last, C. G., Strauss, C. C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Madden, P. A. F., & Reich, W. (2002). Social Phobia in a population-based female adolescent twin sample. *Psychological Medicine*, 30 (4), 797-804.
- Otto, M., Pollack, M. H., Maki, K. M., Gould, R. A., Worthington, J. J., Smoller, J. W. (2001). Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia. *Depression and anxiety*, 14, 209-213.
- Rapee, R. M. (1995). *Descriptive psychopathology of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 41-66). New York: Guilford Press.
- Ronald M. Rapee, Susan H. Spence (2004) "The etiology of social phobia". Dep. Of Psychology. Macquarie Univ., Sydney; N. S. W, Australia.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M. & Barlow, D. H. (1990). Syndrome co-morbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (5), 545-566.
- Stein, M. B., Jang, K. L. & Livesley, W., J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (4), 219-224.
- Stien, M. B., Torgrud, L. J. & Walker, J. R. (2002). Social phobia symptoms, subtypes and severity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 497-505.
- Warren, S. L., Schmitz, S. & Emde, R. N. (1999). Behavioral genetic analyses of self-reported anxiety at 7 years of age. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (11), 1403-1408.

Wittchen, H. U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.

  
Firma del Supervisor *Supervisor*

  
Odriozola, Ma-Emilia  
Firma de la alumna

 *Sony Romina*  
Firma de la alumna

PIÁrea de investigación: Psicología Cognitiva

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer):

Fecha: *Am Ples. 8 8 06*

  
DI. *OSCAR VILLANER*  
MEDICO CLINICO  
MAT 90782  
*Oscar Villaner*

## ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Fobia social.....	5
Prevalencia.....	11
Género.....	13
Edad de comienzo.....	14
Comorbilidad.....	16
La Fobia social y el ambiente.....	18
La cultura.....	20
El ambiente.....	22
Interacciones padre/hijo.....	25
Experiencias sociales adversas.....	29
Eventos negativos.....	33
Habilidades sociales.....	34
Fobia social y factores genéticos.....	37
Interacción de factores genéticos y ambientales.....	45
Conclusiones.....	56
Referencias bibliográficas.....	59

## INTRODUCCIÓN

El miedo puede ser un arma que ayuda al ser humano a su supervivencia, pero cuando se vuelve una reacción incontrolable e irracional, puede convertirse en una fobia que puede afectar la vida cotidiana del individuo, al grado de paralizar sus actividades diarias.

La respuesta de miedo, biológicamente heredada, actúa como una reacción defensiva instantánea frente al peligro, que ha protegido al hombre durante miles de años. La dotación genética que nos han legado nuestros antepasados, modelada gradualmente por siglos de existencia en medios adversos, nos ha dotado de respuestas rápidas, automáticas y complejas, que nos protegen de peligros potenciales o situaciones amenazantes y contribuyen a nuestra supervivencia.

Ciertos miedos son comunes en determinados estadios del desarrollo evolutivo, y no son considerados fobias, a menos que originen una disfunción o incapacidad funcional significativa. La distinción esencial entre un miedo común y una fobia es la medida en que esta última perturba la vida cotidiana. Un miedo común puede ser sobrellevado, aunque con cierto malestar, y causa mínima o ninguna alteración en la vida cotidiana. En cambio una fobia se define, al menos en parte, por la incapacidad que origina. La exposición a un estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de miedo, que puede tomar la forma de una crisis de pánico (Lippincott, Williams y Wilkins, 2003). La persona

reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo experimentando en forma asociada:

- Mareos
- Náuseas
- Angustia
- Palpitaciones
- Taquicardia
- Sudoración
- Estado alterado de la persona

Muchas de las fobias se relacionan con otros tipos de enfermedades psiquiátricas. No son tan comunes las llamadas neurosis fóbicas y son sólo un 3% de los casos psiquiátricos, todos los demás casos son combinaciones, son parte de otro padecimiento.

Las personas que padecen fobias presentan síntomas característicos, éstos son: la ansiedad fóbica y la evitación fóbica (Duncan y Popper, 1991).

La ansiedad fóbica se manifiesta ante la presencia real o imaginaria del objeto, persona o situación temida. En este último caso se denomina ansiedad anticipatoria o "miedo al miedo", puesto que se da en ausencia directa del estímulo fóbico. Comprende un conjunto de síntomas mentales, fisiológicos y conductuales que varían, tanto en sus manifestaciones como en su intensidad general. Entre ellos se encuentran: inseguridad e incapacidad, aprensión intensa, pérdida de control, etc.

La evitación fóbica consiste en una tendencia del individuo a alejarse o rehuir del contacto con el estímulo temido. De hecho, el sujeto fóbico trata de

adquirir la mayor información posible acerca de las situaciones en que puede estar presente el estímulo fóbico, a fin de evitarlo (Alfredo Cia, 2002).

Se han hallado ciertos rasgos de personalidad o temperamento de personas predispuestas a padecer trastornos de ansiedad:

- Tendencia a la dependencia o una excesiva necesidad de aprobación.
- Pensamiento rígido o dicotómico.
- Elevadas autoexigencias.
- Gran nivel de imaginación o visualización.
- Hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos.

Los rasgos mencionados anteriormente, suelen estar presentes, en cierta proporción, en la mayoría de las personas, pero es la presencia exagerada de los mismos lo que tiende a ocasionar problemas. Las personas que padecen trastornos de ansiedad tienden a estar ubicadas en el extremo de uno o varios de estos rasgos.

Existen diferentes clasificaciones de las fobias, por ejemplo la que propone Furmark:

- Fobias sociales: se evitan exclusivamente situaciones sociales, suelen aparecer en la adolescencia, tiene antecedentes en la infancia por timidez o inhibición social y se presenta del 7% al 13% en la población en general (Furmark, 2002).
- Fobias simples o específicas: hacia objetos o situaciones concretas (tipo ambiental, tipo animal, tipo sangre- inyecciones-daño, tipo situacional, miedo a otros estímulos)

Otra clasificación surgida a partir de los aportes de Isaac Marks, es la que diferencia tres grandes grupos que fueron adoptados por las clasificaciones categoriales desde el DSM-III (APA, 1980) en:

- Fobias Específicas.
- Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social.
- Agorafobia.

El eje I del DSM IV describe todos los trastornos clínicos, problemas que pueden ser objeto de atención clínicas. Entre ellos encontramos los trastornos de ansiedad: ataques de pánico, agorafobia, trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica e inducida por sustancias (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° Edition Revised).

En el glosario del mismo manual, encontramos la definición de ansiedad: "anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañado de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión." El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Ansiedad, del latín anxietas significa "congoja o aflicción", sensación de inquietud, turbación, zozobra, incertidumbre, es más un estado de expectativa, de anticipación de una situación de peligro.

La construcción de la categoría "Trastornos de Ansiedad" se basa en el síntoma "ansiedad", agrupando diversos cuadros que se presentan en la clínica, pero que implican diferentes estructuras psicopatológicas.

Las perturbaciones de la ansiedad forman parte junto con las perturbaciones del estado de ánimo, del grupo de trastornos emocionales, uno de

los conjuntos epidemiológicos con mayor tasa de prevalencia. Dichas perturbaciones se caracterizan por una elevada sensibilidad por desarrollar emociones de miedo o temor, que no parecen corresponderse con las expectativas del grupo socio-cultural correspondiente.

Asumiendo que los seres humanos somos constructores de nuestra experiencia, la ansiedad no adquiere carácter patológico por la naturaleza del objeto que la genera, sino por el curso disfuncional que adopta. Una acentuada disposición a experimentar miedos que no tienen utilidad ni son compatibles con el guión personal y social esperado está en la base de todo trastorno de ansiedad, a lo que se suma la percusiva presencia de síntomas y sensaciones de amenaza que instalan un círculo vicioso que termina por convertirse en lo que el paciente teme por sobre todo lo demás.

Para finalizar, es importante conocer la importancia relativa que tienen los trastornos de ansiedad como grupo dentro del ámbito de la salud mental. A continuación presentaremos uno de los cuadros con mayor prevalencia en la actualidad.

### FOBIA SOCIAL

La distinción y descripción de la fobia social como una forma diferenciada de otros trastornos de ansiedad fue propuesta por primera vez por Marks y Gelder (1966), quienes describieron el temor relacionado a una serie de situaciones de desempeño social como el hablar, escribir, temblar o comer ante la presencia de otras personas, siendo la característica central, el temor a mostrarse en ridículo

ante los demás. Marks (1970) subdividió los trastornos fóbicos en Agorafobia, Fobias Específicas, Fobia Animal y Fobia Social, caracterizando a esta última por un temor exagerado y persistente a sentirse expuesto a la opinión de los demás y a actuar o desempeñarse de una manera que resulte humillante o embarazosa.

No obstante ello, la fobia social no fue incluida como categoría diagnóstica hasta la aparición, en 1980, de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

Para entonces, solo se consideraba el diagnóstico de fobia social si la persona manifestaba ansiedad y/o evitación frente a una o dos situaciones sociales de desempeño, es decir, si el cuadro se presentaba en forma no generalizada.

Con la aparición del DSM-III-R (1987) se ampliaron los criterios diagnósticos de esta enfermedad, determinando que podía llevarse a cabo el diagnóstico de fobia social cuando el temor y evitación se presentaba en muchos tipos de situaciones de interacción social, además de las situaciones de desempeño específico ya mencionadas. En esta clasificación diagnóstica se incluyó el subtipo generalizado para describir a aquellos individuos que tenían múltiples situaciones sociales como, por ejemplo: temor a decir tonterías, a contestar cuestiones simples o desconocidas o a que las otras personas detecten los signos de su ansiedad en cualquier situación interpersonal.

En el subtipo trastorno de ansiedad no generalizado los temores del fóbico social están circunscriptos a determinadas situaciones de desempeño social como, por ejemplo: la imposibilidad o un temor exagerado al hablar o

desempeñarse en público o en grupos, temor a presentar temblor en la mano al escribir o firmar en presencia de otros, o ante exámenes orales.

El temor o intranquilidad que produce el hablar en público a la mayoría de las personas, no justifica en sí mismo hacer un diagnóstico de ansiedad social. Solamente si existe un miedo excesivo e irracional, con ansiedad y evitación persistente, puede efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad social no generalizado.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad social debe hacerse si la conducta de evitación o la resistencia a enfrentar las situaciones antedichas interfiere con la actividad profesional, las relaciones sociales habituales, las relaciones con el entorno, o si el individuo manifiesta un intenso malestar en relación con sus temores, a los que reconoce como excesivos o irracionales.

En la última clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM IV), se encuentran descritas las "fobias sociales", también conocidas como trastornos por ansiedad social, que se refieren a las personas que experimentan un miedo excesivo e intenso en diferentes situaciones públicas: hablar ante un auditorio, utilizar baños comunitarios, acudir a una cita en la calle con alguien desconocido o la situación de enfrentar una cámara de televisión. Habitualmente se acompaña de la vivencia de sentirse humillado y de sentimientos de vergüenza de sí y son de menor observación que las fobias específicas.

Se puede observar así que en el Trastorno de Ansiedad Social se presentan diversos síntomas que pueden dividirse en:

- Cognitivos: Temor a decir algo que resulte tonto o aburrido, ser poco asertivo, no saber que decir o hacer, etc.
- Físicos: descritos anteriormente.
- Conductuales: Evitación de las situaciones sociales temidas.

Por último podría decirse que la fobia social debe ser vista como situada en un continuo de ansiedad social. Este continuo puede ser bajo en sus comienzos y con una falta total de ansiedad social y continuar hacia niveles normales de ansiedad social en el que el deseo de ser evaluado positivamente no inhibe el desempeño ni conduce a la ansiedad excesiva. Luego, en el continuo, aparece la ansiedad social que es comúnmente descrita como bajo nivel de timidez y como nivel medio de miedo social y evitación. Finalmente en la línea más alta hay un grado más intenso de ansiedad social (comúnmente diagnosticado como fobia social generalizada) y en el último extremo el diagnóstico de personalidad evitativa (Chavira, Stein y Malcarne, 2002; Heiser, 2003).

Suponemos que esta consideración, está relacionada con la severidad de la ansiedad social, pero es esencialmente un factor diferente. De este modo, una persona puede tener niveles relativamente altos de miedo y preocupación sobre situaciones sociales, pero puede vivir dentro de los límites normales del funcionamiento social y no ver esto como una restricción social mayor. En este caso, un individuo así puede que no presente estos miedos como angustiantes o como que interfieren en su vida, con lo cual no encontramos criterio para un trastorno.

Por otra parte, un individuo con un nivel menor de temor social que ve a este miedo como un impedimento de su calidad de vida puede encontrarse

diagnosticado de fobia social. Por lo tanto, hay varios factores de riesgo para el diagnóstico de la fobia social que son independientes del riesgo de altos niveles de ansiedad social.

