

Trabajo de Investigación, Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva

Facultad de Psicología, UNMdP-Fundación
Aiglé. Cohorte 2019-2020

Est: Lic. González Patricio.

DNI: 34217305

Contacto:

patricio.gonzalez@live.com



Facultad de
Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

Trastorno de Ansiedad Social: pasado y presente.

Resumen

En el marco del desarrollo de la humanidad, las personas comúnmente han presentado temor a la evaluación negativa por parte de los otros, motivo por el cual la ansiedad puede presentarse como una constante. La psicoterapia, desde sus comienzos, ha realizado amplios esfuerzos para abordar la ansiedad social como tema menester. A partir de la etapa moderna de la práctica terapéutica, los concomitantes avances han permitido demostrar cuáles son las técnicas terapéuticas más eficaces y qué diseños de tratamientos resultan más pertinentes para tratar la Ansiedad Social. El presente trabajo lleva por objeto expone un bagaje general que permita sintetizar bibliografía de actualidad para la presentación clínica antes mencionada.

Palabras Claves

Ansiedad social, tratamientos eficaces, recursos terapéuticos, diseño de tratamiento

1. Introducción

En el marco del desarrollo de la humanidad, las personas comúnmente han presentado temor a la posible evaluación negativa por parte de los otros, motivo por el cual la ansiedad se presenta como una respuesta recurrente.

Desde una mirada historiográfica, Rodríguez Biglieri & Verete (2011) señalan a Pierre Janet (1903) como uno de los primeros autores del –por aquel entonces- ambiguo “campo psi” en presentar una descripción de la presentación temerosa en algunos pacientes al ser observados realizando alguna acción, como escribir, hablar o tocar un instrumento musical. De hecho, Cinthia Ortiz, Fernando García, Luis Fargallini y Héctor Fernández Álvarez, en *“Conceptualización y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Guías Clínicas”* (2019), remiten la ansiedad social como una *“experiencia humana común caracterizada por un miedo intenso a la evaluación de los otros en situaciones sociales donde existe una motivación personal para dar una buena impresión, ser aceptado, valorado o reconocido”* (p. 131). Referir a la ansiedad humana como una experiencia común es referir a que todos nosotros la experimentamos en alguna medida cuando existe un riesgo potencial de desaprobación, rechazo o exclusión.

Con respecto a la otrora indicación al gallo, Heckelman & Schneiner (1995) mencionan cómo Marks y Gelder por los 60’ retomaron los aportes de Janet al exhibir una manifestación clínica caracterizada por una clara cuota de ansiedad cuando el sujeto considera encontrarse sometido a la evaluación de los demás mientras realiza una acción determinada. Estos autores definen esta cuota de ansiedad como una forma específica de reacción dentro del campo diverso de la angustia (Fernández Álvarez & Bogiazian, 2008). Posteriormente con la publicación del DSM-III (1980) se define a la ansiedad social como una entidad psicopatológica dentro del amplio espectro de los trastornos de ansiedad. En dicho manual, se desarrolla una descripción de los indicadores de la ansiedad social en cuatro esferas de comportamiento: actuación en público, acudir a baños públicos, comer frente a otros y escribir ante los demás. Como podemos observar, la investigación en psicología y específicamente a lo que concierne al campo de la psicoterapia, desde sus comienzos, ha realizado amplios esfuerzos para abordar el estudio de la ansiedad social. Sin embargo, a partir de la etapa moderna de la práctica terapéutica (Fernández Álvarez, 2011) se han logrado demostrar cuáles son las técnicas terapéuticas efectivas derivadas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y diseños de tratamientos pertinentes para tratar la misma (Ballesteros y Labrador, 2018). A la presente, y a partir del DSM-V (APA, 2014) se realizaron cambios de relevancia en la conceptualización de la presentación clínica: la Ansiedad Social reemplazó a la noción de Fobia Social. Tal cambio trajo aparejado referencias disímiles, pues de tal modo la ansiedad social se extiende a una variedad de situaciones sociales no ceñidas a una focalización específica.

