

## Lo que predispone a la fobia social: la vulnerabilidad

### 1. LO QUE PREDISPONE A LA FOBIA SOCIAL: LA VULNERABILIDAD

Distintos factores pueden influir negativa o positivamente en la génesis y mantenimiento de la **Fobia Social (FS)**. Unas personas pueden ser más vulnerables que otras en el padecimiento del trastorno, de acuerdo con la naturaleza de su historial de aprendizaje, del modelo educativo de los padres, de la influencia de los compañeros/as y amigos/as, de su personalidad, etc. Veamos cuales son dichos factores de vulnerabilidad.

#### 1.1. ACTITUD Y PATRONES DE CONDUCTA DE LOS PADRES

Tal y como señalan Bögels, Van Oosten, Muris y Smulders (2001) dos son las razones por las que debe prestarse atención a la contribución de la familia en la etiología de la fobia social. La primera de ellas se refiere a la edad temprana en que se presenta el trastorno. La segunda es que la familia constituye el primer contexto en el que se aprende la conducta social y en su seno se desarrollan las interacciones que darán lugar a la conformación del ser social.

Con respecto a las actitudes y los patrones de conducta que los padres ejercen de manera influyente en sus hijos se han desarrollado numerosos estudios, (p. ej. Eisenberg, Gershoff, Fabes, Shepard, Cumberland, Losoya, Guthrie y Murphy, 2001; entre otros), que indican que las relaciones interpersonales del niño se ven afectadas negativamente por la carencia de afecto, por el escaso apoyo emocional y por las actitudes de sobreprotección de los padres, tal y como señaló Parker (1979). En un estudio de Putallaz y Heflin (1990), se halló que las relaciones afectivas de los padres hacia sus hijos y la transmisión de

seguridad de estos constituían un buen pronóstico en el establecimiento posterior de relaciones positivas con iguales por parte del niño. Los estudios de Attili (1989) y de Hinde y Tamplin (1983) informaron que el cariño y el comportamiento afectivo de la madre hacia el hijo estaban asociados positivamente con el comportamiento prosocial de los niños con otros compañeros. En un estudio posterior realizado por Rapee (1997) encontró que la sobreprotección de la madre hacia el hijo era un factor de vulnerabilidad más importante que la falta de cariño.

Todas estas actitudes familiares intervienen en la génesis y en el mantenimiento de las respuestas de ansiedad social. A este respecto caben señalar anteriores estudios realizados por Parker (1979) basándose en el recuerdo que los sujetos adultos con FS tenían acerca de cómo les educaron sus padres. Los resultados hallados informaron que los padres de hijos con FS mostraban actitudes de mayor control sobre el comportamiento de los hijos y expresaban menos afecto que los padres de hijos sin ningún trastorno de conducta.

Los sujetos con FSG informaban de una mayor preocupación de los padres acerca de la opinión que los demás poseían acerca de ellos, una menor sociabilidad familiar (número escaso de relaciones sociales de sus padres con otros miembros de la familia, amigos, etc.), y un mayor aislamiento social (Bruch y Heimberg, 1994).

Los sujetos con ansiedad social presentaban un mayor índice de sobreprotección. Recordaban a sus madres como más sobreprotectoras en su infancia comparándose con el grupo control. Tanto los sujetos con FS como sus madres recordaban a los padres como poco sociables.

Existe una relación entre la inhibición conductual como una forma precoz de fobia social y una actitud crítica de las madres con respecto a sus hijos afectados por FS. Dicha actitud fue considerada como un factor de vulnerabilidad para desarrollar el trastorno de FS (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone y Rosenbaum, 1997).

Algunas conductas de los padres como la sobreprotección (sobreprotección de la madre y percibida por los hijos) puede predecir la ansiedad social en la infancia, aunque existen datos contradictorios al respecto (Rapee y Melville, 1997).