Utilizaremos el término fobia social para hacer referencia a una categoría diagnóstica y ansiedad social para hacer referencia a los niveles de distribución normales dentro de un continuo.

Diversas investigaciones han examinado las características temperamentales de la timidez como predictoras de un desarrollo posterior de ansiedad social, y aún más, la timidez ha sido asociada con conductas subsecuentes ansiosas (Steimberger, Turner y col. 1995). Algunos estudios prospectivos han examinado la persistencia del diagnóstico establecido de fobia social en el transcurso de la vida. Al menos dos estudios han demostrado que los trastornos de ansiedad durante la adolescencia predicen trastornos en la adultez, incluyendo trastornos de la ansiedad, del humor, y abuso de sustancias (Stein y col, 2001; Woodward y Fergusson, 2001).

Datos específicos de relevancia para el estudio de la fobia social provienen de un cuidadoso estudio acerca de la conducta basada en un seguimiento de más de 770 niños y adolescentes (9-18 años) por un período de 9 años (Pine, Cohen, Gurley, Brook, y Ma, 1998). La fobia social en la adultez es precedida en la mayoría de los casos por la fobia social en la adolescencia y también por trastornos de la ansiedad.

En cuanto a la adultez, datos obtenidos de un estudio longitudinal de Harvard-Brook fueron utilizados para determinar la proporción de casos de remisión durante ocho años en 98 adultos con un diagnóstico establecido de fobia

social (Yonkers, Dyck y Keller, 2001). Solo el 35 % de la muestra demostró una remisión total y un 50 % mostró remisión parcial de los síntomas 8 años después, ocurriendo la mayor parte de la remisión en el primero o segundo año. De este modo, parece haber un grupo de individuos con fobia social que evidencia una remisión relativamente rápida, en tanto el resto evidencia una remisión mínima.

De hecho, la fobia social ha demostrado tener la proporción más baja de remisión dentro de los trastornos de ansiedad (Massion y col. 2002). La remisión suele ser más baja en presencia de una personalidad comórbida, especialmente el trastorno de personalidad de tipo evitativo y la fobia social no generalizada (Massion, 2002). Una interpretación de estos hallazgos es que la persistencia es mayor cuanto más severo es el trastorno.

Finalmente un interesante estudio ha examinado la estabilidad de la ansiedad social cuando es vista desde más de una perspectiva dentro de un continuo (Mericanagas, 2002). Casi 600 individuos de entre 20 y 35 años de edad fueron reunidos en cinco ocasiones y categorizados en un grupo de entre cuatro: fobia social, inicio de fobia social, síntomas de ansiedad social y síntomas mínimos. Como en otros estudios la estabilidad demostró ser moderada a fuerte. También en este estudio hay evidencia de que la mayor estabilidad se refleja en las expresiones más severas de la fobia social.

En síntesis, los datos revelan lo que podría describirse como una moderada estabilidad y especificidad de la fobia social. Individuos que son socialmente ansiosos tienen un claro aumento del riesgo de experimentar miedos sociales en el futuro.

La presencia de un trastorno de ansiedad en la infancia, no garantiza la ansiedad en el adulto, dado que existen personas que padecen trastorno de pánico en la adultez, sin registrar antecedentes de trastorno de ansiedad infantil (Pollack, Otto y col., 2001). Quizás las variables más persistentes no sean los trastornos de ansiedad per se, sino más bien, las variables disposicionales que se supone subyacen a dichos estados como la sensibilidad ansiosa o la tendencia ansiosa.

- Prevalencia

La fobia social es un desorden relativamente común y afecta entre un 7 y un 13 % de los individuos de las sociedades occidentales (Furmark, 2002). Las variaciones en la prevalencia a través de las poblaciones podrían tener importantes implicaciones para la etiología de la fobia social, tomando en cuenta las posibles variables socioambientales. Furmark (op. cit.), ha provisto una reciente y excelente revisión de los principales elementos de la fobia social y ha aclarado muchos asuntos. Primero, los criterios diagnósticos influenciarán las estimaciones sobre la prevalencia dramáticamente.

A través de un vasto número de estudios, las estimaciones basadas en criterios del DSM III (que se focaliza en miedos muy específicos en situaciones de desempeño) son considerablemente menores que las más recientes estimaciones basadas en DSM IV- R (el cual incluye más de un enfoque en el asunto de las interacciones). Las estimaciones basadas en el ICD - 10 poseen algún alcance, pero las pautas en este caso no son tan claras.

De manera similar, una cuestión de mayor importancia en la estimación de la prevalencia es la entrada en la definición del diagnóstico. Investigaciones han indicado que hasta las menores variaciones en menoscabo del criterio diagnóstico, pueden influenciar dramáticamente la estimación de la prevalencia (Merikangas 2002; Pelissolo, Andre, Moulard-Martin, Wittchen y Lepine, 2000). Este dato, tal vez esté indicando el valor de considerar la ansiedad social a lo largo de un continuo como explicábamos anteriormente, antes que en términos categóricos.

Un elemento especialmente intrigante, es si el diagnóstico de fobia social se está incrementando. Un análisis reciente de datos del Estudio Nacional de Comorbilidad de E.E.U.U examina una gran cantidad de efectos (Heimbreg, Stein, Hiripi y Kessler, 2000).

La edad en la que se presenta el primer episodio de fobia social se usó para comparar la prevalencia acumulativa durante todo el transcurso de vida a través de cuatro grupos de edad. Los datos han indicado un riesgo acumulativo mayor en el grupo de edad de los más jóvenes (de 15 a 24 años), en relación al grupo de los mayores (de 45 a 54 años), sugiriendo un incremento en la incidencia a través del tiempo. Además, los efectos eran especialmente pronunciados entre los blancos, casados y en aquellos con la más alta educación sugiriendo factores de posible significado etiológico. Naturalmente este solo estudio es escaso, y sería necesaria la utilización de estudios longitudinales.

Otras investigaciones sugieren que el trastorno de ansiedad social se inicia frecuentemente en la infancia tardía o principios de la adolescencia cuando la necesidad de entablar relaciones sociales y con el otro sexo se vuelve más imperativa, cursa, en su evolución natural, de manera crónica y causa diversos

grados de incapacidad personal, al interferir con el desempeño social, laboral y académico. Su incidencia, en los estudios llevados a cabo en E.E.U.U, es algo mayor en las mujeres que en los hombres, no obstante en la experiencia clínica, la consulta es más frecuente en hombres que en mujeres, quizás esto pueda deberse a diferencias culturales.

El estudio epidemiológico ECA (1994) efectuado en E.E.U.U en más de 8000 personas informó que la tasa de prevalencia del trastorno de ansiedad social en un período de 12 meses, era del 7,9 % (6,6% para hombres y 15,5 para mujeres), lo que ubicó al Trastorno de Ansiedad Social como el tercer trastorno mental más frecuente, después de la depresión mayor y el alcoholismo.

- Género

Diferentes investigaciones epidemiológicas han establecido claramente que en el sexo femenino existe un mayor riesgo de padecer fobias y temores en general, que en el masculino (Bourdon y col. 1988). Es notable destacar que, en lo que hace a las muestras clínicas, no se encuentra tanta diferencia de género en el período infanto-juvenil, es decir que se encuentran pocas diferencias de género entre los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad que son llevados a tratamiento, en comparación con la alta diferencia de género en las muestras de adultos que consultan.

Estudios epidemiológicos han mostrado una gran proporción de mujeres con fobia social (Furmark, 2002). Diferencias similares de género aparecen a nivel de los síntomas individuales (Essau, 1999; Wittchen, Stein y Kessler, 1999) y en cuestionarios que miden ansiedad social y timidez, aún en grupos de menor edad

(Campbell y Rapee, 1994; Spence, 1998). Esto en fuerte contraste con las estimaciones clínicas en las que los hombres lo informan más frecuentemente que las mujeres o por lo menos en iguales proporciones (Rapee, 1995). Esta discrepancia entre poblaciones ha sido interpretada para reflejar el gran impacto de la ansiedad social en la vida de los individuos en muchas sociedades (Rapee, 1995).

- Edad de comienzo

Datos clínicos así como la aparición del primer episodio de fobia social, indican consistentemente que la fobia social es un trastorno de comienzo temprano que generalmente se presenta en los comienzos de la adolescencia (Rapee, 1995).

Varios estudios han mostrado que la mayoría de los individuos con fobia social informan el comienzo antes de los 18 años, y una edad de comienzo que varía de los 10 a los 13 años (Nelson, 2000; Otto, 2001).

El comienzo es particularmente temprano para el subtipo más severo de fobia social (generalizada) (Degonda y Angst, 1993; Wittchen, 1999). Dichos datos también demuestran que la incidencia de comienzo de nuevos casos en adultos es muy baja (4-5 de 1000), y que estos nuevos casos son en su mayoría secundarios a otros trastornos (especialmente pánico o depresión) (Neufeld, Swartz, Bienvenu, Eaton y Cai, 1999). De este modo, el comienzo de casos nuevos de fobia social luego de la adolescencia es extremadamente raro.

Se observa que altos niveles de ansiedad social (timidez) pueden aparecer incluso en la temprana infancia. En sus teorías sobre el comienzo de los miedos

sociales, Buss (1985) propuso la existencia de dos tipos de timidez: la timidez que refleja miedo hacia las personas que no son familiares y la timidez relacionada con el sentimiento de torpeza social.

Asendorpf (1989) propuso una distinción similar entre el miedo provocado por el contacto con extraños y el miedo provocado por la evaluación social. El miedo a los extraños aparece en el primer año de vida y está muy relacionado con la ansiedad de amenaza física, mientras que la ansiedad relacionada con la evaluación social no aparece sino hasta los 4 o 6 años aproximadamente (Asendorpf, 1989; Buss, 1985).

Etiológicamente hablando, podemos sugerir que la transición desde un alto nivel de ansiedad social hacia un diagnóstico formal de fobia social, dependerá de la edad en que los síntomas comiencen a deteriorar la vida del individuo. Es posiblemente la adolescencia una edad crítica para muchos individuos dado el incremento de la importancia de las interacciones sociales en este estadio de desarrollo. Contrariamente a lo que el sentido común indica, muchos estudios han descubierto que se produce sólo un pequeño cambio o incluso una ligera disminución de la ansiedad social desde el final de la infancia hasta los comienzos de la adolescencia (Brunch y Cheek, 1995; Campbell, Rapee y Spence, 2001; Rankin, Lane, Gibbons y Gerard, 2004). Así, el inicio de la fobia social en los comienzos de la adolescencia podría estar más relacionado con el incremento de la interferencia producida por la ansiedad social en este estadio evolutivo, que por el incremento de los niveles de angustia social.

## ▪ Comorbilidad

Varios estudios han indicado un alto grado de comorbilidad entre la fobia social y un gran número de trastornos que incluyen: ansiedad, variaciones del humor, abuso de sustancias, etc. (de Rutier, Rijken, Garssen, van Schaik y Kraaimaat, 1989; Hunt y Andrews, 1995; Last, Strauss y Francis, 1987; Sanderson, Di Nardo, Rapee y Barlow, 1990). Niveles de comorbilidad similares a esos hallazgos se presentan en el caso de otros trastornos neuróticos. Una comorbilidad substancial ha sido demostrada también en los estudios sobre fobia social en la población general (Essau, Conradt y Petermann, 2000; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn y Sack, 1997; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996; Wittchen, 1999). Por ejemplo, en el Estudio de Comorbilidad Nacional de E.E.U.U, el 81% de las personas con diagnóstico de fobia social también reunían criterios para el diagnóstico de otro trastorno. (Magee, 1996).

Cuando la fobia social coexiste con otro trastorno, estudios retrospectivos indican que, en la mayoría de los casos, la fobia social precede al otro trastorno (Lewinson 1997; Wittchen, 1999). De cualquier modo esto debe reflejar simplemente la edad relativamente temprana de inicio de la fobia social y no indicar un patrón de desarrollo causal.

Otras investigaciones han comprobado que un 70% de los que sufren trastorno de ansiedad social presentan algún trastorno de ansiedad o del humor en algún momento de sus vidas, generalmente, secundario a esta enfermedad, lo que sugiere que la fobia social puede predisponer a los individuos a sufrir otros trastornos psiquiátricos (Van Ameringen y col.1998).

Descubrimientos similares se observan a nivel del continuo de la fobia social. Los resultados de las mediciones a través de cuestionarios sobre timidez y ansiedad social, han demostrado un correlato substancial con las mediciones de otras formas de ansiedad, depresión y neurosis (Jones, Briggs y Smith, 1986).