Los avances generados en tales direcciones permiten a la actualidad contar con una entidad clínica ostensible a los fines de poder distinguir cuándo esa experiencia común comienza a presentarse de forma desadaptativa y resulta menester sugerir intervenciones pertinentes. Es en tal sentido que la ansiedad social cobra relevancia en términos psicoterapéuticos, es decir, cuando es convocada a partir de la imposibilidad de una persona para desplegar adecuadamente sus recursos, generando malestar subjetivo o limitando su posibilidad de desarrollo personal implicando la afectación en su calidad de vida, es en tales presentaciones disfuncionales cuando podemos comenzar a hablar de Trastorno de Ansiedad Social.

2. Desarrollo

2.1 Conceptualización y descripción de la Ansiedad Social.

Como se ha introducido anteriormente, la Ansiedad Social se integra en el espectro de los trastornos de ansiedad, centrándose en el miedo a la evaluación negativa que puede experimentar una persona en distintas situaciones de relación/actuación social (Olivares, 2009). Ante estas situaciones la persona se siente

insegura, experimentando sensaciones muy intensas y desagradables que terminan incidiendo de manera notable en su vida cotidiana (APA, 2000). En términos epidemiológicos Kessler y colaboradores (2012) establecen que en los Estados Unidos la prevalencia del TAS a lo largo de la vida, para la población adulta alcanzaba el 13 %. En cuanto a nuestro país, Cía, y su equipo (2018) desarrollo una investigación donde se identifica una prevalencia del 2,6% a lo largo de la vida, en tanto Stagnaro y colaboradores (2018) refieren una prevalencia en el año de publicación del artículo en la población argentina de un valor del 1,3 %.

En consonancia con lo comentando previamente, en las relaciones sociales, las personas corrientemente intentan satisfacer con sus acciones las expectativas de los demás. Este intento puede generar circunstancialmente en los individuos cierto miedo a ser rechazados (Fernández Sogorb et. al, 2012). Sin embargo, cuando los sujetos presentan ese miedo a actuar poniéndose en evidencia, de forma aguda y constante, se dice que padecen de Fobia social –ahora denominada, como se dijo, Ansiedad Social- (APA, 2013). Tanto el DSM-5 (APA, 2014) como el CIE-11 (OMS, 2018) caracterizan los problemas de Ansiedad Social como un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. De esta forma, la percepción de la ineficacia de las propias actuaciones puede estimular a las personas ansiedad anticipatoria ante una o más situaciones sociales, introduciéndose así en un círculo en el que los fracasos que obtiene socialmente le van generando más temores anticipatorios. Como uno de los aspectos más relevantes de la presentación clínica, se puede nombrar la *actitud de evitación* ante situaciones sociales específicas o generalizada (véase apartado 2.2) que provoca una incapacidad casi total para relacionarse (Caballo, Salazar, García-López e Irurtia, 2014), en tal sentido se puede conceptualizar un espectro dimensional de la misma. La evitación es considerada uno de los factores de mantenimiento del trastorno (véase Fernández Álvarez, 2008), aspecto común con otros trastornos de ansiedad.

2.2. Evaluación

En la actualidad existen distintos instrumentos que permiten una adecuada evaluación de la presentación citada. Existe una extendida producción evaluativa, entre ellas: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (1987); Social Anxiety Screening Questionnaire (Sordschal, Vythilingum & Stein, 2012); El Social Phobia Inventory (SPIN; Connor *et al.*, 2000). En tal caso, cabe reconocer que la *entrevista clínica* es el método más común y conveniente, claro está, no solo para tal presentación clínica. Las entrevistas permiten la generación de la alianza terapéutica, un diagnóstico preciso y diferencial al tiempo que permite evaluar patrones sintomáticos.