Por otra parte, las conductas de los padres en las interacciones sociales futuras de los hijos con el grupo de iguales tienen su influencia en el desarrollo y/o mantenimiento de la fobia social de los hijos. Encontraron que las madres de los niños ignorados por sus compañeros diferían en el tipo de instrucciones que daban a sus hijos con respecto a las madres cuyos hijos eran populares entre sus iguales. Las primeras ofrecían más cantidad de instrucciones orientadas hacia la actividad a realizar y facilitaban menos la inclusión de su hijo en el grupo. Estas madres no presentaban un modelo sobre cómo debían integrarse en el seno del grupo de niños, por lo que el hecho de ser ignorados por los compañeros, podría ser explicado por este factor de ausencia de modelado (Finnie y Russell, 1988).

Los padres de los niños ignorados manifestaban un menor compromiso afectivo en el juego frente a los padres de los niños que eran populares. Asimismo, aquellos padres de

los niños que cumplían los criterios de fobia social presentaban un estilo de personalidad más rígido y un ambiente familiar más restrictivo (MacDonald, 1987). Las madres que eran tímidas o presentaban fobia social evitaban exponer a sus hijos a situaciones sociales, debido al propio malestar que a ellas mismas les ocasionaban estas interacciones (Daniels y Plomin, 1985).

Los padres de niños ansiosos (incluidos los niños con FS) con frecuencia refuerzan las conductas de evitación y no propician o desalientan las conductas de exposición de sus hijos ante la situación social, tal y como informaron Dadds, Barrett, Rapee y Ryan (1996) y Barrett, Rapee, Dadds y Ryan (1996). La expresión denominada "Trampa de la protección" (Trap protection) (Silverman y Kurtimen, 1996) para denominar la tendencia de los padres a la protección de sus hijos ante la exposición a aquellos objetos o situaciones que pueden provocar ansiedad o malestar psicológico. Sobre esta conducta de los padres, la "sensibilidad a la evaluación social negativa" está provocada por los padres por medio de actuaciones que modelan en gran parte el comportamiento de sus hijos e incrementan las respuestas de ansiedad ante situaciones de evaluación social que son vividas como estresantes y por ello son evitadas, tal y como afirma Reiss (1991) (citado en Ballesteros y Conde, 1999).

- ❏ Escaso apoyo y/o afecto emocional de los padres hacia sus hijos.
- ❏ Sobreprotección de los padres hacia sus hijos.
- ❏ Percepción de los sujetos con FS acerca de sus padres (controladores y poco afectuosos).
- ❏ Escasa sociabilidad familiar (número reducido de contactos con otros miembros de la familia, amigos, etc).
- ❏ Elevada preocupación de los padres por la opinión de los demás.
- ❏ Uso de la vergüenza como tratamiento para la modificación de la conducta de sus hijos.
- ❏ Instrucciones orientadas a la tarea, proporcionadas por las madres de niños con FS.
- ❏ Restricción de situaciones sociales de exposición proporcionadas por los padres.
- ❏ Evitación de situaciones sociales temidas por sus hijos y/o ellos(as) mismos(as).
- ❏ Reforzamiento de las respuestas de evitación y/o escape generadas por sus hijos ante situaciones sociales.
- ❏ "Trampa de la protección".
- ❏ Menos verbalizaciones, menos feedback positivo y más feedback negativo en niños con FS y sus padres.

Tabla 1. Resumen de los resultados de los estudios que analizan las variables implicadas en la relación entre las actitudes y patrones de conducta de los padres y la presencia de ansiedad social en sus hijos.

Resumiendo lo expuesto, y de acuerdo con lo indicado por Beidel y Turner (1998) podemos concluir que los patrones de conducta de los padres pueden afectar al hijo, al menos de tres modos:

- 1) Mediante la herencia genética de los padres a hijos de la vulnerabilidad a presentar ansiedad social.
- 2) Influencia coercitiva sobre la capacidad del hijo a acceder a situaciones sociales, lo que conlleva patrones de aislamiento y evitación social en éste último.
- 3) A través de la proyección de los propios miedos y ansiedades al hijo como modelado (aprendizaje observacional) o mediante la simple transmisión de información negativa acerca de la interacción social.