En la encuesta poblacional ECA (1994) efectuada en E.E.U.U, se comprobó que sólo un 31% de las personas afectadas sufre esta enfermedad como única patología. En un 45% de los casos se asocia a la agorafobia, en un 59% a las fobias específicas, en un 16,6% a la depresión mayor, en un 18% al abuso de alcohol, en un 13% al abuso de drogas, en un 12,5% a la distimia y en un 11% al TOC.

El trastorno de ansiedad social también suele asociarse a diferentes trastornos de personalidad, particularmente al trastorno de personalidad evitativa, en un 58%, según Reich y col. (1987). El grado de coincidencia con este trastorno de personalidad es tan elevado, que actualmente se considera que existe una superposición diagnóstica entre ambas entidades, dado que los síntomas de trastorno de ansiedad generalizado son totalmente coincidentes con el estilo de vida restringido y las características comportamentales del trastorno evitativo de la personalidad. Más de la mitad de los afectados por ansiedad social tiene una historia de depresión mayor y además duplican el riesgo de desarrollar alcoholismo, con respecto a la población general.

Una vez que se presenta una condición comórbida, el paciente muestra mayor predisposición para buscar ayuda profesional, si bien en esta instancia puede ser más difícil de reconocer.

## LA FOBIA SOCIAL Y EL AMBIENTE

Existen numerosas teorías que intentaron explicar los trastornos de ansiedad o fobias desde una perspectiva ambientalista. Por ejemplo, Freud, en 1894, generó, a partir de la Neurastenia, un cuadro al que denominó "Neurosis de Angustia". En el cuadro clínico Freud incluyó los siguientes síntomas:

- La excitabilidad general, con insomnio e hiperestesia auditiva.
- La espera angustiosa, que fuera luego llamada ansiedad anticipatoria, refiriendo que la misma era permanente y latente.

Es evidente que la descripción que hace Freud presenta semejanzas notables con lo que actualmente se conoce como Trastorno de Pánico. Al comienzo Freud teorizó acerca del origen de la ansiedad y de los trastornos psiconeuróticos, al considerar que eran producto de conflictos sexuales. Esta teoría libidinal fue acompañada después por otros aportes, al considerar que la ansiedad era también una reacción psicológica del Yo, frente a los peligros o amenazas del exterior o el interior. Freud, en su modelo estructural, concibe a la ansiedad como un afecto del Yo, con fuerza psicológica propia, que actúa como señal ante el peligro. El significado de la ansiedad depende de la naturaleza del conflicto subyacente del cual forma parte, y el que a su vez es el producto de las experiencias infantiles del individuo que han moldeado su estructura psíquica, con la que como adulto enfrenta al mundo. En conclusión, para el psicoanálisis, son los estímulos y amenazas del ambiente actual los que activan los conflictos y traumas que la persona lleva consigo, causando alteraciones del equilibrio

psíquico y movilizándolo a la ansiedad señal, la que a su vez reclama a las diversas defensas del Yo.

Por otra parte, las aproximaciones comportamentales a la ansiedad están basadas en el supuesto de que la ansiedad puede ser pensada como una respuesta emocional condicionada (Wolpe y Rowan, 1988). El supuesto inicial se basó en el hecho de que procesos de condicionamiento clásico podrían explicar el apareamiento de estímulos neutrales previos con la provocación de una respuesta de ansiedad incondicionada, para generar la ansiedad fóbica. De esta manera, la ansiedad es vista simplemente como relacionada a eventos que la estimulan o provocan, incluyendo especialmente a los eventos cognitivos. Según este punto de vista, la ansiedad aparece ante la presencia de un estímulo interno o externo y rápidamente disminuye en ausencia del mismo.

Por último, la teoría cognitiva se constituye, a fines de la década del sesenta, a partir de la creación de un método psicoterapéutico que surgió como una alternativa a los dos modelos anteriormente descritos, que eran los que imperaban en el campo de la Salud Mental. La etiología de los trastornos psicológicos debe encontrarse para este modelo en la interacción de factores innatos, biológicos, del desarrollo y ambientales. No existe entonces una causa única en la conformación de los trastornos de ansiedad.

En este apartado haremos referencia desde esta teoría a los factores ambientales involucrados en dichos trastornos, para posteriormente adentrarnos en los factores genéticos.

## La cultura

En este punto desarrollaremos las influencias culturales, teniendo en cuenta que son factores ineludibles en el estudio de lo ambiental. La fobia social ocurre en diferentes proporciones dentro de diferentes grupos étnicos y culturales. La prevalencia de la fobia social es marcadamente más baja en los países del sudeste de Asia (Corea y Taiwan) que en el mundo occidental (Furmark, 2002). Como se decía anteriormente estos estudios están limitados por varias dificultades metodológicas serias. De cualquier modo, si se asumen estos datos como correctos, esta diferencia estaría indicando la existencia de influencias culturales y étnicas en la existencia, o expresión de la fobia social.

Una posibilidad es que la expresión de la ansiedad social difiera de acuerdo a la cultura. Muchos autores han descrito un trastorno de ansiedad social (clasificado en el DSM IV bajo el nombre japonés *taijin kyofusho*) que es categorizado en el DSM IV como un trastorno relacionado con lo cultural. El rasgo principal es el miedo de la persona ha estorbar o causar una ofensa al otro a través de una expresión o conducta desagradable. Ha habido algunas investigaciones y discusiones para ver si este trastorno es diferente o equivalente a la fobia social, pero hay dudas acerca de si las dos descripciones están realmente relacionadas (Kleinknecht, Dinnel, y Kleinknecht, 1997; Lee y Oh, 1999; Russell, 1989). Esta consideración acerca del *taijin kyofusho* ha aumentado la posibilidad de que la forma en que se expresa la ansiedad social esté en relación con rasgos fundamentales de la cultura.

Las comparaciones entre sociedades son difíciles de conducir debido a las posibles diferencias en la interpretación de los ítems de los cuestionarios. Algunos

estudios han fracasado al tratar de demostrar diferencias significativas entre los síntomas de la ansiedad social y *taijim kyofusho* en muestras asiáticas y occidentales (Kleinknecht, 1997). De este modo no queda claro si los factores culturales podrían reformular los grados y la naturaleza de los miedos sociales fundamentales.

De alguna relevancia son los trabajos longitudinales que indican que los efectos de la ansiedad social podrían ser diferentes y hasta mayores en hombres que en mujeres en algunos países (Caspi, Elder, y Bem, 1988; Kerr, Lambert, y Bem, 1996). Además algunos datos han sugerido que las diferencias de género en el comportamiento de inhibición que aparece hacia el fin de la niñez, podrían ser provocado por presiones culturales que evalúan la conducta de inhibición en los niños como menos deseable que en las niñas (Kerr, Lambert, Stattin y Klackenberg - Larsson, 1994).

Una hipótesis alternativa es que la ansiedad social es similar a través de las culturas, pero el punto en el que es definida como un trastorno varía según las mismas. Una vez más estas diferencias pueden tener que ver con el grado de solidaridad o individualismo de una cultura. En las sociedades individualistas donde las personas obtienen beneficios afirmando los propios derechos, niveles relativamente bajos de miedo social serán vistos como angustiantes e intrusivos. En una sociedad comunitaria, donde es socialmente ventajoso encajar en la comunidad y expresar modestia, cierto grado de ansiedad social será vista como positivo. Consistentemente con esta hipótesis algunas investigaciones han indicado que los padres tailandeses ven los comportamientos extrovertidos en sus hijos como más problemáticos que los introvertidos, mientras que los padres en

E.E U.U no demuestran diferencias entre los dos tipos de comportamientos. (Weisz, Suwanlert, Chaiyasit, y Walter, 1987; Weisz, 1988).

De este modo, los síntomas de introversión tal como la ansiedad social son vistos como más dañinos en algunas sociedades que en otras.

### El ambiente

Los factores genéticos, biológicos y de temperamento temprano proveen de una explicación parcial acerca del desarrollo de la fobia social. Necesitamos comprender los procesos que determinan cuales de los individuos que poseen alguna predisposición genética, biológica o de temperamento proceden a desarrollar fobia social mientras que otros no la desarrollan.

La evidencia demuestra claramente que muchos individuos con tal predisposición no desarrollan la fobia social. Los estudios con gemelos que se utilizan tradicionalmente para estimar la contribución genética en los trastornos mentales también nos permiten examinar la variación en el comportamiento producido por factores ambientales. Estos estudios generalmente han indicado que la mayor proporción de la varianza en la ansiedad social (y también en todos los trastornos de ansiedad) está relacionada con factores ambientales no compartidos (Kendler, 1996; Rowe, 1981). Desafortunadamente, los métodos utilizados corrientemente combinan la varianza de los ambientes no compartidos y errores de medición, por lo que no es posible determinar con exactitud el monto de la varianza relacionada con los ambientes no compartidos, y es probable que las estimaciones sobreestimen este factor. En contraste, las estimaciones sobre la contribución de los factores ambientales compartidos (factores que hacen que

ciertos miembros de la familia sean similares a otros: factores de estrés familiares y estilos de parentesco) han sido más variables. En general los estudios de la ansiedad en la adultez han tendido a indicar una pequeña o nula contribución de los ambientes compartidos, mientras que los estudios de ansiedad en niños gemelos han demostrado alguna o incluso una substancial contribución de los ambientes compartidos. (Eley, 1999).

Si bien la fobia social es uno de los pocos trastornos donde los efectos de los ambientes compartidos han sido demostrados hasta en gemelos adultos (Kendler, 2001), pareciera haber un efecto ambiental común a todos los trastornos de ansiedad. Estos resultados son consistentes con los hallazgos en la literatura sobre la parentalidad, que aseguran que la sobreprotección está generalmente involucrada en los trastornos de ansiedad, aunque podría estar más fuertemente asociada a la ansiedad social.

Mientras que los estudios con gemelos han indicado una influencia genética relativamente general, común a varios trastornos emocionales, los estudios familiares han demostrado un mejor grado de especificidad diagnóstica. Por ejemplo, un importante estudio sobre la transmisión familiar de los trastornos fóbicos indicó que los parientes de primer grado de individuos con fobia social tenían un riesgo específico incrementado para la fobia social exclusivamente (Fyer, 1995). La combinación de estos factores sugiere que la emergencia de patrones de síntomas específicos (por ejemplo dificultades emocionales generales) podría ser más bien efecto de factores compartidos por la familia (Hudson y Rapee, 2000).

Dado que la mayoría de los adultos informan el desarrollo de la fobia social durante la niñez y temprana adolescencia, necesitamos observar de cerca los factores ambientales de la niñez. Los niños pasan la mayor parte de sus vidas en dos lugares, la casa y la escuela, siendo fuertemente influenciados por las interacciones con los padres, miembros de la familia, maestros y compañeros. Las teorías sobre aprendizaje social y ansiedad social sugieren que la historia de resultados adversos y la carencia de modelos y falta de observación de instrucciones de estrategias adaptativas, cognitivas y comportamentales para el manejo de situaciones sociales desafiantes (o el modelo de estrategias inapropiadas), pueden contribuir al desarrollo de la ansiedad social.

Los padres representan la primera fuente de educación en la consideración de los factores mencionados anteriormente, y el estilo parental ha recibido una buena cantidad de investigación en relación al desarrollo de la psicopatología general en la niñez.

Otro factor menos específico de la influencia ambiental incluye un grupo de eventos de vida adversos que podrían incrementar la angustia y la psicopatología en general. Dichos factores incluyen muerte o enfermedad de un miembro de la familia o de un amigo, conflictos parentales, separación, divorcio, pobreza, dificultades en el hogar y la convivencia con padres con enfermedades mentales. Estos factores tienden a estar interrelacionados y sus mecanismos de acción parecen reflejar una combinación de efectos angustiantes directos e indirectos a través del impacto que ejerce sobre los padres y su habilidad para desempeñarse efectivamente.

Trataremos de examinar la evidencia sobre la influencia ambiental en el desarrollo de la fobia social en los siguientes puntos: a) Comportamiento parental, b) Resultados sociales adversos, c) Eventos de la vida adversos, d) Adquisición de habilidades sociales

- Interacciones Padre/hijo

Comprender el rol de la influencia parental en el desarrollo de la ansiedad, es un asunto extremadamente complejo que incluye distintas interacciones de varios factores. Las investigaciones empíricas sobre este tema han sido relativamente simples y han tenido muchas limitaciones (Rapee, 1997; Wood, McLeod, Sigman, Hwang y Chu, 2003). Sin embargo, como puntualizó Rapee (1997), despejando las extensas limitaciones metodológicas, una descripción moderadamente consistente ha emergido: hay una pequeña pero significativa relación entre la ansiedad infantil y el gran control y protección parental. A menor alcance de este factor, menores son los efectos. Sea que estos rasgos jueguen un rol importante en el desarrollo de la ansiedad o sea que tengan un papel más periférico (ejemplos que reflejan rasgos genéticos o que sean consecuencia de la ansiedad infantil) todavía tienen que ser determinados con exactitud. Sin embargo algunas evidencias han demostrado que los factores genéticos juegan un rol relativamente pequeño en los informes individuales sobre la sobreprotección parental (Kendler, 1996; Rowe, 1981).

