

Ansiedad Social: Una revisión multidisciplinaria para su tratamiento

Social Anxiety: A Multidisciplinary Review for Its Treatment

Maribel F. Tirado Suárez^a, Jesús J. Higareda Sánchez^b

Abstract:

Social Anxiety Disorder (SAD), also known as social phobia, is a prevalent condition that significantly impacts the quality of life of those affected. This review provides a multidisciplinary analysis of the definition, epidemiology, causes, consequences, and treatments of SAD. The disorder affects three response systems: cognitive-verbal, behavioral-motor, and emotional-physiological. Key dimensions include social interaction, fear of being observed, and performance anxiety. Global prevalence varies, with higher rates in developed countries and a greater incidence among women. Family, school, and social factors contribute to the onset and maintenance of SAD. The disorder's consequences can lead to severe social and occupational limitations, underscoring the importance of early intervention. Effective treatments include Cognitive Behavioral Therapy (CBT), which combines gradual exposure and cognitive restructuring, and pharmacological approaches such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Alternative therapies, including Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and mindfulness-based techniques, are also explored. The review highlights the importance of accurate assessment using clinical interviews, self-reports, and psychometric tools for precise diagnosis and effective treatment. Early detection and appropriate interventions are essential to reducing the disorder's impact and improving the quality of life for individuals with SAD.

Keywords:

Social Anxiety Disorder, Social phobia, Cognitive Behavioral Therapy, Pharmacological treatment and Psychometric assessment

Resumen:

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS), conocido también como fobia social, es una condición prevalente que impacta significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. Esta revisión ofrece un análisis multidisciplinario sobre la definición, epidemiología, causas, consecuencias y tratamientos del TAS. Se describe cómo el TAS afecta tres sistemas de respuesta del organismo: cognitivo-verbal, conductual-motor y emocional-fisiológico, y se destacan las principales dimensiones del trastorno, como la interacción social, el temor a ser observado y el desempeño público. La prevalencia del TAS varía globalmente, siendo más común en países desarrollados y más prevalente en mujeres que en hombres. Entre las causas destacadas se encuentran factores familiares, escolares y sociales que contribuyen a la aparición y mantenimiento del trastorno. Las consecuencias del TAS pueden incluir limitaciones sociales y laborales severas, lo que subraya la necesidad de intervenciones tempranas. Los tratamientos más efectivos incluyen la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que combina exposición gradual y reestructuración cognitiva, y tratamientos farmacológicos como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). También se exploran abordajes alternativos, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y técnicas basadas en mindfulness. Finalmente, se enfatiza la importancia de una evaluación adecuada mediante entrevistas clínicas, autoinformes y herramientas psicométricas para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz.

Palabras clave:

Trastorno de Ansiedad Social, Fobia social, Terapia Cognitivo-Conductual, Tratamiento farmacológico y Evaluación psicométrica

^a Universidad del Valle de México | Cuauhtémoc, CDMX, | México | <https://orcid.org/0009-0007-6834-8379> | ftiradosuarez@gmail.com

^b Universidad Anáhuac México | Lomas, Anáhuac, | México | <https://orcid.org/0000-0002-9240-0815> | jesus.higaredas91@anahuac.mx

Fecha de recepción: 07/10/2025, Fecha de aceptación: 14/10/2025, Fecha de publicación: 05/12/2025

DOI: <https://doi.org/10.29057/icsa.v14i27.14765>



Introducción

Definición

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) también conocido como fobia social es definido por la *American Psychiatric Association* (2013) como: temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a la posible evaluación por parte de otras personas, la característica distintiva de TAS es el miedo a recibir una crítica negativa por parte de los demás, al momento de realizar actividades sociales. [1]. El TAS suele manifestarse, en los tres sistemas de respuesta del organismo: el cognitivo/verbal, el cual se caracteriza por pensamientos anticipatorios, catastróficos, excesiva atención a señales adversas de la situación, así como informes verbales relacionados con el temor subjetivo, por otra parte; el conductual/motor, caracterizado principalmente por conductas de escape o de evitación y de seguridad, algunos ejemplos son: inventar excusas para irse de la situación y ubicarse en lugares en los que resulta poco visible, evitar mirar a los ojos, entre otras conductas, finalmente; el emocional/fisiológico, en donde se observa un importante nivel de reactividad y activación del organismo, por ejemplo la aceleración del pulso y la respiración, rubor facial, por mencionar algunos [1].