## 1.2. INFLUENCIA DE LOS PARES E IGUALES

En el desarrollo social a lo largo de la infancia y la adolescencia las relaciones con los iguales son muy importantes, tal y como ha sido puesto de manifiesto por numerosos autores (Parker y Asher, 1987; entre otros).

A la edad de 6 y 7 años, el contexto escolar es el escenario en el que se comparten la mayor parte de las horas de la jornada en actividades de aprendizaje y de juego con compañeros de clase, aumentando esta tendencia a relacionarse con los iguales conforme se alcanza la adolescencia (La Greca y Prinstein, 1999).

Las deficitarias relaciones sociales con los iguales como las experiencias negativas, aversivas o de exclusión generan ansiedad social tal y como afirma La Greca (2001) y los sentimientos experimentados por dicha ansiedad social pueden dar lugar a la inhibición comportamental en las relaciones con los iguales, habida cuenta de la necesidad que las interacciones sociales positivas son fundamentales en el desarrollo socio-emocional satisfactorio en la infancia (p. 163). Las interacciones negativas tempranas con los grupos de iguales pueden sensibilizar al niño al costo que comporta la evaluación negativa cuando participa de las interacciones sociales (Roth, Coles y Heimberg, 2001).

Existe una relación entre la ansiedad social y el comportamiento interpersonal de los jóvenes con sus iguales. Quienes presentan ansiedad social son menos aceptados y valorados por sus compañeros (Strauss, Frame y Forehand, 1987). La ansiedad social merma la capacidad para establecer y mantener relaciones de amistad y de pareja, tal y como han puesto de relieve estudios como los de Rubin, Le Mare y Llois, (1990) y los de Turner, Beidel, Dancu y Keys, (1986), siendo especialmente relevante este deterioro en el caso de las chicas adolescentes.

- ☐ Menor aceptación social.
- ☐ Menor valoración social.
- ☐ Menos atractivos para el sexo opuesto.
- ☐ Mayor dificultad para establecer amistades.
- ☐ Mayor dificultad para establecer una relación de pareja.

Tabla 2. Consecuencias a nivel de relaciones interpersonales para los sujetos con ansiedad social.

Los sujetos que han sido identificados como personas rechazadas manifiestan que tienen un elevado miedo a ser evaluados negativamente (Inderbitzen et al., 1997). El miedo a la evaluación negativa (FNE) puede ser un constructo relevante para la distinción entre los adolescentes sumisos rechazados frente a los que son solamente ignorados por los iguales.

Con respecto al género, los estudios de La Greca (1999) han puesto de manifiesto que la opinión que los demás tienen de uno mismo es más relevante en las chicas adolescentes. A éstas, les preocupa más la evaluación que sobre ellas tienen los demás. Asimismo, tienen menor número de amigos, perciben un menor apoyo emocional y muestran una menor intimidad o confianza entre ellas mismas y también entre los chicos. Sin embargo, tal y como señalan, (La Greca y López, 1998) no parece existir una correlación negativa entre el hecho de presentar un diagnóstico de fobia social y la calidad de sus relaciones con los demás.

Aún a pesar de estas evidencias presentadas acerca de la influencia de los iguales en el desarrollo de la fobia social, no se puede establecer con claridad si este trastorno contribuye a desarrollar unas relaciones sociales más deficitarias con el grupo de iguales, o si, por otra parte, pudiera ser atribuible a una escasa competencia social en la adquisición y exhibición de las habilidades sociales la causa por la cual se produjese la limitación del sujeto en las interacciones con los demás y, como consecuencia, contribuyese a desarrollar su trastorno fóbico. Como consecuencia de ello, resulta razonable postular que el hecho de que un sujeto sea ignorado o rechazado por los iguales podría ser un factor que predisponga a desarrollar fobia social en la edad adolescente y adultez, tal y como señalan Frankel (1990) e Ishiyama (1984), perdiéndose nuevas oportunidades para relacionarse y manteniéndose de este modo el trastorno (Rubin et al., 1990).