2.3. Diagnóstico

Desde la brevedad del tiempo, y a partir del avance y complejización de los procesos de conocimientos sobre las presentaciones clínicas, ha resultado necesario incluir la dimensionalidad como una ventaja que permite una distinción más clara de la ansiedad social y la afectación de la misma. Existen formas normales que van desde la vergüenza y la timidez hasta formas y grados elevados de severidad, ejemplo, manifestaciones focalizadas características de fobias específicas (hoy llamado TAS de performance) hasta modos de funcionamiento más extendidos que involucran mayores grados de interferencia e inhibición en las personas. En ocasiones podrían alcanzarse un diagnóstico de Trastorno Evitativo de la Personalidad (TEP) (Fernández Álvarez y Bogiaizian, 2008). Este último diagnóstico comparte varios puntos en común con el TAS, de hecho no son concebidas como entidades clínicas independientes: en ambos casos se encuentra una hipersensibilidad a la evaluación negativa. La principal diferencia radicaría en los niveles de severidad que ostenta el cuadro, siendo mayores en el segundo, caracterizado por una rigidez en los

patrones, ambivalencia respecto a los aspectos positivos de la interacción interpersonal, y un predominio de la evitación como estrategia de afrontamiento (Ortiz, García, Fargallini & Fernández Álvarez, 2019).

2.4. Factores etiológicos

Para referir a la etiología, al presente los aportes de avanzada refieren más bien a *factores predisponentes* para el desarrollo del TAS (Ortiz, García, Fargallini & Fernández-Álvarez, 2019). Concebir factores predisponentes, nos permite comenzar a vislumbrar los *factores de vulnerabilidad bio-psico-social*, que hacen a la evolución del TAS. En tal caso, se reconoce el *temperamento*. Al tono con las perturbaciones emocionales, se identifican personas que padecen de ansiedad social caracterizadas por tener un acentuado rasgo de afectividad negativa, concomitante con una inhibición comportamental y bajas puntuaciones en extraversión.

Los *factores familiares* son considerados un aspecto relevante en tanto existen ciertos patrones familiares asociados al TAS. El grado de apertura al intercambio con otros, estilos de intercambio restringido hacia dentro de la familia, con pautas severas, crítica elevada son algunos de los componentes que permeabilizan el desarrollo del TAS.

No son irrelevantes los *factores sociales*, en tanto dentro de la cultura occidental de la que somos parte, actualmente prima la sobrevaloración de la extroversión acompañada de exaltación de la competencia y el individualismo en detrimento de lo grupal, aspectos que parecen ocupar un lugar importante en tanto aquellas personas que no se ajusten a los mismos expresarían factores de vulnerabilidad, dificultándose su inclusión en los espacios de desarrollo personal.

Por otro lado Ortiz, García, Fargallini & Fernández-Álvarez, (2019) reconocen también *esquemas tempranos y otros factores psicológicos de vulnerabilidad*, producto de la interacción entre los rasgos temperamentales básicos y las experiencias tempranas a partir de los cuales organizamos e interactuamos con el mundo. Dentro de esos particulares “modos de interpretación del mundo” que factibilizan la vulnerabilidad frente al TAS se encuentra una percepción de control disminuida frente a situaciones sociales, estilos de apego inseguro (de tipo evitativo-ambivalente) rasgos de perfeccionismo, creencias nucleares y repertorios comportamentales disfuncionales respecto a interacciones interpersonales específicas, así como patrones de dominio, autoestima, reconocimiento y autoafirmación.

Cabe aclarar que, poseer factores de vulnerabilidad no resulta suficiente para el desarrollo de un trastorno, mas son predisponentes pero tan solo con ellos no basta. En tal dirección habrá que poder incluir factores desencadenantes y también factores de mantenimiento.

2.5 Modelos Teóricos

En la literatura sobre el tema se pueden rastrear diferentes modelos teóricos que conceptualizan dinámica y funcionamiento del TAS. A continuación, se detallan algunos de los modelos teóricos más relevantes.