Los exámenes más específicos sobre las interacciones padre/hijo en la fobia social han sido de menor extensión, pero algunos descubrimientos han emergido de esta literatura. Informes retrospectivos de adultos con fobia social

han sostenido la descripción de un gran control por parte de los padres, casi como sucede de manera más amplia en la ansiedad social. Investigaciones han indicado que estos efectos son más fuertes en los adultos con fobia social que en aquellos con otros trastornos de ansiedad (Arrindel, Emmelkamp, Monsma y Brilman, 1983; Arrindel, 1989; Parker, 1979; Rapee y Melville, 1997).

Varios estudios observacionales sobre la interacción padre/ hijo han incluido niños con fobia social en sus muestras y han confirmado los hallazgos que hacen referencia a un fuerte control parental (Dadds, Barret, Rapee, Ryan, 1996; Hudson y Rapee, 2001; Hudson y Rapee, 2002; Moore, Sigman, 2003; Siqueland, Kendall y Steimbreg, 1996).

Sólo un estudio ha examinado el efecto que tienen estos paradigmas sobre el diagnóstico. Las interacciones padre/ hijo demostraron ser similares en todos los trastornos de ansiedad, y para cada trastorno infantil (incluyendo la fobia social), había una mayor participación materna a diferencia de lo que reflejaban las muestras de control no clínicas (Hudson y Rapee, 2003). Desde la perspectiva de los padres algunas investigaciones han indicado que las madres de hijos en edad preescolar tienden a informar sobre fuertes creencias de que sus hijos deben ser sostenidos coercitivamente (Rubin y Mills, 1990).

Exámenes más específicos que investigan la influencia parental en mayor detalle, han indicado que los adultos con fobia social recuerdan a sus padres como poco sociables, como personas que subrayaban la importancia de las opiniones de los demás, que trataban de apartarlos de las interacciones interpersonales y que utilizaban la vergüenza como método de disciplina (Bruch y Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg, Berger, Collins, 1989; Stravinski, Elie, Franche,

1989). Un pequeño estudio halló corroboraciones para estos hallazgos sobre madres de personas con fobia social (Rapee y Malbille, 1997).

Otras investigaciones estudian la influencia de la experiencia de desarrollo en relación a la fobia social generalizada (Taylor, Alden, 2005). Así, los pacientes con fobia social generalizada (n=42) se comprometieron en una interacción social con un asistente experimental cuyo comportamiento fue utilizado para crear tanto un ambiente social positivo como uno ambiguo. Luego, los participantes clasificaron su propio desempeño y el comportamiento de sus compañeros. Visto como grupo, los pacientes con fobia social demostraron un sesgo negativo en las valoraciones sobre si mismos, pero no hubo sesgo en sus interpretaciones sociales. Entre los del grupo de fobia social, una historia de desarrollo social marcada por hostilidad parental estaba asociada a interpretaciones negativas del comportamiento de sus compañeros y una historia de sobreprotección parental, estaba asociada con menos sensibilidad hacia el comportamiento de los demás. Los resultados indican ciertos modelos cognitivos de fobia social que implican experiencias de aprendizaje negativas en el desarrollo del procesamiento de la información.

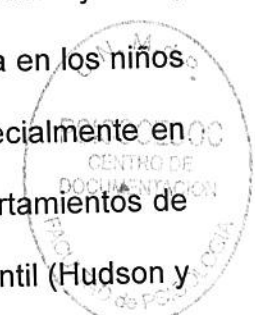
Estudios similares realizan una comparación entre la ansiedad y la sintomatología depresiva en jóvenes centrándose en el ambiente familiar percibido (Johnson, Inderbitzen-Nolan, Schapman, 2006). Dicho estudio utilizó mediciones autorreportadas orientadas en el presente para comparar grupos de personas con ansiedad social, depresión o ambos: ansiedad social con depresión y comparando las percepciones del ambiente familiar de los jóvenes tal como lo permite el Cuestionario de Ambiente Familiar.

Los resultados indicaron que los grupos ansiedad social mas depresión y el grupo depresión clasificaron a sus padres como demasiados preocupados por las opiniones de los demás, sentimientos de vergüenza por sus propios desempeños y una sociabilidad restringida mayor que en el grupo de ansiedad social y los grupos control. Con respecto a estos dos últimos, el grupo con ansiedad social clasificó su ambiente familiar más negativamente que el grupo control.

Utilizando la adopción en sus investigaciones, Daniels y Ploming (1985) descubrieron que el grado de timidez en los niños estaba significativamente relacionado con el grado de sociabilidad de sus madres adoptivas.

Determinar la dirección causal de estos datos no es posible mediante este estudio. No obstante, varios autores han ideado un modelo teórico de influencia recíproca en la interacción padre/hijo (Hudson y Rapee, 2004; Rubin y Mills, 1991). En otras palabras, se propone que los rasgos de dependencia en los niños despierta comportamientos de sobreprotección en sus padres (especialmente en los padres que son ellos mismos ansiosos) y a su vez, estos comportamientos de protección mantendrían o incluso incrementarían la dependencia infantil (Hudson y Rapee, 2004). En unos de los pocos estudios longitudinales sobre timidez y parentalidad realizados hasta la fecha, se demostró que la timidez a los dos años de edad predice la sobreprotección parental a los cuatro años de edad. Sin embargo, la sobreprotección a los dos años de edad no predice la timidez a los cuatro años de edad (Rubin, Nelson, Hastings y Asendorpf, 1999).

De este modo, los datos de este estudio sobre edades tempranas son consistentes con una sola dirección de influencia, del niño al padre. Sin embargo, un estudio observacional realizado con niños clínicamente ansiosos y grupos de



control demostraron altos niveles de sobreprotección materna para ambos grupos (Hudson y Rapee, 2002). De este modo, estos datos sugieren que habría un único estilo parental característico de las madres de niños ansiosos. Por otro lado en el caso de hijos no ansiosos, los estudios no han podido demostrar que las madres clínicamente ansiosas sean más sobreprotectoras que las madres sanas. (Moore, 2003; Whaley, Pinto y Sigman, 1999).

- Experiencias sociales adversas

Las amenazas sociales indirectas combinadas con teorías sobre condicionamientos proveen de una explicación lógica para el origen de los miedos sociales como originados en episodios de aprendizajes adversos (Chartier, Walker, y Stein, 2001; Kessler, Davis y Kendler, 1997; Magge, 1999; Stein, 1996; Steimberger, Tumer, Beidel, Y Calhoun, 1995).

Sorprendentemente ha habido muy poca investigación sobre esta cuestión y la que ha sido realizada sufre importantes limitaciones metodológicas. En uno de los primeros estudios, Hst y Hugdahl (1981) encuestaron 34 individuos con fobia social para informar acerca de los orígenes de sus miedos utilizando un cuestionario retrospectivo. Las experiencias sociales traumáticas fueron informadas por el 58 % de la muestra. Dado que este estudio fue realizado cuando se utilizaba la definición de fobia social del DSM III, es posible que una gran proporción de la muestra haya tenido miedos sociales más limitados.

Un estudio posterior, demostró que los fóbicos sociales con un subtipo específico informaron sobre experiencias de condicionamiento más traumáticas que las que informaron las personas con fobia social más generalizada, quienes

no difirieron significativamente de los grupos de control (Townesley Stemberger, Turner, Beidel, 1995). Naturalmente es mucho más fácil informar sobre eventos específicos en relación a una cuestión focalizada que en relación a una más vaga, sugiriendo que estos resultados podrían ser parte de un artificio metodológico.

Un mayor conocimiento puede adquirirse de una investigación llevada a cabo por Mulkens y Bogels (1999), quienes examinaron los eventos traumáticos condicionantes para los individuos con un alto o bajo temor a ruborizarse. Como era de esperar, los individuos informaron el inicio de su miedo seguido a un evento adverso.

Sin embargo, dado que la ruboración es vista frecuentemente como resultado del miedo social, estos datos sugieren que los individuos podrían haber sido temerosos antes del llamado evento iniciador. Además, Mulkens y Bogels hallaron que más del 60% de los individuos con un temor más leve también informaron acerca de un evento condicionante, pero sin desarrollar un miedo posterior.

Finalmente, un examen sobre este tema en gente con temor a hablar en público, mostró un alto nivel de experiencias adversas (Hoffman, Ehlers y Roth, 1995). Sin embargo un examen más detallado indica que casi todos los eventos que se informan como condicionantes están involucradas en el presente de la persona que sufre ataques de pánico, dando lugar nuevamente a la cuestión sobre cuál es el factor causal.

Dado que la fobia social presenta un inicio temprano, habría que analizar las experiencias adversas que tienen lugar durante los primeros años de vida. Los resultados sociales negativos que han estado mayormente implicados en el

desarrollo de la fobia social y la ansiedad social incluye molestias excesivas, críticas, rechazo, sentimiento de hacer el ridículo, humillación o exclusión por parte de otros significativos (Asher y Coie, 1990; Hackmann, 2000; La Greca y López, 1998; Slee, 1994). La mayoría de la literatura sobre este tema ha incluido informes retrospectivos de adultos sobre sus experiencias infantiles, los que por supuesto tiene la desventaja de basarse en el recuerdo y sus posibles distorsiones.

Ishiyama (1984) descubrió que los recuerdos sobre ser molestados y puestos en ridículo eran vistos por los adultos tímidos como incidentes críticos de la infancia para el desarrollo del miedo social y la evitación. Hackmann (2000) halló que los adultos con fobia social informaban acerca de la aparición de imágenes negativas recurrentes y espontáneas, las cuales tenían un contenido relativamente estable en el tiempo que se relacionaba con eventos sociales adversos, iniciados en la época de inicio del trastorno. Hackmann propone que en la fobia social las experiencias tempranas desagradables pueden influir en el desarrollo de imágenes excesivamente negativas acerca del "self" social y que serán activadas repetidamente en situaciones sociales subsecuentes.

Los hallazgos realizados en base a los informes retrospectivos de adultos coinciden con los estudios sobre los niños con ansiedad social.

Por ejemplo Spence (1999), en un estudio observacional, halló que los niños con fobia social tenían una menor cantidad de resultados positivos en las interacciones con sus pares en el colegio, en comparación con aquellos niños no ansiosos. En un estudio similar, Beidel (1999) demostró que los niños con fobia social informaban una alta ocurrencia de eventos sociales adversos. Estos

hallazgos sugieren una relación significativa entre la fobia social y los eventos sociales adversos, pero la dirección de la causalidad es poco clara.

Un estudio longitudinal reciente intentó clarificar estas interrelaciones (Gazelle y Ladd, 2003). Estos autores se ocuparon de analizar las relaciones temporales de los problemas interpersonales en la temprana infancia (exclusión por parte de pares caracterizada ya sea por acciones indirectas, tales como ser ignorado o no elegido por los demás, o por acciones directas como el rechazo deliberado, o la exclusión en una actividad) y la soledad ansiosa, definida como un estado interno de ansiedad social y manifestaciones conductuales de dicha ansiedad que incluyen la timidez, inhibición verbal, el juego o comportamiento solitario, entre otros. Los niños fueron estudiados durante 5 años, desde el jardín de infantes hasta el cuarto grado. Los resultados indicaron relaciones bidireccionales. La ansiedad no sólo predice la exclusión de los pares, sino que también incrementa la posibilidad de ser excluido en futuras interacciones.

De manera similar, la exclusión temprana predecía una elevada ansiedad en el futuro. Los niños que manifiestan soledad ansiosa y también experimentan exclusión, tenderán a demostrar patrones estables de soledad ansiosa a través del tiempo. Los autores sugieren que los pares tienden a interpretar los comportamientos de soledad ansiosa como desviados, no deseados, y como consecuencia excluyen a los niños ansiosos. Por otra parte, el rechazo de los pares sirve para confirmar los más terribles miedos de los niños ansiosos, reforzando así futuros comportamientos de evitación. Este círculo vicioso podría comenzar tanto en la experiencia del rechazo de los pares, como en la soledad ansiosa.

- Eventos negativos

Los factores descritos en la sección anterior son relativos a situaciones adversas en las relaciones interpersonales. Sin embargo, otras formas más generales de eventos negativos durante la vida han sido propuestos como factores de riesgo en la adquisición de la fobia social.