### 1.3. LA PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad asociados a la fobia social que han sido estudiados son *el neuroticismo y la extraversión*, habiéndose constatado que un alto nivel en el primero y un bajo nivel en el segundo (o lo que es lo mismo, una alta introversión) estaban asociados a la fobia social. (Amies et al, 1983); (Darwill, Johnson y Dank, 1992); (Heiser, Turner y Beidel, 2003; Trull y Sher, 1994; y Watson, Clark y Carey, 1988).

Los sujetos con FSG obtienen puntuaciones estadísticamente más bajas en extraversión y más altas en neuroticismo. Los sujetos con fobia social Específica presentaban un mayor nivel de neuroticismo.

#### 1.4. INHIBICIÓN CONDUCTUAL

La Inhibición Conductual (en lo sucesivo, IC) se ha conceptualizado como una variable temperamental que tiene un inicio temprano que se caracteriza por generar timidez, retraimiento y evitación social, inquietud o malestar social, así como miedo ante la presencia de la gente, objetos y/o situaciones desconocidas (García-Coll, Kagan y Reznick, 1984). La IC constituye un factor de vulnerabilidad para desarrollar la fobia social, tal y como informaron los resultados encontrados en los estudios de Hayward, Killen, Kraemer y Taylor (1998). Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García-Coll (1984), informaron que la persona que manifiesta dichos indicadores conductuales presenta respuestas ante estímulos novedosos caracterizadas por la excesiva actividad del Sistema Nervioso Simpático y muestra comportamientos de evitación, incrementándose la latencia de su interacción con los demás.

El hecho de presentar IC en la niñez constituye un factor de riesgo para desarrollar posteriormente (adolescencia y adultez) trastornos de ansiedad social, siendo la fobia social uno de ellos (Schwartz, Snidman y Kagan, 1999).

De acuerdo con lo expuesto, si la fobia social tuviese una transmisión familiar como consecuencia de una vulnerabilidad genética, la IC podría ser la manifestación de un substrato biológico que se encontraría en la base de la génesis y desarrollo de la FS (Hayward et al. 1998).

En estudiantes universitarios, las puntuaciones de IC son significativamente más elevadas en quienes presentan ansiedad social que en quienes presentan trastornos de ansiedad generalizada y, también más altas que en el grupo control, tal y como indican los resultados ofrecidos por Mick y Telch (1998).

Finalmente, y en acuerdo con lo expresado por Turner, Beidel y Wolff (1996), concluimos acerca del papel que ejerce la IC como factor predisponente en la fobia social manifestando que aunque la Inhibición Conductual pueda ser un posible indicador objetivo en la génesis de los trastornos de ansiedad, incluida la propia fobia social, por sí sola no parece tener la suficiente entidad como para considerarla, ni como suficiente ni como necesaria para que se generen dichos trastornos.

#### 1.5. TIMIDEZ Y FOBIA SOCIAL

La descripción del constructo de timidez todavía no tiene un consenso entre la comunidad científica (Van der Molin, 1990). El término timidez ha sido ampliamente utilizado desde el ámbito de la profesionalidad y desde el ámbito de la divulgación

científica para describir a aquellas personas que son "reticentes sociales", sin que se haya producido una operacionalización del término. Sin embargo, sí parece que existe cierta unanimidad en considerar que las personas tímidas presentan un temperamento reservado, más que un trastorno de conducta y/o de personalidad.