Según la APA (2013), existen tres tipos de situaciones que temen las personas con TAS: interacciones sociales, donde el individuo se enfrenta a la posibilidad de ser evaluado negativamente por otros, como conversaciones con desconocidos, reuniones sociales o interacción con figuras de autoridad. Temor a ser observado por otras personas cuando se realizan actividades cotidianas, algunos ejemplos son, comer o beber en público y participar en actividades grupales. Finalmente, la tercera dimensión, es actuar ante los demás, misma que se centra en el miedo a desempeñarse frente a otros, lo que suele incluir, hablar en público, realizar presentaciones y dar un discurso por mencionar algunas [2].

De igual forma Caballo, Salazar y Hofmann [1] identifican cinco dimensiones del TAS; la primera de ellas es la interacción con desconocidos, esta engloba situaciones en las cuales es necesaria la comunicación con personas desconocidas o poco conocidas, ya que el temor principal suele ser parecer poco interesante, torpes o bien llegar a ocasionar incomodidad. También se identifica la *interacción con el sexo opuesto* como otra dimensión, donde se experimentan malestar ante las situaciones en las cuales se desea relacionar con personas que la atraen o existe una atracción física y emocional, es importante mencionar que, si bien se indica que es con el sexo opuesto, es igualmente aplicable para personas que sienten atracción por su mismo sexo.

Asimismo, la *expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* es la tercera dimensión, donde el temor principal

es la desaprobación, el enfado o el abandono de los demás cuando se expresa algo que es desagradable para la persona. Algo semejante ocurre con la siguiente dimensión, la cual es *quedar en evidencia o bien hacer el ridículo*, en donde el centro del miedo se encuentra en parecer torpe, incompetente o no lograr dar una buena imagen, teniendo como resultado burlas y comentarios negativos; en último lugar se encuentra *hablar en público o interacción con personas de autoridad*, en esta dimensión el temor se centra en parecer poco competente, equivocarse, así como mostrar nerviosismo ante las demás personas [1].

En conclusión, el TAS se manifiesta de diversas formas y en los diferentes contextos sociales. Comprender sus dimensiones y características es fundamental para lograr desarrollar estrategias efectivas para su intervención y tratamiento.

Epidemiología

Aproximadamente el 13% de las personas presentan ansiedad social en algún momento de su vida. En la población mundial se observa que el TAS es más frecuente en los países desarrollados con una prevalencia del 6% de la población mientras que en países en vías de desarrollo afecta a cerca del 2.8% [3]. En Latinoamérica estudios epidemiológicos señalan que la prevalencia de ansiedad social es mayor en mujeres, con una ocurrencia a lo largo de la vida de 15.5% frente a un 11.1% en varones [4], en México, la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran que, 19.3% de la población adulta padece síntomas severos de ansiedad y el 31.1% los presenta de forma leve o moderada, sin embargo, hasta el momento no se cuenta con datos sobre la prevalencia de ansiedad social en México [5].

Por lo que la ansiedad social no solo genera limitaciones a nivel social y laboral, sino que también, puede contribuir a desarrollar diversos problemas de salud mental. Por tal motivo, es esencial, la concientización de esta problemática, para lograr la implementación de programas para su intervención temprana y de esta manera lograr la mejora de la calidad de vida de quien la padece.