-Modelo de Botella, Baños & Perpiñá:

Este modelo tiene en cuenta los aportes de Marks (1987), Barlow (1988) y Trower & Gilbert (1989). Según Trower & Gilbert (1989), la ansiedad social surgiría de la activación de primitivos sistemas de valoración/respuesta evolucionados para hacer frente a amenazas intra-especie. Estos dos sistemas son: el de defensa y el de seguridad. Este modelo, además de reconocer estas variables filogenéticas, tiene en cuenta aspectos biológicos (disfunciones de diversos sistemas de neurotransmisión), variables familiares (estilos de crianza, modelado, escaso contacto social, etc.), sociales (valores culturales, como el éxito o reconocimiento social), de personalidad (introversión y neuroticismo), temperamentales (inhibición

comportamental) y de aprendizaje (déficits en habilidades sociales y ansiedad condicionada). A su vez, algunos procesos cognitivos, como atención, interpretación, entre otros, juegan rol importante en la vulnerabilidad y mantenimiento de este trastorno. Las personas diagnosticadas con TAS presentan sesgos en situaciones sociales que llevan a sobrestimar probabilidad de peligro. Otro papel relevante es el de los esquemas que guían la conducta de la persona, desarrolladas en el modelo de Clark & Wells (1995). Según este modelo, la persona elabora una representación mental de ella misma, tal y como ella cree que es vista por los demás. Compara la representación mental de sí misma y la que cree que tiene los demás con criterios de evaluación negativa, de modo tal, experimentará ansiedad mediante síntomas fisiológicos, cognitivos y comportamentales. Por ende, intentará protegerse de la situación social, evitaría la situación y utilizará conductas de seguridad. La persona queda atrapada en un círculo vicioso donde cada vez obtiene más evidencia confirmatoria de sus supuestos previos y no se da oportunidad de comprobar temores infundados.

-Modelo de Clark & Wells:

El modelo de Clark & Wells (1995) presenta mecanismos implicados en el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad ante la mirada de los otros. Dentro de los mecanismos de surgimiento se encuentran: reglas rígidas para la ejecución social, supuestos disfuncionales que refieren a representaciones explícitas de las consecuencias catastróficas de comportarse de una cierta manera y las creencias básicas negativas acerca de uno mismo. Con respecto al mantenimiento, se presentan tres procesos: procesamiento del sí mismo como objeto social, las conductas de seguridad y los síntomas de ansiedad cognitivos y somáticos. También señalan dos momentos: fase de procesamiento anticipatorio (previa a enfrentar la situación social) y fase de procesamiento posterior (cuando se vuelve sobre la situación y se plantea lo que debería haber ocurrido).

-Modelo de Heimberg, Brozovich & Rapee:

Este modelo se desenvuelve a través del concepto de *audiencia percibida o anticipada*, siendo el factor desencadenante de la reacción de ansiedad, en la medida que no requiere que se trate de una audiencia presente, cualquier persona puede convertirse en una audiencia temida en la mente de quien padece TAS con solo anticipar la situación. En tal caso tras ese evento cognitivo las personas se vuelven hipervigilantes en busca de señales que certifiquen los resultados. Esa composición se basará en señales ambientales o mismo en síntomas cognitivos conductuales y afectivos característicos de la intensidad ansiosa experimentada, en tanto las mismas ofician al modo de reforzamiento de la representación mental negativa. De hecho, aún cuando la evaluación de la audiencia sea positiva puede registrarse un reforzamiento del circuito de ansiedad, en la medida que se activa la creencia de que los otros tendrán la expectativa del mantenimiento de dichos estándares de rendimiento y el individuo se note incapaz de poder lograrlo.

Otro aspecto de actualidad es la inclusión del *procesamiento post-evento*, primariamente propuesto por Clark y Wells (1995) para dar cuenta del mecanismo mediante el cual el individuo con TAS revisa y recuerda sesgadamente la situación, alimentando así a las conductas de miedo y evitación futuras.