Caballo delimita la timidez como *"La propensión a responder con una elevada ansiedad, una notable conciencia de sí mismo y retraimiento en una serie de contextos sociales"* (1995, p. 305) y *"Patrón de conducta caracterizado por déficit de relaciones interpersonales y una tendencia estable y acentuada de escape o evitación del contacto social con otras personas"* (Monjas y Caballo, 2002; p. 275) y, en segundo lugar, Pastor y Sevillá (2000, p. 32) consideran que la timidez podría definirse como *"Un miedo social moderado donde el nivel de malestar fisiológico y cognitivo no es muy alto y las conductas de seguridad (respuestas de evitación pasiva) que se ponen en marcha son muy limitadas"*.

La timidez y la fobia social comparten muchos síntomas psicofisiológicos, cognitivos y conductuales. Tanto los sujetos con uno y otro "trastorno" presentan una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo en las situaciones sociales. Estos indicadores psicofisiológicos se manifiestan a través de una elevada tasa cardíaca, rubor y/o sudor. Asimismo comparten ambos, la presencia de déficits en habilidades sociales, la evitación de las interacciones sociales y distorsiones cognitivas que ponen de relieve el temor a la evaluación negativa de los demás. Estos son, pues, los componentes que la timidez y la fobia social comparte como características comunes (Zimbardo, 1977).

A pesar del solapamiento sintomático entre timidez y fobia social, son diferentes las tasas de prevalencia existentes entre ambos constructos. Estas tasas oscilan entre un 20 % y un 48 % para la timidez (Carducci y Zimbardo, 1995, entre otros). La timidez y la fobia social no solamente difieren en las tasas de prevalencia, sino que existen otros elementos que las distinguen, así, por ejemplo, la timidez es a menudo una condición transitoria, mientras que la fobia social presenta un curso crónico y sin remisión. No obstante, no existe evidencia empírica que pruebe la existencia de la relación entre timidez y fobia social.

A la luz de los resultados obtenidos por los estudios citados, se ha hipotetizado acerca de la existencia de un continuum de ansiedad, en cuyos extremos se situarían: en uno de ellos el menor grado de ansiedad, que podría ser calificado como timidez y, en el extremo opuesto, se situaría el máximo nivel de ansiedad, que se correspondería con el más alto grado incapacitante de FSG o TPE.

En esta misma línea se ha formulado una segunda hipótesis que postula lo siguiente: La timidez y la FS son esencialmente lo mismo. Esto es sustentado por Rapee (1998) quien afirma que *"Muchos términos han sido usados para describir la timidez, incluyendo el de fobia social, ansiedad social, trastorno de personalidad por evitación [...] todos ellos se refieren básicamente a la misma cosa"*. Una tercera hipótesis se añade a las anteriores. Se trata de la que afirma el carácter opuesto que tienen ambos constructos. Ambas

condiciones, la timidez y la FS son completamente diferentes. Esta hipótesis es postulada por Carducci (1999), quien aduce que la timidez es una característica de la personalidad y no una enfermedad mental, y es por este motivo por el que no está incluida en el DSM-IV, tal y como ocurre con la fobia social o el TPE. Por último, se propone una cuarta hipótesis que sugiere la existencia de un solapamiento entre timidez y fobia social, aunque esta última es un constructo mucho más amplio, a juicio de Heckelman y Schneier (1995).

Finalmente, hemos de poner de relieve que la timidez se ha empleado para la descripción de un patrón de reticencia asociado a las situaciones sociales, a la inhibición o el rechazo a acceder o comprometerse en las interacciones sociales del sujeto, sin que por ello deba entenderse que el sujeto sea tímido o presente un diagnóstico de fobia social, tal y como señala Stein (1996). A estos elementos deben considerarse otros tales como el malestar psicológico o el grado de interferencia que ocasiona en la vida personal, familiar y/o laboral del sujeto. Sin embargo, y pese a todo lo manifestado, no existe evidencia que pruebe que la timidez infantil pudiera convertirse a largo plazo en un trastorno de fobia social. Aunque la timidez puede contribuir a desarrollar el trastorno de FS, no se considera que sea un factor necesario para ello (Beidel y Turner, 1999).