Causas

El origen de la ansiedad social aún es desconocido, no obstante, se ha estudiado la relación entre los adultos que la padecen, y su niñez, encontrando que se identificaban como niños tímidos [6]. Por otra parte, Caballo [7], propone un modelo de génesis del TAS, en el cual se destaca la interacción entre un contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas cuya implicación generaría un alto potencial de vulnerabilidad, de tal forma que las reacciones ansiógenas formarían parte de una función adaptativa ya que la integridad del individuo se ve amenazada, sin embargo, con el tiempo estas reacciones se convertirán en desadaptativas, mismas que dan lugar a un patrón conductual desadaptativo, este incluye tanto la respuesta de alerta ante la misma situación o similares, como lo son las respuestas de escape, parcial y completo, o bien las conductas

evitativas, responsables de la reducción o eliminación de la intensidad de la estimulación que resulta aversiva para el sujeto. La respuesta de alerta estaría referida a la potencial evaluación negativa de la actuación ante/con los otros, como consecuencia del «descontrol percibido» que genera la reacción excesiva que producen las variables que intervienen en los procesos de génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno [7].

Una variable importante es el contexto familiar, el cual contribuye a la aparición de este trastorno, por diferentes factores como la estimulación social deficitaria, el aislamiento social de la familia, el empleo de la vergüenza como método de control, los problemas familiares o la existencia de problemas psicopatológicos en los progenitores, porque todo ello hará que el clima familiar no sea el más propicio para servir de apoyo ni al niño ni al adolescente [6].

Por otra parte, el ámbito escolar contribuye a la vulnerabilidad, tanto la inadecuación del comportamiento de los profesionales de la enseñanza como la situación de aceptación e integración en la que se encuentre el niño o el adolescente. Otros eventos relacionados con el contexto social negativo que llegan a ser predisponentes para el TAS son el cambio frecuente de residencia, hospitalizaciones frecuentes a edades tempranas y la exposición forzada ante extraños [7].

Consecuencias

Caballo, Salazar y Hofmann señalan que la fobia social es un trastorno común, crónico y debilitante que causa discapacidad social y laboral, refiriéndose al daño esperado en un sujeto de cierto sexo, edad y contexto social. Las personas que lo padecen experimentan cómo sus actividades son cada vez más limitadas y, por ello, su vida social y laboral es cada vez más reducida. Perdiendo oportunidades valiosas, como conocer a más personas, cultivar las relaciones que le resultan significativas, o lograr objetivos profesionales. Lo que tiene como consecuencia que no se les tome en cuenta al momento de realizar actividades sociales, obteniendo como resultado el efecto contrario [1].

Cabe mencionar que se realizó un estudio donde se comparó el grado de discapacidad con enfermedades crónicas y trastornos psicológicos y se pudo ubicar a la fobia social como uno de los trastornos que producen en mayor grado discapacidad en las personas. Comprobando así que son más los días perdidos por trastornos psicológicos que los que se perdieron por las enfermedades crónicas [8].

Es fundamental reconocer que la ansiedad social no es un desafío personal, sino que implica una problemática de salud pública, el cual requiere un abordaje integral, para su comprensión y manejo. Brindar tratamiento a esta problemática es esencial, pues de esta manera se vería una mejora en la calidad de vida de las personas que la

padecen, e igualmente existiría una mayor integración a la sociedad lo que permitiría desarrollar plenamente su potencial.

Tratamientos

Existen diversos tratamientos para el TAS, entre los cuales destaca la terapia cognitivo conductual (TCC). Algunos estudios comparan la eficacia del tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo conductual, los hallazgos mostraron que el tratamiento más efectivo para el TAS fue el farmacológico, al menos en el corto plazo. Al realizar la comparativa con la TCC, la mejora es mayor a largo plazo, lo que aumenta una adherencia al tratamiento y un menor riesgo de recaídas [9]. Por otra parte, hay intervenciones en las que se conjuntan la atención plena (*mindfulness*) con la TCC, en dichas investigaciones se encontró un aumento significativo en la actividad cerebral. La meditación *mindfulness* aumentó la actividad en regiones asociadas con la aceptación emocional, como la ínsula y la corteza cingulada anterior, promoviendo una actitud de observación sin juicio ante las emociones, de igual manera en el grupo de TCC se observa un aumento en la actividad en áreas relacionadas con la reevaluación cognitiva, como la corteza prefrontal dorsolateral, lo que sugiere un mejor control cognitivo sobre la ansiedad en adultos con TAS [10].