Eventos vividos durante la niñez como por ejemplo el divorcio de los padres, psicopatología de algún miembro de la familia, conflictos familiares y abuso sexual, incrementan el riesgo de que una persona padezca de fobia social (Chartier, Walker y Stein, 2001; Kessler, Davis y Kendler, 1997; Magee, 1999; Stein, 1996; Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995). Sin embargo, estos eventos han demostrado que incrementan el riesgo de padecer muchas otras formas de psicopatología, y que no son exclusivos de la fobia social. En muchos casos la investigación ha sido retrospectiva, haciendo difícil la determinación de la dirección de la causalidad. Por ejemplo, Chartier (2001) investigó que tener una falla en las relaciones personales con un adulto durante la niñez, ser expulsado del colegio o requerir de apoyo escolar, estaban significativamente asociados con diagnósticos de fobia social en la adultez. Es posible que los adultos con fobia social hayan sido jóvenes que padecieron ansiedad social y vieron deterioradas sus relaciones con los adultos y desempeño escolar, como resultado de la falta de habilidad para responder apropiadamente a las demandas sociales.

Evidentemente se necesitan más investigaciones longitudinales para comprobar estas interrelaciones. Aún estamos lejos de saber cómo los eventos de vida negativos influyen en el desarrollo de la fobia social. No queda claro por qué de cara a las situaciones adversas de la vida, algunos jóvenes progresan hasta el

desarrollo de problemas emocionales y de comportamiento, mientras otros no lo hacen. Menos claro aún, es por qué algunos desarrollan una patología específica como la fobia social y no otros trastornos, tales como depresión, pánico o desórdenes de la conducta. Pareciera que el resultado depende de un interjuego complejo de factores biológicos, fortalezas o vulnerabilidades psicológicas, ambiente general (por ejemplo, conflictos familiares) e influencias específicas (por ejemplo, resultados traumáticos producto de ciertas interacciones sociales).

- Habilidades sociales

Algunas teorías recientes acerca de la fobia social ponen el énfasis en la escasez de habilidades sociales. La falta de un buen desempeño podría reflejar una inhibición de las respuestas apropiadas como consecuencia de una ansiedad excesiva (Kashdan y Herbert, 2001; Rapee y Heimberg, 1997).

También es posible que los déficits en las habilidades sociales tengan un papel más significativo en el desarrollo y mantenimiento de la fobia social en los niños que en los adultos. Defendiendo esta posibilidad, hay hallazgos empíricos que demuestran que los adultos con fobia social no siempre poseen menos habilidades sociales que las personas de los grupos de control (Rapee y Lim, 1992). Sin embargo los datos sobre esta cuestión son contrapuestos (Stoja y Clark, 1993).

Spence (1999) halló que los niños con fobia social eran valorados por ellos mismos y por los demás, como menos competentes socialmente que sus pares, con menos habilidades sociales y menos asertivos en comparación con los niños no ansiosos. Los niños con fobia social también demostraron una significativa

pobreza de habilidades en las tareas de comportamiento. Este descubrimiento fue realizado por Beidel, Turner y Morris (1999).

También hay evidencia de que los niños socialmente ansiosos tienen un déficit en la comunicación no verbal y en la percepción de las habilidades sociales. (Melfsen, Osterlow y Florin 2000).

En cuanto a las habilidades perceptivas, algunos investigadores han encontrado que los niños con fobia social son menos competentes en la identificación de las emociones a través de las expresiones faciales (Melfsen y Florin, 2002; Simonian, Beidel, Turner, Berkes, y Long, 2001). Es posible que los altos niveles de atención puestos en sí mismos asociado con la ansiedad social sirvan para desviar las fuentes de atención dirigidas al exterior. Algunos autores han sugerido que la ansiedad social podría estar asociada a un error en la interpretación de la información social amenazante. La evidencia aportada sobre este tema no es concluyente.

Otra posibilidad es que los niños con fobia social estén menos dotados de las habilidades sociales para desempeñarse eficazmente en los diferentes tipos de conducta que incrementan la probabilidad de acumular resultados sociales exitosos y el ser juzgados positivamente por los demás.

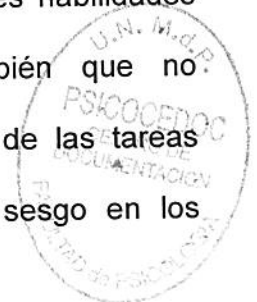
El deterioro en el desempeño de tareas sociales juega un rol clave en el círculo vicioso que incluye resultados sociales negativos, ansiedad, cogniciones inadaptadas y comportamientos evitativos, conduciendo así a mayores déficits en las habilidades sociales (Spence, 1999; Turner, 1994).

El círculo vicioso se establece cuando los déficits en las habilidades sociales conducen a un patrón repetitivo de resultados no exitosos en las

interacciones con los otros, lo cual a su vez, influye en los juicios globales acerca de la competencia social y el status social entre pares. Las experiencias interpersonales negativas también generan resultados y procesos no adaptativos como anticipación de fracaso, baja eficacia, excesiva atención en el sí mismo e hipersensibilidad a la retroalimentación negativa proveniente de los otros.

Estas experiencias sociales fallidas (a través del aprendizaje asociativo), en combinación con procesos cognitivos no adaptativos, podrían engendrar una sensación de ansiedad en contextos similares en el futuro. Las consecuencias resultantes del comportamiento evitativo, del retiro social y la exclusión de los demás limitan las oportunidades para el desarrollo de futuras habilidades sociales y el aprendizaje social. La falta de intentos para la interacción social podrían significar no solo que el niño falle en el aprendizaje de importantes habilidades sociales tanto cognitivas como comportamentales, sino también que no experimente el éxito y el desarrollo del sentimiento de dominio de las tareas sociales claves, por lo cual mantienen la no adaptación y un sesgo en los procesos cognitivos.

De este modo sugerimos que el déficit en las habilidades sociales puede ser tanto causa como consecuencia de la fobia social. Para algunos individuos dichos déficits pueden ser un factor causal primario, para otros podrían jugar un rol de mantenimiento.



## FOBIA SOCIAL Y FACTORES GENÉTICOS

Estudios recientes han identificado proporciones elevadas de fobia social en los descendientes de las personas que la padecen (Fyer, 1993; Fyer, 1995). Niños con fobia social tienen más probabilidades que sus pares no afectados de tener padres con fobia social y, de manera similar los hijos de padres con fobia social tienen un riesgo elevado de padecer dicho trastorno (Lieb, 2000; Mancini, 1996).

Un meta-análisis reciente sobre estudios con gemelos ha concluido que hay una heredabilidad estimada de acerca de 0,65 para la ansiedad social (Beatty, Heisel, Hall, Levine, y La France, 2002), aunque muchos autores asumen una estimación más modesta de alrededor de 0,4-0,5 (Albano y Detweiler, 2001, Ollendick y Becker, 2002).

Por ejemplo, Kendler (1992) ha informado sobre una contribución genética significativa para la fobia social de 0,31 en 2163 pares de gemelas. Este grupo de investigación sobre la influencia genética de la fobia social es reexaminado tomando en cuenta la seguridad de las mediciones a través de 8 años. La estimación de heredabilidad se incrementa 0,50 (Kendler, Karkowski, y Prescott, 1999). Estos datos sostienen la heredabilidad involucrada en la fobia social y también indica que la persistencia de la misma es más acentuada bajo la influencia de factores genéticos. Otros estudios han examinado la influencia genética con constructos relacionados como la timidez, miedo a la evaluación negativa, e inhibición del comportamiento. En una muestra con adultos, Stein (2002) demostró una heredabilidad estimada de 0,48 y una fuerte contribución del ambiente para el temor a la evaluación negativa en 437 pares de gemelos adultos.

Este estudio también demostró la influencia genética común en los miedos a la evaluación negativa y un grupo de rasgos de personalidad relacionados con la sumisión, la ansiedad y la evitación social.

Warren (1999) examinó la influencia del factor genético sobre la ansiedad infantil en 328 pares de gemelos de 7 años de edad. Se halló una heredabilidad significativa (0,34) y única, no relacionada con las influencias ambientales para los síntomas de la ansiedad social relacionada con la timidez. Descubrimientos similares han sido aportados en cuanto a la heredabilidad del temperamento, incluida la inhibición del comportamiento (Robinson, Kagan, Reznick y Corley, 1992).

En uno de los pocos estudios realizados sobre adopción, Daniels y Plomin (1985), encontraron evidencia para establecer una relación entre la timidez en los niños de 2 años, y la timidez y sociabilidad de sus madres biológicas.

Es importante considerar el grado en que lo heredado es específicamente la fobia social y no una predisposición general para desarrollar cualquier tipo de trastorno emocional o de comportamiento. La mayoría de los estudios con gemelos indican que la mayor proporción de la variación en el componente hereditario es común a los trastornos de ansiedad y a la depresión (Andrews, 1996; Eley, 1999).

Algunos estudios también han sugerido que esta heredabilidad general debería extenderse a otros trastornos, tales como el abuso de sustancias y la bulimia nerviosa (Kendler, 1995). Por ejemplo, se ha examinado la relación de las influencias genéticas sobre la fobia social, la depresión y el abuso de alcohol. Un

componente genético común en la fobia social, la depresión y el abuso de alcohol podría explicar el alto nivel de comorbilidad entre estos trastornos.

Estudios basados en poblaciones de gemelos para ver la relación entre neuroticismo y otros trastornos internos sugieren que los trastornos de ansiedad y depresión exhiben altos niveles de comorbilidad con otros trastornos.(Hettema, Neale, Myers, Prescott, Kendler, 2006). Dichos autores examinaron los factores genéticos y ambientales compartidos por las personalidades neuróticas y quienes padecen trastornos de ansiedad. El período de la vida en el que se produce la mayor depresión, ansiedad generalizada, pánico, agorafobia, fobia social, fobia a los animales, fobia situacional y neuroticismo fueron observados en más de 9000 pares de gemelos (mujer-mujer, hombre-hombre y pares de sexo opuesto) a través de entrevistas diagnósticas estructuradas. Un modelo de ecuación estructural multivariado fue utilizado para descomponer las correlaciones entre estos fenotipos en componentes genéticos y ambientales, agregando el factor sexo. Los resultados obtenidos muestran que los factores genéticos compartidos con el neuroticismo fueron entre  $1/3$  y  $1/2$  con el riesgo genético de los demás trastornos.

Cuando las diferencias genéticas insignificantes fueron apartadas de los modelos, las correlaciones genéticas entre el neuroticismo y los trastornos fueron altos, mientras que las correlaciones de ambientes específicos fueron substancialmente más bajas.

Las conclusiones revelan que hay una relación substancial, pero no completa entre los factores genéticos que influyen la variación en el neuroticismo y en los demás trastornos. Esto ayuda a explicar los altos grados de comorbilidad y

a registrar la importante implicancia para la identificación de los genes susceptibles en estas condiciones.

Aún más, esta influencia genética común muestra que los adolescentes con ansiedad social alta, tienen un particular riesgo de padecer depresión en el futuro, y aquellos que presentan comorbilidad (fobia social y depresión), tienen peor pronóstico en términos de un curso nocivo para la depresión (mayor persistencia y recurrencia) (Stein, 2001).

Además del gran volumen de literatura que demuestra la participación de un componente genético en la fobia social compartido por la mayoría de los trastornos emocionales, ha habido algunos indicadores que sugieren componentes genéticos que son exclusivos de la ansiedad social. Por ejemplo, Kendler, Myers, Prescott y Neale (2001) en un estudio con 1198 pares de gemelas, hallaron que más del 13% de la varianza en la fobia social estaba relacionada con factores genéticos únicos en este tipo de miedos.

Los factores genéticos comunes a todos los tipos de miedos están relacionados sólo en un 5% en la varianza de los miedos sociales.

Debe concluirse que los factores genéticos comunes a cierto rango de trastornos emocionales, junto con un pequeño rol de los genes que están específicamente involucrados en la ansiedad social, juegan un papel moderado en el desarrollo de la fobia social y las preocupaciones sociales. Sin embargo, todavía no comprendemos cómo el genotipo opera para determinar el fenotipo comportamental.

Investigaciones han comenzado recientemente a examinar posibles mecanismos de acción, buscando genes candidatos que regulan sistemas

neuroquímicos en la etiología de los trastornos de ansiedad. Hasta la fecha, dichos estudios han producido hallazgos contradictorios. Por ejemplo Rowe (1998) ha informado que el repetido polimorfismo en el gen transportador de dopamina estaba asociado con la ansiedad en la infancia, pero esto era también evidente para la ansiedad generalizada.

Otros estudios han intentado buscar el gen que predispone a los desórdenes de ansiedad utilizando un novedoso acercamiento multivariado mostrando una fuerte evidencia sobre el cromosoma 4 (Kaabi, Gelernter, Woods, Goddard, Page, Elston, 2005).