En esta misma línea se manifiestan Monjas y Caballo (2002) al afirmar que *"Actualmente la relación entre la timidez en la infancia y la fobia social en la vida adulta no está del todo clara"* (p. 277). Por todo ello, mantenemos la cautela de hipotetizar acerca de su relación sin poder probar, a la luz de las investigaciones realizadas, las verdaderas relaciones objetivas que pudieran existir entre timidez y fobia social.

## 1.6. HABILIDADES SOCIALES

Numerosas han sido las definiciones ofrecidas por diversos autores acerca del constructo Habilidades Sociales. En las líneas que siguen se ofrecen algunas de ellas.

Bornas y Tortella (1998) entienden las habilidades sociales como un *"Conjunto de respuestas básicas que hacen posible iniciar, mantener y acabar conversaciones, expresar ideas o sentimientos, pedir favores o informaciones a otras personas, hacer peticiones concretas, rechazar peticiones poco razonables, etc."* (p. 248).

Desde una perspectiva molecular, Caballo (1995) ofrece la siguiente definición de habilidad social: *"Una respuesta socialmente habilidosa sería el resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y terminaría con la emisión aproximada o expresión manifiesta de la opción escogida"* (p. 13).

Desde estas definiciones y desde el modelo explicativo de su aprendizaje, se ha postulado que la persona con escasas habilidades sociales experimenta un nivel de



ansiedad ante la exposición social que le dificulta sus relaciones interpersonales y propicia el desarrollo del trastorno de ansiedad social al autoperibirse como menos competente que los demás para desenvolverse socialmente.

La causas de estos déficits en habilidades sociales se encuentran en la insuficiencia o inadecuación de alguno de los factores de aprendizaje que tienen lugar durante el proceso de socialización, que actuarían como factores de vulnerabilidad en la génesis de la fobia social. De este modo, una vez instaurado el trastorno de ansiedad, éste tiende a mantenerse ante la ausencia de modelos sociales adecuados de actuación en el entorno del sujeto, la inadecuación del proceso de socialización del niño, las condiciones de aislamiento social o el hecho de no obtener consecuencias positivas por la emisión de conductas prosociales.

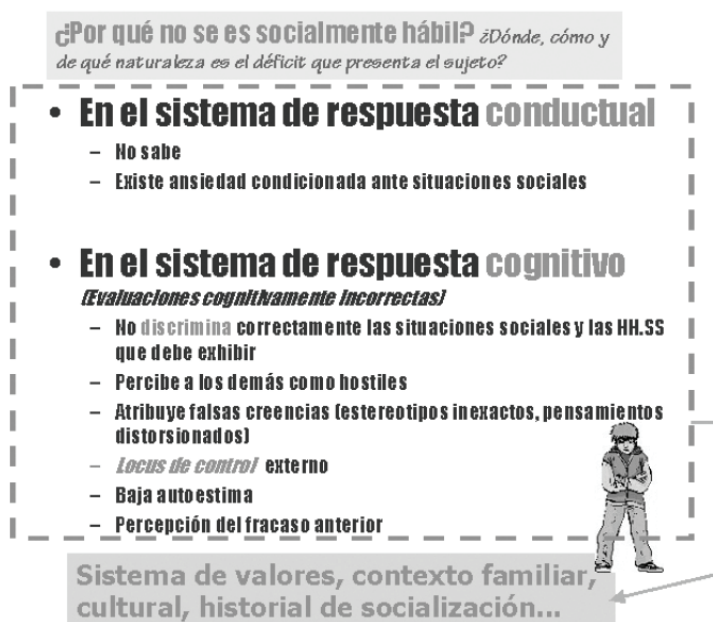


Gráfico 1. Modelo de inhabilidad social.