La TCC parte de cinco elementos clave que ayudan a la mejora de la persona con TAS; el primer elemento es la exposición, la cual jerarquiza los miedos y mantiene la ansiedad en un rango tolerable, de esta manera el paciente trabaja en la situación menos aterradora y gradualmente aborda situaciones cada vez más difíciles, lo que genera una sensación de dominio de las situaciones ansiógenas; el segundo es la reestructuración cognitiva, donde se enseña a los individuos a identificar pensamientos negativos que ocurren durante situaciones estresantes o que provocan ansiedad, así como evaluar su precisión, para derivar a pensamientos alternativos racionales; el tercero es el entrenamiento de relajación, mismo que ayuda al paciente a prestar atención y controlar el grado de excitación fisiológica experimentado durante o al momento de anticipar los eventos temidos [11].

En el mismo orden de ideas, el cuarto elemento es el entrenamiento de habilidades sociales, un procedimiento para promover la adquisición u optimización de las destrezas sociales, para mejorar las relaciones sociales del sujeto [8], las técnicas utilizadas incluyen: modelado y ensayo conductual, retroalimentación correctiva, refuerzo social y tareas para el hogar. En particular, estas técnicas reducen la ansiedad de algunos individuos con TAS, ya que los pacientes cuentan con práctica repetida de comportamientos sociales temidos lo que ayuda a reducir su sintomatología [11]. Finalmente, el quinto punto es la hiperactivación del sistema nervioso, buscando que el paciente reduzca su sintomatología. La atención plena ha demostrado ser una de las técnicas más eficaces, tanto en la revisión final del tratamiento como en los seguimientos grupales a tres meses [12].

Las investigaciones empíricas sugieren que la eficacia de la TCC para el tratamiento de ansiedad social es elevada. Por

ejemplo, en el estudio de Luterek y Heimberg se identificó que después de 12 sesiones grupales, una vez a la semana, con una duración aproximada por cada sesión de 2,5 horas se concluyó que hubo una mejora en los síntomas ansiógenos, en comparación con los grupos de control de lista de espera. Sin embargo, la combinación de reestructuración cognitiva y exposición es el único tratamiento activo que resultó superior a los grupos placebo de control [13].

La Intervención Multidimensional para la Ansiedad Social propuesta por Caballo, Salazar y Hofmann, la cual consiste en la implementación de 15 sesiones grupales, con una duración aproximada de 2,5 horas cada una, donde se desarrollan las habilidades: valores para la vida, la aceptación de las emociones y de las sensaciones corporales, el actuar en dirección opuesta, la atención plena (*mindfulness*) y la desvinculación (*difusion* en inglés) de los pensamientos. Esta intervención tiene una evaluación previa al tratamiento, al finalizar el mismo, así como de seguimiento a los 6 y 12 meses; la implementación del programa ha mostrado mejoría en la mayor parte de los síntomas ansiógenos en los grupos experimentales [14].

Tratamiento desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Las intervenciones cognitivo-conductual son la primera elección de tratamiento para la ansiedad social, no obstante, se aprecian limitaciones ya que algunos solicitantes no logran mejorar y en algunas ocasiones se genera una mayor presencia de la sintomatología. Al igual que en la Terapia de Exposición la cual, se ha correlacionado con un mayor número de abandono del tratamiento [15]. Por esa razón se ha empleado la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), como tratamiento grupal para el TAS, demostrando resultados similares a los de la TCC, reportando un aumento significativo en la flexibilidad cognitiva de los pacientes, un mejor funcionamiento en diferentes áreas vitales, una disminución significativa en la sintomatología ansiógena y se aumentaron las conductas asertivas [15].