2.6. Tratamiento: Recursos Terapéuticos y Diseño

2.6.1 Recursos Terapéuticos

Actualmente existen tratamientos eficaces para la Ansiedad Social (Barlow, Allen y Basden, 2007; Powers, Sigmarsson y Emmelkamp, 2008; Taylor, 1996) como el entrenamiento en habilidades sociales, la relajación, la exposición, la terapia cognitiva y la combinación de exposición y terapia cognitiva, es decir,

terapia cognitivo conductual (TCC). Otros recursos terapéuticos que figuran en los programas de tratamientos más reconocidos (Rapee y Sanderson, 1998; Heimberg y Becker, 2002; Botella et al, 2003) son la psicoeducación, reestructuración cognitiva y refocalización de la atención.

La terapia cognitivo conductual suele posicionarse como intervención principal dentro de los tratamientos eficaces para el cuadro que nos convoca. En el caso de terapia combinada (psicoterapia y farmacología), se suele recomendar a la TCC como medio eficaz para enfrentar la discontinuidad de la medicación y el sostén de los resultados (Fernández Álvarez & Bogiazian, 2008).

2.6.2 Diseño

Fernández Álvarez (2015) confecciona un conjunto sugerencias y necesidades que disponen modos adecuados de tratamiento. Estas condiciones resultan del diagnóstico previo donde se pondera severidad de los síntomas, duración y grado de cronicidad de la perturbación, áreas afectadas de la vida del paciente, disposición (grado de reactancia), expectativas y experiencias terapéuticas precedentes del paciente. Las condiciones de diseño refieren a la extensión del tratamiento teniendo en cuenta grado de compromiso de la ansiedad social, tipos de intervención, formato de la terapia (individual o grupal) y estilo del terapeuta. Para obtener mayor información sobre el diseño de caso para abordaje es recomendable la lectura del modelo de integración en psicoterapia propuesta por la Fundación Aiglé en Argentina y más aún recientemente las "Guías clínicas", pertinentes al trabajo con ansiedad (véase Fernández Álvarez & Bogiazian, 2008; Fernández Álvarez, 2015 & Ortiz, García, Fargallini y Fernández Álvarez, 2019).

).

3. Conclusiones Finales

El estudio del TAS ha sido de gran interés desde los orígenes de la psicología como campo de investigación. Como se mencionó con antelación, los primeros destellos de conceptualización datan de comienzos del siglo XX. Muchas conceptualizaciones se han extendido y varios son los cambios acontecidos en un campo complejo como lo es la psicopatología. Como hemos visto, se ha derivado de una presentación entendida de forma focalizada a una forma más generalizada de la presentación donde la inclusión de la perspectiva dimensional permite integrar la normalidad con formas más graves de severidad que involucran la reducción de la calidad de vida y por ende, la implicación de la psicoterapia.