La predictibilidad de trastornos de ansiedad, de soledad y de depresión puede realizarse, de modo muy discreto, a partir del déficit en habilidades sociales (Segrin, 1999). Las personas con dificultades en su competencia social constituyen una población de riesgo para desarrollar en un futuro trastornos de fobia social y episodios de soledad. La ansiedad social ha sido relacionada profusamente con carencias o deficiencias en la competencia social del sujeto.

FACTOR	CONDUCTA NEGATIVA
ACTITUD Y PATRONES DE CONDUCTA DE LOS PADRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carencia de afecto</li> <li>• Escaso apoyo emocional</li> <li>• Actitudes de sobreprotección</li> <li>• Actitudes de mayor control sobre el comportamiento de los hijos</li> <li>• Preocupación excesiva de los padres acerca de la opinión que los demás poseían acerca de ellos</li> <li>• Escasa sociabilidad familiar</li> <li>• Actitud crítica hacia el comportamiento social del hijo</li> <li>• Uso de la vergüenza como tratamiento para la modificación de la conducta de sus hijos</li> <li>• Evitación de situaciones sociales temidas por sus hijos y/o ellos(as) mismos(as) (Trampa de la protección)</li> <li>• Reforzamiento de las respuestas de evitación y/o escape generadas por sus hijos ante situaciones sociales</li> <li>• No enseñar cómo integrarse en el seno del grupo de niños (ausencia de modelado)</li> <li>• Estilo de personalidad más rígido y un ambiente familiar más restrictivo</li> <li>• Timidez de los padres</li> <li>• Desalentar las conductas de exposición de sus hijos ante la situación social</li> <li>• Menos verbalizaciones, menos feedback positivo y más <i>feedback</i> negativo en niños con FS y sus padres</li> </ul>
INFLUENCIA DE LOS PARES DE IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones sociales deficitarias (experiencias negativas, aversivas o de exclusión generan ansiedad social)</li> <li>• Inhibición comportamental debido a sentimientos negativos</li> <li>• Exclusión/rechazo e infravaloración de los compañeros/as</li> <li>• Dificultad para establecer amistades/relaciones de pareja</li> </ul>
LA PERSONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto nivel de neuroticismo y bajo nivel de extraversión (introversión elevada)</li> </ul>
INHIBICIÓN CONDUCTUAL (Variable temperamental)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timidez, retraimiento y evitación social</li> <li>• Inquietud o malestar social</li> <li>• Miedo ante la presencia de la gente</li> <li>• Excesiva actividad del Sistema Nervioso Simpático</li> </ul>
TIMIDEZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta activación del Sistema Nervioso Autónomo en las situaciones sociales (elevada tasa cardíaca, rubor y/o sudor)</li> <li>• Déficits en habilidades sociales</li> <li>• Evitación de las interacciones sociales</li> <li>• Distorsiones cognitivas</li> <li>• Temor a la evaluación negativa</li> <li>• La timidez es a menudo una condición transitoria de la FS</li> <li>• La timidez no se considera que sea un factor necesario para la FS</li> </ul>
HABILIDADES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona con escasas habilidades sociales experimenta un nivel de ansiedad ante la exposición social</li> <li>• Auto percepción de incompetencia social</li> <li>• Proceso de socialización deficitario (condiciones de aislamiento social, no obtener consecuencias positivas por la emisión de conductas prosociales)</li> </ul>

## 2. RESUMEN

Seis han sido los grupos de variables analizadas en las páginas anteriores como factores de vulnerabilidad. La primera de ellas, las actitudes de los padres acerca de sus hijos. Sobre ella se han encontrado evidencias en factores como la escasa expresión de afecto o apoyo emocional hacia los hijos, la sobreprotección. Ambos pueden ser variables predisponentes para desarrollar la fobia social, existiendo diferencias en función del subtipo del trastorno. Del mismo modo, contribuiría a su mantenimiento el tipo de instrucciones que los padres les transmiten y el reforzamiento que hacen de las conductas de evitación social emitidas por sus hijos.