En este tratamiento existen diferentes estrategias las cuales pueden ser empleadas para la mejora del paciente como lo es la aceptación de las emociones y pensamientos relacionados con la ansiedad social, buscando no evitarlos, suprimirlos o juzgarlos, lo que permite al solicitante comenzar a enfrentarse a situaciones

socialmente temidas, disminuyendo el malestar. De igual forma es esencial que el solicitante genere un distanciamiento de sus pensamientos, con el objetivo de que logre observarlos sin identificarse con ellos, esto es crucial puesto que se presentan pensamientos negativos automáticos mismos que pueden llegar a ser paralizantes. Finalmente, lo que busca el tratamiento es lograr que el paciente trabaje en el desarrollo de la flexibilidad cognitiva, permitiendo adaptarse a los cambios y desafíos de su entorno, sin generar un patrón de pensamiento y comportamientos rígidos el cual disminuya su calidad de vida [15].

Tratamientos farmacológicos

Con respecto a los tratamientos farmacológicos, los que han demostrado tener un mayor grado de efectividad para la disminución de la sintomatología ansiógena son los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS), las benzodiacepinas (BZD), la venlafaxina y la buspirona, considerando los primeros como primera línea de tratamiento [16]. Es importante mencionar que la guía NICE (2022) National Institute for Health and Care Excellence, recomienda que el uso de las benzodiacepinas (BZD) se utilice solo como tratamiento a corto plazo, con un uso máximo de 12 semanas, enmarcando que no se deben de considerar como primera línea de tratamiento [17].

En un metaanálisis en el cual se realizó una revisión sistemática de la evidencia empírica de la psicoterapia y el uso de la psicofarmacología para el TAS. Se revisaron ocho estudios los cuales fueron controlados y aleatorizados, en donde se combinaron diversos tipos de abordajes psicosociales con tratamientos farmacológicos distintos [16]. Es importante destacar que en algunos estudios el psicofármaco empleado no es el que se recomienda para la primera línea de tratamiento, como es el caso del uso del antidepresivo IMAO (moclobemida), el cual es raramente utilizado para el tratamiento del TAS, situación que se observa en dos estudios más. Los estudios realizados por Hoffman et al. y Guastella et al., implementaron el uso de D-Cicloserina, un antibiótico utilizado para la tuberculosis mismo que ha sido investigado como tratamiento para el TAS, por lo que de igual manera no se encuentra en la primera línea de elección como tratamiento. Finalmente, el estudio realizado por Knjnik et al. el fármaco que se empleó es un ansiolítico, el cual, si bien disminuye la sintomatología, no se encuentra dentro de las primeras elecciones para el tratamiento del TAS [16].

A continuación, se presenta la Tabla 1 con los principales hallazgos

Tabla 1. Síntesis de estudios controlados y aleatorizados sobre el tratamiento combinado (psicológico y farmacológico) para el Trastorno de Ansiedad Social (adaptado de Garay et al., 2013).

Año y Autores	N	Tratamientos y Grupos	Seguimiento
2001 Bloomhoff et al.	375	TC y TE(Terapia de Exposición y Sertralina)	12 meses: deterioro (según SF –36)
2003 Haug et al.	354		
2004 Davidson et al.	295	TC (TCCG y Fluxetina)	No se reporta
2006 Hoffman et al.	27	TC (TE y D-Cycloserina)	1 mes se mantuvieron los resultados con un crecimiento lineal.
2006 Praskon Et al.	81	TC (TCCG y moclobemida)	24 meses tuvieron mayor número de recaídas.
2008 Guastella et al.	56	TC (TE y D-Cycloserina)	1 mes los resultados se mantuvieron.
2008 Knijnik et al.	58	PSDDG y Clonazepam	No reporta
2010 Blanco et al.	166	TCCG y fenelzidina	No reporta
2011 Craske et al.	132	TCC (CALM) y TF	6, 12 y18 meses. Se mantuvieron sólo para TAS comórbido.

Nota: TF= Tratamiento Farmacológico, TC= Tratamiento Combinado, TCC= Terapia Cognitivo-Conductual, TCCG= Terapia Cognitivo-Conductual Grupal, TE= Terapia de Exposición, PSDDG= Terapia Psicodinámica Grupal, CALM = Coordinated Anxiety Learning Manageme.