Se ha llevado a cabo una búsqueda de los enlaces de un genoma en un grupo de 19 árboles genealógicos de E.E.U.U (219 áreas) elegidos por poseer trastornos de pánico. Varios de los trastornos de ansiedad (incluyendo fobia social, agorafobia, y fobia simple), además del trastorno de pánico fueron separados en estas familias.

En estudios previos de esta muestra, los análisis relacionados se basaron en cada una de las categorías diagnósticas individuales separadamente.

Dada la comorbilidad substancial entre los trastornos de ansiedad y la responsabilidad genética compartida, es claro que este método descarta un considerable monto de información.

Estos estudios proponen un nuevo acercamiento que considera al pánico, fobia simple, fobia social, y la agorafobia como expresiones de la misma influencia multivariada y genética de un rasgo o carácter. En dicha investigación se aplicó el método de Haseman-Elston.

Una región del cromosoma 4 q 31-q 34, demostró una fuerte evidencia de enlace (significación p menor, 0,5). La misma región es conocida por ser gen receptor, NPY1R (4 q 31-q 32), que ha sido asociado a efectos ansiosos en ratas.

Varas regiones en otros 4 cromosomas (4 q 21.21-22.3, 5 q 14.2-14.3, 8 p 23.1, y 14 q 22.3- 23.3) encuentran criterio para un sugestivo enlace (P menor. 0,1).

El análisis familia por familia no ha demostrado ninguna evidencia importante. Los hallazgos sostienen la noción que afirma que los trastornos de ansiedad, incluyendo fobias y pánico tienen rasgos complejos que comparten por lo menos un locus susceptible.

Otros estudios investigan la asociación entre genes ácido glutámico y los trastornos de ansiedad, la depresión y el neuroticismo. (Hettema, An, Neale, Bukszar, van den Oord, Kendler, Chen, 2000). Dichos autores sugieren que anomalías en el neurotransmisor GABA han sido observadas en casos de trastornos de ansiedad. Las enzimas del neurotransmisor GAD es un sintetizador del GABA y por lo tanto, es un candidato susceptible razonable en estas condiciones. En dicha investigación, se han examinado los genes GAD 1 y GAD 2 y su relación con el riesgo genético a través de diferentes trastornos internos.

Se utilizó el modelo de ecuación multivarial estructural para la identificación de los factores genéticos de riesgo para la depresión, trastorno de ansiedad generalizada, pánico, agorafobia, fobia social y neuroticismo en una muestra de 9270 sujetos adultos. (Estudio de Gemelos adultos de Virginia sobre trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias). Un miembro de cada par de gemelos cuyo ADN era adecuado para el estudio fue seleccionado como caso o como control,

basados en los puntajes obtenidos dentro de los extremos del factor genético extraído para el análisis.

La muestra resultante de 589 casos y 539 de control fueron introducidos en un estudio que asocia 2 estadíos.

En el estadío 1 se observaba el gen candidato, y los resultados positivos eran testeados nuevamente mediante una réplica en el estadío 2. Muchos de los polimorfismos de la región GAD 1 testeados, demostró una asociación significativa en ambos estadíos y un análisis combinado en los 1128 sujetos indicó que conformaban un tipo de alto riesgo que estaba sobrerrepresentado en casos ( $P=0,003$ ). De los 14 GAD 2 observados en el estadío 1, sólo uno de ellos cumplió el criterio para seguir hacia el estadío 2.

Sujeto a confirmaciones con una muestra independiente, el estudio sugiere que las variaciones en el gen GAD 1 contribuiría a las diferencias individuales e impacta en la susceptibilidad a través del rango de trastornos de ansiedad y depresión.

Arabelle (2003) en un estudio con niños de segundo grado halló una relación significativa entre la región gestora del transportador de la serotonina y la timidez. En contraste, Schmidt, Fox, Rubin, Hu y Homer (2002) no encontraron en los niños de cuatro años relación entre la timidez y el gen receptor de dopamina D4, el gen transportador de serotonina o el gen receptor de serotonina. Descubrimientos negativos fueron también comunicados por investigadores que informaron que no había evidencia para establecer una relación entre la proteína transportadora de serotonina y el gen receptor de serotonina 2 A en la fobia social,

o han fallado en encontrar evidencia que sostenga la relación entre la dopamina y la fobia social (Kennedy, 2001; Stein, Chartier, Kozak, King y Kennedy, 1998).

No hay dudas de que habrá más investigaciones de este tipo en la próxima década con un incremento de la sofisticación de los métodos de examinación genética molecular de la fobia social. Las investigaciones también necesitarán clasificar el grado en el que estos factores genéticos moleculares son específicos a la fobia social.

Tancer y col. (1994) evaluaron la disfunción del sistema Dopaminérgico y Noradrenérgico en pacientes con Trastorno de Ansiedad Social. Se observó una respuesta disminuida de la hormona de crecimiento a la clonidina, un antagonista alfa 2, pero no se encontraron cambios en la respuesta de la prolactina o de parpadeo a la levodopa en pacientes con fobia social en comparación con sujetos normales. Esto indicaría que existe una perturbación en la función noradrenérgica, pero no en la dopaminérgica, en estos pacientes.

En otro estudio de ultrasonido neural, se demostró que la densidad de los sitios de la recaptura de dopamina del cuerpo estriado era considerablemente menor en pacientes con Trastornos de Ansiedad Social, en comparación con controles sanos (Tihonen y col. 1997).

En el tratamiento de pacientes con fobia social, se observa que la función serotoninérgica representa un papel importante en la etiología de este trastorno. La fenfluramina, un agente liberador de serotonina, produce un aumento significativamente mayor de cortisol en pacientes con fobia social en comparación con sujetos control, pero no tuvo efectos sobre la prolactina en pacientes o controles, Tancer y col. (1994). Los hallazgos de este estudio fueron interpretados

como evidencia de hipersensibilidad de los receptores 5-ht<sub>2</sub> postsinápticos, asociados con la respuesta ansiogénica en pacientes con Trastorno de Ansiedad Social, pero el 5-ht<sub>1</sub> normal fue responsable de la respuesta a la prolactina.

Los pacientes con fobia social pueden padecer de una disfunción primaria en el sistema serotoninérgico, pero los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico parecen responder normalmente. Por lo tanto no sorprende que los agentes serotoninérgicos se encuentren entre los tratamientos farmacológicos efectivos, tanto para la fobia social como para las fobias específicas. La eficacia de las benzodiazepinas sugiere, además, la participación de mecanismos gabaérgicos en las fobias.

Estudios efectuados por Miner (1995) y Potts (1996) sugieren que las investigaciones neuroendócrinas no han mostrado una disfunción definida en los ejes hipotalámico-hipofisario-suprarenal, ni en el eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo en el Trastorno de Ansiedad Social.

Podemos concluir que actualmente la mayoría de los estudios sugieren que existe una significativa pero moderada influencia de los factores genéticos en el desarrollo de la fobia social y la ansiedad social.

### INTERACCIÓN DE FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES

Ciertos tipos de temperamentos tempranos y la fobia social desarrollada con posterioridad, podrían reflejar mecanismos causales comunes que podrían ser genéticos y/o ambientales en sus orígenes. También es posible que ciertos estilos de temperamento representen manifestaciones emocionales y conductuales

tempranas del mismo tipo, que cuando se presentan en un grado más severo y asociados con daños o interrupciones en la vida diaria, sean clasificados más adelante como un trastorno. Probablemente el constructo investigado más importante de este tipo ha sido la clasificación "inhibición del comportamiento" (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García Coll, 1984).

Kagan (1984) acuñó el término inhibición del comportamiento para describir un patrón relativamente estable de respuestas conductuales y emocionales hacia las personas desconocidas, lugares, situaciones, u objetos no familiares. Muchos otros rótulos han sido utilizados para describir lo que parecería ser el mismo constructo de temperamento, incluyendo: timidez, inhibición, introversión.

La importancia de la inhibición comportamental es que es considerada como algo transmitido genéticamente, que operaría como un factor predisponente al desarrollo de la ansiedad.

Rosebaum y col. (1988), propusieron un modelo alternativo al de Kagan, argumentando que la exposición a un padre ansioso puede dar como resultado el modelado de conductas de ansiedad y temor, dando lugar al desarrollo de un patrón similar en el niño, induciendo además un tipo de vínculo ansioso parento-filial.

Uno de los más importantes hallazgos es que la variación en la timidez en diferentes situaciones y en diferentes puntos cronológicos (estabilidad) parece estar mediada genéticamente, a su vez, el grado en que la expresión de la timidez difiere a través del tiempo y los lugares, es en su mayoría mediado por factores del entorno (compartidos y no compartidos) (Cherny, Fulker, Corley, Plomin y Defries, 1994).

Hay una buena cantidad de evidencia que sugiere que los niños que manifiestan un comportamiento tímido aumentan el riesgo para un posterior desarrollo de fobia social (Kagan, 1984; Neal, Edelmann y Glachan, 2002). Los niños que tienen un comportamiento altamente inhibido son más propensos que sus pares a poseer un particular patrón de rasgos fisiológicos, incluyendo una mayor activación del centro hipotalámico-pituitario, mayor activación del sistema reticular y del sistema nervioso autónomo en respuesta a lo novedoso (Kagan, 1987). No obstante estos parámetros fisiológicos son solamente evidentes para aproximadamente un tercio de los niños identificados como inhibidos y los mecanismos cerebrales exactos están por ser identificados (Kagan, Snidman y Arcus, 1998; Kagan, Snidman, Arcus y Reznick, 1994).

Varios estudios prospectivos han identificado proporciones más altas de fobia social o ansiedad social entre niños y adolescentes que han sido identificados en la temprana infancia como de comportamiento inhibido (Biederman, 2001; Biederman, 1990; Hayward, Killen, Kraemer y Taylor 1998; Mick y Telch, 1998; Neal, 2002).

Es claro, sin embargo, que una significativa proporción de niños con "inhibición del comportamiento" no desarrolla fobia social y que la misma "inhibición del comportamiento" es relativamente inestable en el tiempo.

Biederman (2001) examinó la psicopatología de niños de 5 años o más de padres con pánico, depresión y realizó análisis comparativos entre los grupos. El trastorno de ansiedad social (fobia social o trastornos evitativos) era significativamente mayor en niños de 2 a 6 años que fueron identificados como inhibidos en el comportamiento (16%) que en aquellos que no lo fueron (5%). En

contraste con estas indicaciones de especificidad, Caspi, Moffitt, Newman y Silva (1996) hallaron que los niños categorizados como inhibidos a los tres años de edad tenían un incrementado riesgo de padecer problemas en la adultez, incluyendo depresión, violencia, abuso de alcohol y suicidio. Prior (2000) también demostró que los niños que puntuaron alto en las mediciones de timidez realizadas por sus madres, en varias ocasiones tenían un riesgo cuatro veces mayor de obtener altos niveles de ansiedad generalizada en la adolescencia. Estos datos son consistentes con la literatura genética que muestra un componente genético común a varios trastornos emocionales.

De particular interés son los descubrimientos de Neal, Edelman y Glachan (2002) de un enlace entre la niñez, la "inhibición del comportamiento" social y la depresión. Esto podría tener sentido a la luz de los datos genéticos discutidos anteriormente. Aún más, estos resultados son consistentes con la literatura mostrando que, puesto que todos los trastornos de ansiedad y depresión comparten un efecto negativo (neuroticismo) en común, sólo la fobia social y la depresión comparten más de un factor común involucrando baja extraversión/sociabilidad (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Watson, Clark y Carey, 1988).

Por otra parte, Clark y Mc Manus (2002) han provisto de una excelente revisión de la literatura relacionada con los procesos cognitivos en la fobia social de los adultos. Muchos de estos fenómenos son evidentes en la fobia social infantil. Estos autores delinearon alguna evidencia al sugerir que la fobia social es mantenida a través de un círculo vicioso en el que los individuos se comprometen en una serie de procesos cognitivos de pre y post-interacción (factores del

ambiente) que actúan para generar emociones ansiosas que podrían empeorar el desempeño social. La evitación social subsecuente y los resultados sociales adversos conducen a reducir la oportunidad de desarrollo psicosocial futuro y perpetúan la suposición de que los eventos sociales conducirán a resultados negativos (Banerjee y Henderson, 2001).

Sólo podríamos especular acerca de los mecanismos causales que podrían dirigir el desarrollo de los procesos y eventos cognitivos de la fobia social. Teóricamente es posible que los factores genéticos influyan los procesos y estructuras neurológicas, constituyendo una tendencia a percibir el mundo de una manera amenazante, con una elevada atención para percibir los indicios de amenaza y/o la interpretación de dichos indicios como indicativos de amenaza.