La segunda variable que se ha analizado ha sido la influencia que ejercen los iguales. Los resultados hallados informan, aunque con matices, que existe una relación entre la ansiedad social y el que los iguales les ignoren o rechacen. Esta correlación es mayor cuando son evaluados independientemente aspectos de la fobia social como "miedo a la evaluación negativa" y "evitación de las situaciones sociales". La primera parece

correlacionar más con el rechazo de los demás hacia los iguales que presentan ansiedad social, y la segunda se relaciona con el hecho de que los iguales le ignoren.

El **tercer grupo** de variables presentadas ha sido el referido a **los rasgos de personalidad**. Existe una clara correlación entre la ansiedad social y la baja extraversión y alto neuroticismo, aunque esta relación no aparece tan clara con la extraversión cuando se trata de la fobia social Específica.

La **cuarta variable** examinada ha sido la **Inhibición Conductual (IC)**. Las relaciones existentes entre la Inhibición Conductual y la fobia social son complejas. Existen datos que sugieren que la IC es un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de la fobia social, sin embargo ello no parece implicarla como factor clave en su génesis, ni que sea causa suficiente y necesaria para que se desarrolle el trastorno.

Por lo que respecta a la **quinta variable**, es decir, la **timidez**, las relaciones con la fobia social no parecen estar muy claras. A la luz de los datos disponibles podríamos afirmar que ni todos los tímidos son fóbicos sociales, ni todos los sujetos con fobia social son tímidos. Algo semejante ocurre con el constructo de Habilidades Sociales: ni todos los sujetos que presentan baja competencia social presentan fobia social, ni todos los fóbicos sociales manifiestan escasas o deficitarias destrezas en el desempeño social.

A pesar de ello, tal y como señalan Beidel y Turner (1998) parece existir una mayor relación entre quienes presentan un subtipo generalizado de fobia social y las variables anteriormente examinadas. A este respecto, es plausible sostener que la timidez (y probablemente también la IC) pudieran influir en el comportamiento infantil, manifestándose éste mediante expectativas y atribuciones negativas acerca de su propia competencia, lo que conllevaría como consecuencia a que el niño interactuara con menor frecuencia con sus iguales, siendo ignorados o rechazados por este motivo, de lo cual podría derivarse el hecho de ser ignorados o rechazados. De este modo, desarrollarían patrones de personalidad como los que caracterizan puntuaciones altas en neuroticismo o puntuaciones bajas en el factor extraversión.

Si no se produce interacción social, difícilmente se pondrán aprender competencias básicas de tipo social. Si no se adquiere un nivel básico de habilidades sociales puede contribuir a generar una inadaptación a las situaciones que impliquen interacción social, produciéndose un incremento en el nivel de ansiedad cuando el sujeto se exponga de modo no exitoso a situaciones, consecuentemente estas situaciones serán evitadas por el sujeto o mostrará respuestas de escape como estrategia de reducción de su nivel ansiógeno y en evitación de recibir el castigo social (en forma de rechazo, exclusión, ignorarle o recibir burlas) por parte de los iguales. De este modo se consolida un círculo en el que las variables anteriormente citadas actuarían como factores que desarrollan y mantienen la fobia social.

Por último y como conclusión final, hemos de poner de manifiesto que, a pesar de la evidente influencia que ejercen todas las variables mencionadas en la génesis, desarrollo

y mantenimiento de la fobia social, desconocemos el "grado de varianza" que podrían explicar cada una de ellas, por lo que sería necesario mayor investigación acerca del peso específico de dichas variables en el contexto de un modelo explicativo de vulnerabilidad, inicio, desarrollo y mantenimiento de este trastorno fóbico social.