Los resultados obtenidos indican que la Terapia de Exposición (TE) y el uso de D-Cicloserina son los tratamientos que lograron una notable mejoría en los síntomas, la cual se mantuvo durante la sesión de seguimiento realizada un mes después. Es importante señalar que este estudio destaca que la D-Cicloserina potencia los resultados alcanzados con la Terapia de Exposición [16].

Evaluación del TAS

La evaluación actual del TAS es multimodal y plurimetódica, lo que quiere decir que se utilizan múltiples métodos y modalidades para recabar información que ayude al diagnóstico oportuno, el cual debe de considerar características diagnósticas del trastorno (DSM-5), la gravedad de los síntomas, características esenciales del problema, déficit de habilidades sociales, inicio y curso del problema, historia del tratamiento, factores familiares, así como cuestiones médicas y de salud [18]. Es frecuente considerar que la evaluación de la expresión de ansiedad se puede realizar por medio de tres diferentes canales de respuesta: (1) verbal-cognitivo, (2) conductual-motor, y (3) psicofisiológico, si bien estos canales son parcialmente independientes, existe una alteración significativa al recibir un estímulo de manera independiente. Cuando se ha estudiado la existencia de una interrelación entre: escalas de autoinforme, medidas conductuales y señales psicofisiológicas, en pacientes con sintomatología ansiógena, existe una mayor concordancia con los datos obtenidos [18] y el curso del tratamiento.

Entrevistas

Este tipo de estrategia suele ser el método más frecuente para obtener información sobre cualquier trastorno psicológico, incluida la ansiedad social. Con este método se puede obtener información sobre la historia del problema, situaciones detonadoras de sintomatología ansiógena, pensamientos que ocurren antes, durante y después de estas situaciones, por mencionar algunos ejemplos. De igual manera la entrevista permite al entrevistador observar al solicitante interactuar, puesto que es un encuentro interpersonal. Aunque la entrevista clínica suele ser no estructurada, en algunas ocasiones se pueden emplear formatos con objetivos específicos, mismos que facilitan el proceso de la evaluación y diagnóstico [18]. La entrevista junto con el autoinforme son la técnica más usada en la práctica clínica, ya que está permite corroborar las hipótesis planteadas por el evaluador [19].

Autoinforme

Mediante los autoinformes se obtiene una muestra de las respuestas de los sujetos a un conjunto de ítems elegidos a partir de un área común de situaciones interpersonales lo que permite obtener información sobre la intensidad y la gravedad de los síntomas, cuantificando su evolución y el cambio producido al término del tratamiento, sin embargo, este no debe de ser empleado como método diagnóstico, puesto que cubre un campo temático menor que las entrevistas, constituyendo medidas complementarias que están sujetas a varias fuentes de error [19].

Existen autoinformes usados para evaluar la ansiedad ante

situaciones de interacción social: la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), evaluando principalmente aspectos cognitivos (pensamientos), y la Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) la cual se refiere a aspectos motores (evitación). Tienen la ventaja de ser breves y complementarias, necesitando un tiempo estimado de 15 minutos para su aplicación, por lo que son uno de los instrumentos más empleados en investigación.

Cuestionario de Ansiedad Social Para Adultos (CASO A30)

Es la única medida de autoinforme, construida para evaluar ansiedad social en países de habla española y portuguesa. CASO puede ser utilizado para identificar las distintas situaciones que puedan desencadenar la sintomatología ansiógena, misma que se encuentran calificadas en cinco dimensiones: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad; 2) Interacción con el sexo opuesto; 3) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado; 4) Quedar en evidencia o Hacer el ridículo y 5) Interacción con desconocidos [20]. Los ítems se responden utilizando una escala Likert de cinco puntos, donde 1 corresponde a "nada o muy poco" y 5 a "mucho o muchísimo". La puntuación total se obtiene sumando las respuestas, lo que permite evaluar el nivel general de ansiedad social y en cada una de las dimensiones mencionadas [20].