Los niños pequeños no responden simplemente al medio social, sino que son participantes, influenciando y siendo influenciados por su mundo social. El comportamiento social temprano, sea que esté determinado por la herencia, el ambiente o ambos, determinará las respuestas hacia los otros. Desde el nacimiento, un niño que se angustia fácilmente en los contactos sociales, en el que falta la sonrisa y la respuesta positiva hacia los otros, generará una mayor cantidad de respuestas sociales negativas. Un patrón persistente de resultados sociales negativos o experiencias sociales traumáticas reiteradas, pueden contribuir a la variación en el desarrollo de la ansiedad anticipatoria hacia diferentes situaciones sociales.

Los adultos con fobia social también otorgan una fundamental importancia a ser evaluado positivamente por los otros y tienden a asumir que los demás son críticos y están dispuestos a evaluar a los demás negativamente (Rapee y

Heimberg, 1997). Nuevamente no sabemos de donde provienen estas creencias tan arraigadas. Los padres han sido sugeridos como una posible fuente de influencia, pero todavía no se posee suficiente evidencia para justificar esta conclusión.

Sabemos que, como una parte normal del desarrollo, los niños forman gradualmente una representación mental de sí mismos al ver a otros. Por qué los niños varían la importancia que le otorgan a la evaluación positiva o al alcance de la amenaza atribuida a los otros, es algo que debe ser determinado.

Otros estudios (Prescott, Myers, Neale y Kendler, 2001) han investigado la estructura de los factores de riesgo genéticos y ambientales en los trastornos de ansiedad en hombres y mujeres. Consideran que los trastornos de ansiedad exhiben altos niveles de comorbilidad durante la vida con otros trastornos y comprenden las causas que subyacen a esta comorbilidad, brindando un acercamiento a la etiología e informan sobre su clasificación.

El objetivo de este estudio es explicar la comorbilidad de los trastornos de ansiedad examinando los factores genéticos y ambientales que subyacen. De este modo el diseño consta del diagnóstico de seis trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia animal y fobia situacional) que fueron obtenidos mediante entrevistas personales de poblaciones de gemelos.

Un modelo de ecuación estructural multivariable que permite diferencias entre sexos fue puesto en marcha. Se utilizó una muestra de la comunidad general, participaron mas de 5.000 miembros de pares de gemelos mujer-mujer y

hombre-hombre del Estudio de Gemelos Adultos de Virginia sobre trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.

El modelo completo que contiene dos factores genéticos comunes, factores ambientales compartidos y factores ambientales únicos más factores específicos del trastorno, podrían forzar la igualdad entre los participantes masculinos y femeninos del estudio.

En un modelo más apropiado, las influencias genéticas de la ansiedad serían mejor explicadas mediante dos factores genéticos adicionales comunes a los distintos trastornos. El primer factor tuvo más peso en la ansiedad generalizada, trastorno de pánico y agorafobia, mientras que el segundo tuvo mayor peso en las otras dos fobias específicas.

La fobia social fue influenciada por ambos factores genéticos. Un pequeño rol de las influencias ambientales compartidas fue observado debido a un solo factor común que era menor a un 12 % de la varianza total para cualquier trastorno. Influencias ambientales únicas podrían ser explicadas por un solo factor común más efectos específicos del trastorno.

Como conclusión se observó que la estructura que subyace a los factores de riesgo ambientales y genéticos son similares en hombres y en mujeres. Así, los genes predisponen a dos grupos de trastornos separados: pánico, ansiedad generalizada y agorafobias versus fobias específicas. El resto de las asociaciones entre los trastornos se explican por un único factor ambiental compartido por todos los trastornos y en menor medida a un factor ambiental común.

Otro estudio (Sudet, Skre, Okkenhaug, Tambs, 2004) utiliza una muestra de gemelos y sus familias para investigar las causas genéticas y ambientales de las interrelaciones entre los miedos autoinformados.

El análisis de las respuestas a los cuestionarios dio como resultado 4 dimensiones correlativas de miedos: miedos situacionales, miedo a enfermarse, de perjuicio, miedos sociales y miedo a pequeños animales.

Modelos que incluyen la transmisión genética y cultural, junto con ambientes correlativos para los gemelos, resultaron adecuados, tanto para los miedos por separado como para tomarlos conjuntamente. Modelos simples que tienen en cuenta sólo la genética y ambientes no compartidos fueron suficientes para investigar cada una de las dimensiones consideradas separadamente. El análisis de las diferentes dimensiones reveló un factor genético y ambiental común a las 4 dimensiones de miedo conjuntamente con los factores genéticos y ambientales específicos de cada miedo. El impacto del factor genético y el factor ambiental común es variable a través de las dimensiones. No hubo evidencia de transmisión cultural.

Se concluye que tanto los genes comunes como los específicos del miedo y los ambientes comunes y específicos al miedo, son necesarios en la investigación.

Ciertas investigaciones (Kendler, Myers, Prescott, 2001) intentan explicar las diferencias de género en los miedos irracionales y las fobias, para tal fin investigan los factores genéticos y ambientales involucrados.

Para los miedos irracionales y las fobias a ellos asociadas, los estudios epidemiológicos sugieren diferencias entre los sexos en cuanto a la prevalencia y los estudios con gemelos, informan sobre los efectos genéticos significativos.

El interrogante que guía la investigación es ver cómo impacta el sexo en la transmisión familiar del riesgo a padecer miedos y fobias. Para tal fin, se utilizaron como método entrevistas personales con más de 3000 pares de gemelos (de los cuales 1058 pares eran dicigóticos y de sexo opuesto) seleccionados de un registro poblacional.

Los resultados sugieren que para la agorafobia, fobia a la sangre/perjuicio, la heredabilidad es igual para hombres y mujeres y que las correlaciones entre sexos son menores de + 0,50. Para los miedos o fobias hacia los animales, en cambio, se sugiere igual grado de heredabilidad en hombres y mujeres y total correlación genética. No se halló evidencia de un impacto del ambiente familiar en el riesgo para estos miedos o fobias. Para la fobia social, la semejanza en los gemelos varones se explican por factores genéticos y en las mujeres por factores ambientales/familiares.

Como conclusión a lo anteriormente explicitado, se observa que el impacto de los distintos sexos en el riesgo genético difiere significativamente en los distintos subtipos de fobias. Riesgos genéticos específicos para el sexo podrían existir para la agorafobia, fobia social, situacional y fobia a la sangre, pero no para el miedo a los animales. Estos resultados deben ser interpretados en el contexto de la limitada fuerza de los estudios con gemelos, incluso con grandes muestras para resolver los efectos genéticos específicos de los sexos.

Una investigación reciente (Stein, Jang, Livesley, 2002), intenta explicar la ansiedad y características de personalidad en un estudio con gemelos. Dicho estudio muestra que los miedos a las evaluaciones figura como algo prioritario en

la psicología cognitiva de pacientes con fobia social. Para tal fin, se examina la heredabilidad de los miedos a las evaluaciones negativas.

Los autores también examinaron las relaciones entre los miedos a la evaluación negativa y las dimensiones de personalidad relevantes en la fobia social. Los puntajes de la versión resumida de la Escala del Miedo a la Evaluación Negativa fue examinada en una muestra de 437 (245 monocigóticos y 192 dicigóticos) pares de gemelos. Las correlaciones genéticas y ambientales junto con las dimensiones de personalidad (mediante cuestionario) también fueron calculadas.

La heredabilidad estimada obtenida de la Escala al Miedo de Evaluación Negativa fue de un 48%. Los efectos genéticos y los efectos ambientales singulares emergieron como la influencia primaria en el miedo a la evaluación negativa. Las correlaciones genéticas entre la Escala al Miedo de Evaluación Negativa y la sumisión, ansiedad y las facetas de evitación social del cuestionario de las dimensiones de personalidad fueron altas. Una dimensión central en la fenomenología (y tal vez la causa) de la fobia social, el temor a ser evaluado negativamente, es moderadamente heredado. Aún más, los genes que influyen los miedos a la evaluación negativa parecen intervenir en un grupo de características de la personalidad ansiosa. Las implicaciones y limitaciones de estos hallazgos están en discusión.

Concluyendo, puede decirse que existen como mínimo tres hipótesis que dan cuenta de las causas de los miedos y la ansiedad social.

La primera es de base biológica, basada en un temperamento genéticamente transmitido, que predispone al niño a desarrollar miedos y ansiedad social.

La segunda, incluye a las conductas parentales que comprenden al modelado y reforzamiento de los temores infantiles, patrones de vinculación y autonomía específicos que van generando pensamientos y conductas ansiosas en la juventud.

Una tercera hipótesis, más plausible por su valor integrador, enfatiza la interacción entre lo genético y lo ambiental, es decir entre el temperamento ansioso y las interacciones vinculadas a la influencia parental.

## CONCLUSIONES

Una razón posible de la falta de integración entre la investigación y la práctica profesional relacionada a los Trastornos de Ansiedad, es que los mismos han sido considerados clásicamente de manera dicotómica, como normal o patológica más que como un continuum que va de la salud a la enfermedad y como causados por factores ambientales o genéticos, más que pensados desde un modelo integrador que enfatice la interacción entre ambos.

El trabajo realizado, nos muestra que en distintas épocas han existido diferentes abordajes sobre la etiología de la fobia social. Por ejemplo, Freud en un primer momento consideró que la ansiedad debía incluirse dentro de las llamadas Neurosis de Angustia, y que debía considerarse como producto de conflictos sexuales. El significado de la ansiedad depende de la naturaleza de conflictos subyacentes, considerando también que son los estímulos ambientales los que activan los traumas de la persona.

La aproximación comportamental, por su parte, considera que la ansiedad es una respuesta emocional condicionada. Así, la misma se asocia a eventos internos o ambientales que la estimulan y provocan.

Por último, para la teoría cognitiva, la etiología de la ansiedad resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. El ambiente influye en la causación de la Fobia Social a través de diversos factores psicosociales, tales como sucesos ambientales, valoraciones cognitivas e influencias parentales. También se reconoce una significativa pero moderada influencia de lo disposicional que se relaciona con alteraciones en la modulación de la

neurotransmisión y disfunción en circuitos y estructuras específicas. Por lo tanto, el tratamiento adecuado para la fobia social como para otros trastornos de ansiedad, es el que combina un tratamiento farmacológico y un tratamiento psicoterapéutico.

Los objetivos de la farmacoterapia en el tratamiento de la fobia social son:

- reducir los síntomas de activación autonómica
- disminuir la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas
- bloquear la crisis de pánico situacional
- tratar las situaciones comórbidas

Actualmente se encuentran disponibles fármacos específicos efectivos como los llamados ISRSs ó inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. También son muy efectivas las Benzodiazepinas de alta potencia, utilizadas sobre todo en el periodo inicial del tratamiento, para atenuar los síntomas de activación autonómicos y superar la ansiedad anticipatoria ante las situaciones temidas. Sin embargo, la administración de fármacos no siempre es necesaria, ésta dependerá de cada caso, teniendo en cuenta el tipo de trastorno y la severidad del mismo. La medicación debe ser acompañada de un tratamiento psicológico de tipo Cognitivo-conductual que deberá prolongarse durante algún tiempo luego de suspendida la misma.

La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Las personas que sufren de este tipo de trastornos decodifican la

información que reciben en términos de peligroso - no peligroso. La terapia cognitiva busca flexibilizar y ampliar el abanico de significados posibles. El paciente junto con el terapeuta, a través de las sesiones y de las tareas que realiza en su casa, se entrena en detectar sus pensamientos y en reconocer su estilo propio de atribución de significados, para reemplazar o modificar aquellos que no resultan útiles.

La terapia Cognitiva se complementa con una terapia Conductual donde, a través de la realización de prácticas, ejercicios y exposiciones, la persona pone a prueba y ejercita los nuevos estilos de pensamiento adquiridos a través del trabajo psicoterapéutico. La combinación de ambas terapias permite a la persona que sufre estos trastornos conocer y cambiar su estilo de pensamiento, lo que lleva a un cambio en el comportamiento, para lograr así, una mejora significativa en la calidad de vida.

## Referencias bibliográficas

- Albano, A. M., y Detweiler, M. F. (2001). The development and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives*, 162-178.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. *Current controversies in the anxiety disorders*, 3-20. New York. Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 3° Edición. (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders" 3° Edición Revisada (DSM-III-R)* Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° Edición, Revisada*, Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp. P. M. G., Monsma, A., y Brillman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 183-187.
- Asendorpf, J. B. (1989). Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 481-492.
- Asher, S. R., y Coie, J. D. (1990). *Peer rejection in childhood*. New York, Cambridge, University Press.
- Banerjee, R., y Henderson, L. (2001). Social-cognitive factors in childhood social anxiety: a preliminary investigation. *Social development*, 10 (4), 558-572.
- Beatty, M. J., Heisel, A. D., Hall, A. E., Levine, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Communication Monographs*, 69 (1), 1-18
- Biederman, J., Hirchfeld, Becker, D. R., Rosebaum, J. F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., (2001). Further evidence of association between the behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10), 1673-1679.
- Biederman, J., Rosebaum, J., Hirchfeld, D. R., (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.