En tal dirección son diversos los modelos hipotéticos que intentan describir la forma en la que se asienta el TAS con su consecuente modelo de cambio. La evidencia en la actualidad tiende a concebir el modelo cognitivo-conductual con mayor referencia empírica para su intervención en pos de mejoras considerables en la forma de sobrellevar la vida de las personas que padecen TAS.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistics manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta ed). Washington, DC: Editorial Médica Panamericana.
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 345-368.
- Ballesteros, F. y Labrador, F. J. (2018). Análisis de las técnicas psicológicas utilizadas en el trastorno de fobia social en un centro sanitario de psicología. *Clínica y Salud*, 29, 71-80.
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, NY, US: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Basden, S. L. (2007). Psychological treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 351-394). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Botella, C., Perpiña, C., Baños, R. M. & García-Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiña (Eds.), *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 65-85). España: Paidós.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J. y Iruña, M. J. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): Características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A.
- Carroles (Dirs.). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2ª ed.) (pp. 183-217). Madrid: Pirámide.
- Chance, M. R. A. (1980). An Ethological Assessment of Emotion, in Plutchick, R.; Kellerman, H. (Eds.). *Emotion. Research, Theory and Experience*, Vol. 1. London: Academic Press.
- Cía, H., Stagnaro, J. C., Gaxiola, S. A., Vommaro, H., Loera, G., et. Al. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychological Association*.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Di Nardo, P. A., Brown, E. L. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM – IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. Albany, Nueva York: Gaywind Publications Incorporated.
- Fernández Álvarez., H, Bogiaizian, D. (2008). El miedo a los otros. Buenos Aires: Lumen.
- Fernández-Álvarez., H. (comp.). (2011). Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos. Buenos Aires: Polemos.
- Fernández-Álvarez., H. (comp.). (2015). Integración y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1977 – 2008. Buenos Aires: Desclee De Brouwer.
- Fernández-Sogorb, A., Aparicio-Flores, M., Granados, L., Aparisi-Sierra, D., & Inglés, C. J. (2012). Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Calidad de Vida y Salud*, 11(1), 30-36.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (2001). Social phobia: An information processing perspective. In S. Hofman & P. M. DiBartolo (Eds.), *From Social Anxiety to Social Phobia: Multiple Perspectives*, 268–280. Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Frost, R. O. (2001). Social phobia and its relationship to perfectionism, en S.G. Hofmann y P.M Di Bartolo (eds.): *From Social Anxiety to Social Phobia. Multiple Perspectives. Needham Heights: Allyn and Bacon*, pp. 86-106.
- García-García, Emilio & Rosa-Alcázar, Ana & Olivares, Pablo José. (2011). Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia psicológica*. 29. 233-243.
- Heimberg, G., Richard & S. Holt, Craig & Schneier, Franklin & L. Spitzer, Robert & Liebowitz, Michael. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*. 7. 249-269.
- Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (1995). Diagnostic issues. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 3-20). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Rapee, R. M., & Turk, C. L. (2002). A Cognitive-behavioral formulation of social phobia. In R. G. Heimberg, & R. E. Becker (Eds.), *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia* (pp. 93-106). New York, USA: Guilford Press.

- Hofmann, H. G., Heinrichs y Moscovith D.A. (2004). The Nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 24, 769-797.
- Hofmann, Stefan. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: A Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive behaviour therapy*. 36. 193-209.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(1), 63-77.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: F. Alcan.
- Kagan, J.; Reznick, J. S., & Snidman, N. (1998): Biological bases of childhood shyness, *Science*, N. ° 240, pp. 167-171.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, M. A., Zaslavsky, A, M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States, *Intentional Journal of Methods in Psychiatric Research* 21(3), 169-184.
- Leary, M. R. & Kowalski, R. M. (1995a): *Social Anxiety*. Nueva York. Guilford Press.
- Marks, I. M. (1987): Fears, Phobias, and Rituals. Nueva York: Oxford University Press. Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966): Different ages of onset in varieties of phobias, *American Journal of Psychiatry*, N° 123, pp. 218-221.
- McNeil, D. W. (2001): Terminology and evolution of constructs in social anxiety and social phobia, en S. G Hofmann y P. M. Di Bartolo (eds.): *From Social Anxiety to Social Phobia*, Needham Heights: Allyn and Bacon, pp. 8-19.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 123-134.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (1995). Conditioning and ethological models of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en la población infanto-juvenil de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40, 7-21.
- Ortiz, C. V., García, F. S., Farfallini. L. & Fernández-Álvarez, H. (2019). *Conceptualización y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Guías Clínicas*. Fundación Aiglé, Editorial, AKADIA. Buenos Aires, Argentina.
- Powers, Mark & R. Sigmarsson, Snorri & Emmelkamp, Paul. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychological Treatments for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 1. 94-113.
- Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Pemos.
- Ruscio, A.M., Brown, T.A., Chiu, W.T., Sareen, J., Stein, M.B. and Kessler, R.C. (2008) Social fears and social phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.
- Stagaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola. S., Vázquez, N., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 53(2), 121-129.
- Taylor, Steven. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 27. 1-9.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9(1), 19-35.
- Van Ameringen, Michael & Mancini, Catherine & Farvolden, Peter. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 561-571. *Journal of anxiety disorders*. 17. 561-71.
- Watson, David & Friend, Ronald. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 33. 448-57.
- World Health Organization (WHO) (2018). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Recuperado de: <http://icd.who.int/browse11/-m/en>