- Brown, T. A., Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107* (2), 179-192.
- Bruch, M. A., y Cheek, J. M. (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*, 163-182. New York. Guilford Press.
- Brunch, M. A., y Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders, 8*, 155-168.
- Brunch, M. A., Heimberg, R. G., Berger P. Y Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research, 2*, 57-65.
- Buss, A. H. (1985). A theory of shyness. *Shyness: Perspectives on research and treatment*, 39-46. New York Plenum Press.
- Campbell, M. A. Y Rapee, R. M. (1994). The nature of feared outcome representations in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22* (1), 99-111.
- Campbell, M. A., Rapee, R. M., y Spence, S. H. (2001). The nature of feared outcome representation in anxious and nonanxious children. *Australian Journal of Guidance and Counselling, 11*, 85-99.
- Caspi, A., Elder, G. H. y Bem, D. li (1988). Moving away from the world: Life- course patterns of shy children. *Developmental Psychology, 24*, 824-831.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D., L., y Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adults psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 53*, 1033-1039.
- Chartier, M. J., Walker J. R., y Stein, M. B. (2001). Social Phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine, 31* (2), 307-315.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., y Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 585-598.
- Cherny, S. S., Fulker, D. W., Corley, R. P., Plomin, R., y DeFries, J. C. (1994). Continuity and change in infant shyness from 14 to 20 months. *Behaviour genetics, 24* (4), 365-379.
- Cía, Alfredo, H. (2002) Cap. IV: Fobia social o trastorno de ansiedad social. *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*, 193-220. Roche S. A. Q.
- Clark, D. M, y McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry, 51*(1), 92-100.

- Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) CIE-10 (1992) "*Descripciones Clínicas y Pautas para el diagnóstico*". Edición española, Madrid, España.
- Dadds, M. R., Barret, P. M., Rapee, R.M., y Ryan, S. M. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Daniels, D., y Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, 21 (1), 118-121.
- Davidson, J.R; Hughes, D. Y col. (1991). Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychology Med*, 21, 713-721.
- Degonda, M., y Angst, J. (1993). The Zurich study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 95-102.
- de Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., van Schaik, A., y Kraaimaat, F. (1989). *Comorbidity among the anxiety disorders*, 3, 57-68.
- Eley, T. C. (1999). Behavioral genetics as a tool for developmental psychology: Anxiety and depression in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (1), 21-36.
- Essau, C. A., Conradt, J., y Peterman, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Essau, C. A., Conradt, J., y Peterman, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 263-279.
- Freud, S. (1894). La neurastenia y la neurosis de angustia: sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de neurosis de angustia. *Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. I*, 180-192. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 105, 84-93.
- Fyer, A. J. (1993). Heritability of social anxiety: A brief review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 10-12.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52 (7), 564-573.
- Gazelle, H, y Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Developmental*, 74(1), 257-278.

- Hackmann, A., Clark, D. M., y MacManus, F. (2001). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (6), 601-610.
- Hayward, C, Killen, J. D., Kraemer, H. C., y Taylor, C. B.(1998). Linking self-reported childhood behavioural inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1308-1316.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E., y Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in de EEUU: A synthetic cohort analysis of changes over 4 decades. *European psychiatry*, 15, 29-37
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209–221.
- Hettema, J. M., An, S. S., Neale, M. S. (2006). *Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism*. Recuperado en mayo de 2006 de [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez).
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, K., Kendler (2006). *A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders*. Recuperado en mayo de 2006 de [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez).
- Hettema, J. M., Prescott, K., Myers, J. M. (2006). *The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and woman*. Recuperado en mayo de 2006 de [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez).
- Hofmann, S. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 567–572.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24(1), 102–129.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411–1427.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2002). Parent–child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 548–555.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2003). Parent child interaction and childhood anxiety: Influence of age, gender, and diagnosis. Unpublished manuscript.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 51–76. New York. Guilford Publications Inc.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1995). Comorbidity in the anxiety disorders: The use of a life-chart approach. *Journal of Psychiatric Research*, 29(6), 467–480.

- Ishiyama, F. I. (1984). Shyness: Anxious social sensitivity and self-isolating tendency. *Adolescence*, 19(76), 903–911.
- Johnson, H. S., Inderbitzen-Nolan, H. M., Shapman, A. M. (2006). *A comparison between socially anxious and depressive symptomatology in youth*. Recuperado en mayo de 2006 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>.
- Jones, W. H., Briggs, S. R., & Smith, T. G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629–639.
- Kaabi, B., Gelernter, J., Woods, S. W. (2006). *Genome scan for loci predisposing to anxiety disorders using a novel multivariate approach*. Recuperado en mayo de 2006 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>.
- Kagan, J. (1987). Perspectives on infancy. In Joy Doniger Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*, (2nd ed.). *Wiley series on personality processes*, 1150–1198. New York, NY Wiley.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212–2225.
- Kagan, J., Reznick, J.S. y col. (1988). Biological basis of childhood shyness. *Science*, 240, 167-178.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science*, 2(1), 40–44.
- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. (1998). The value of extreme groups. In L. R. Bergman (Ed.). *Methods and models for studying the individual*, 65–82. Thousand Oaks, CA Sage Publications Inc.
- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., & Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York Basic Books.
- Kaplan, Lippincott, y Wilkins (2003). Sinopsys of psychiatry. Recuperado en noviembre de 2003 de [http:// www.eutimia.com/trimentales/fobia](http://www.eutimia.com/trimentales/fobia).
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 37–61.
- Kendler, K. S. (1996). Parenting: A genetic–epidemiologic perspective. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 11–20.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heritability. *Psychological Medicine*, 29(3), 539–553.
- Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 257–265.

- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., et al. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, *49*(4), 273–281.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 374–383.
- Kennedy, J. L., Neves Pereira, M., King, N., Lizak, M. V., Basile, V. S., Chartier, M. J., et al. (2001). Dopamine system genes not linked to social phobia. *Psychiatric Genetics*, *11*(4), 213–217.
- Kerr, M., Lambert, W. W., & Bem, D. J. (1996). Life course sequelae of childhood shyness in Sweden: Comparison with the United States. *Developmental Psychology*, *32*(6), 1100–1105.
- Kerr, M., Lambert, W. W., Stattin, H., & Klackenberg-Larsson, I. (1994). Stability of inhibition in a Swedish longitudinal sample. *Child Development*, *65*, 138–146.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, *27*(5), 1101–1119.
- Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L., & Kleinknecht, E. E. (1997). Cultural factors in social anxiety: A comparison of social phobia symptoms and Taijin Kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(2), 157–177.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(2), 83–94.
- Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *175*, 726–730.
- Lee, S., & Oh, K. S. (1999). Offensive type of social phobia: Cross-cultural perspectives. *International Medical Journal*, *6*(4), 271–279.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(4), 377–394.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hoefler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, *57*(9), 859–866.

- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(7), 343–351.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159–168.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Szatmari, P., Fugere, C., et al. (1996). A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1511–1517.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *Br. J. Psychiatry*, 116, 377–386.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different age of onset in varieties of phobia. *Am. Journal of Psychiatry*.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(5), 434–440.
- Melfsen, S., & Florin, I. (2002). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? *Journal of Nonverbal Behavior*, 26(2), 109–126.
- Melfsen, S., Osterlow, J., & Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 249–261.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich Cohort Study of young adults. *Biological Psychiatry*, 51, 81–91.
- Mick, M. A., & Telch, M. J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 1–20.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Unpublished manuscript*.
- Mulkens, S., & Bfgels, S. M. (1999). Learning history in fear of blushing. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1159–1167.
- Neal, J. A., Edelman, R. J., & Glachan, M. (2002). Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 361–374.
- Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Madden, P. A. F., Reich, W., et al. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: Comorbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychological Medicine*, 30(4), 797–804.

- Neufeld, K. J., Swartz, K. L., Bienvenu, O. J., Eaton, W. W., & Cai, G. (1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 186–192.
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld Becker, D. R. (2002). The developmental and psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, *51*(1), 44–58.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Maki, K. M., Gould, R. A., Worthington, J. J., Smoller, J. W., et al. (2001). Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: Rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, *14*, 209–213.
- Pelissolo, A., Andre, C., Moulard-Martin, F., Wittchen, H. U., & Lepine, J. P. (2000). Social phobia in the community: Relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European Psychiatry*, *15*, 25–28.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 56–64.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(4), 461–468.
- Rankin, J. L., Lane, D. J., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2004). Adolescent self-consciousness: Longitudinal age changes and gender differences in two cohorts. *Journal of Research on Adolescence*, *14*, 1–21.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41–66. New York Guilford Press.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology. Review*, *17*, 47–67.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(8), 741–756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(4), 728–731.
- Rapee, R. M., & Melville, L. F. (1997). Retrospective recall of family factors in social phobia and panic disorder. *Depression and Anxiety*, *5*, 7–11.
- Reich, J., Noiges, R. Y Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorders. *Am. Journal of Psychiatry*, *144*, 323-389.

- Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: A twin study. *Developmental Psychology, 28*(6), 1030–1037.
- Rowe, D. C. (1981). Environmental and genetic influences on dimensions of perceived parenting: A twin study. *Developmental Psychology, 17*, 203–208.
- Rowe, D. C., Stever, C., Gard, J. M. C., Cleveland, H. H., Sander, M. L., Abramowitz, A., et al. (1998). The relation of the dopamine transporter gene (DAT1) to symptoms of internalizing disorders in children. *Behavior Genetics, 28*(3), 215–225.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. L. (1990). Maternal beliefs about adaptive and maladaptive social behaviors in normal, aggressive, and withdrawn preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 419–435.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. L. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science, 23*, 300–317.
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioural Development, 23*(4), 937–957.
- Russell, J. G. (1989). Anxiety disorders in Japan: A review of the Japanese literature on Shinkeishitsu and Taijinkyofusho. *Culture, Medicine and Psychiatry, 13*, 391–403.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-Revised anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 308–312.
- Schmidt, L. A., Fox, N. A., Rubin, K. H., Hu, S., & Hamer, D. H. (2002). Molecular genetics of shyness and aggression in preschoolers. *Personality and Individual Differences, 33*(2), 227–238.
- Simonian, S. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Berkes, J. L., & Long, J. H. (2001). Recognition of facial affect by children and adolescents diagnosed with social phobia. *Child Psychiatry and Human Development, 32*(2), 137–145.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 225–237.
- Slee, P. T. (1994). Situational and interpersonal correlates of anxiety associated with peer victimisation. *Child Psychiatry and Human Development, 25*(2), 97–107.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545–566.

- Spence, S. H. (2001). Prevention strategies. In M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*, 325–354. New York Oxford University Press.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Kozak, M. V., King, N., & Kennedy, J. L. (1998). Genetic linkage to the serotonin transporter protein and 5HT2A receptor genes excluded in generalized social phobia. *Psychiatry Research*, *81*(3), 283–291.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, *58*(3), 251–256.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(4), 219–224.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 1046–1052.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, *153*(2), 275–277.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(3), 526–531.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(3), 255–267.
- Stravynski, A., Elie, R., & Franche, R. (1989). Perception of early parenting by patients diagnosed avoidant personality disorder: A test of the overprotection hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *80*, 415–420.
- Sundet, J. M., Skri, Okkenhaug, J. J., Tambs, K. (2006). *Genetic and enviromental causes of the interrelationships between self-reported fears*. Recuperado en mayo de 2006 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>.
- Townsley Stemberger, R., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(3), 526–531.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., & Woody, S. R. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(4), 381–390.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and anxiety inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35–40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 497–505.
- Tylor, C. T., Alden, L. E. (2006). *Social interpretation bias and generalized social phobia*. Recuperado en mayo de 2006 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Oakman, J. M. (1998). The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 425–431.
- Warren, S. L., Schmitz, S., & Emde, R. N. (1999). Behavioral genetic analyses of self-reported anxiety at 7 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1403–1408.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346–353.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., & Walter, B. R. (1987). Over- and undercontrolled referral problems among children and adolescents from Thailand and the United States: The Wat and Wai of cultural differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 719–726.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Walter, B. R., & Anderson, W. W. (1988). Thai and American perspectives on over- and undercontrolled child behavior problems: Exploring the threshold model among parents, teachers, and psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 601–609.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826–836.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309–323.
- Wolpe, J. Y Rowan, V. C. (1988). Panic disorder: a product of classical conditioning. *Behaviour Res. And Ther.*, 26, 441-450.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134–151.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 1986, 1093.

Yonkers, K. A., Dyck, I. R., y Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and woman. *Psychiatric Services*, 52 (5), 637-643