Principales Escalas para Medir la Ansiedad Social

Existen cuatro escalas las cuales ayudan a la evaluación de la ansiedad social, la primera de ellas es Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), es un instrumento de autoevaluación, que evalúa síntomas somáticos, cognitivos y conductuales en situaciones potencialmente temidas. Consta de 45 ítems organizados en dos subescalas, en donde 32 ítems son para la evaluación de ansiedad social y 13 para la evaluación de agorafobia. Los ítems se califican en una escala de 7 puntos, que refleja la frecuencia en que los síntomas son experimentados. En el contexto clínico ha mostrado correlaciones significativas con comportamiento de evitación y respuestas somáticas durante las actividades que generan ansiedad [21].

La segunda es Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), es una herramienta de autoevaluación, la cual consta de 20 ítems que evalúan el nivel de malestar que se experimenta en la interacción con otros, como lo puede ser al iniciar una conversación o participar en grupos. Cada ítem se califica en una escala Likert de 5 puntos, desde "nada característico de mí" hasta "extremadamente característico de mí", generando un puntaje total que oscila entre 0 y 80. Un puntaje igual o superior a 36 sugiere la posible presencia de ansiedad social. Se distingue por su capacidad de evaluar la ansiedad en interacciones sociales, por lo que en el ámbito clínico se utiliza ampliamente para el diagnóstico de ansiedad social, así como para evaluar la efectividad de intervenciones

terapéuticas [22].

De igual forma, la escala Social Phobia Scale (SPS), es una herramienta de autoevaluación, la cual se emplea para medir la ansiedad relacionada con el temor a ser observado y evaluado negativamente en situaciones de desempeño social, como hablar en público, comer o escribir frente a otros, o bien la preocupación por que otros perciban síntomas ansiógenos. Está compuesta por 20 ítems, los cuales se califican con una escala Likert de cinco puntos [22].

Finalmente, la escala Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) es una herramienta de autoevaluación diseñada para medir los síntomas de ansiedad social en niños y adolescentes entre 8 a 14 años, está conformada por 26 ítems, los cuales evalúan sintomatología somática, cognitiva y conductuales relacionada con situaciones sociales específicas. Cada ítem se califica en una escala Likert de tres puntos, la cual refleja la frecuencia de los síntomas (0 = Nunca, 1 = A veces, 2 = Siempre). El puntaje total puede oscilar entre 0 y 52, un puntaje igual o superior a 18 indica una probabilidad significativa de trastorno de ansiedad social [23].

Conclusión

Si bien el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) tiene una mayor prevalencia en países desarrollados, su incidencia varía geográficamente. La intervención en el TAS es crucial debido a su impacto significativo en la calidad de vida de las personas que lo padecen. Este trastorno puede llevar a una discapacidad social y laboral considerable, generando limitaciones en las oportunidades de relacionarse con otros, así como al momento de alcanzar objetivos profesionales. Por tanto, es esencial concientizar sobre este trastorno para implementar programas de intervención temprana, ya que esta puede mejorar sustancialmente la calidad de vida, al permitir una mayor integración social y laboral.

Entre los tratamientos con mayor eficacia para el TAS se encuentra la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), pues al combinar técnicas como la exposición gradual y la reestructuración cognitiva, facilita la modificación de patrones de pensamientos negativos, mientras que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), ofrecen beneficios farmacológicos significativos. Estos abordajes no solo disminuyen la sintomatología ansiógena, sino que también ayudan al paciente a conservar una mejor calidad de vida.

Finalmente, la intervención temprana y los tratamientos adecuados son fundamentales para disminuir los efectos del TAS y permitir que las personas afectadas puedan llevar una vida plena y satisfactoria. Al aumentar la conciencia sobre este trastorno y promover el acceso a intervenciones efectivas, es posible reducir significativamente su impacto en la sociedad y la mejora de la calidad de vida de quienes lo padecen.

Referencias

- [1] Caballo VE, Salazar IC, Hofmann SG. Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS). 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2018.
- [2] National Institute of Mental Health. Trastorno de ansiedad social: más allá de la simple timidez. National Institute of Mental Health; 2022. Report No.: 22-mh-8083S.
- [3] Grant BF, Hasin DS, Blanco C, Stinson FS, Chou SP, Goldstein RB, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005 Nov 15 [cited 2024 Jun 19];66(11):1351–61. <https://www.psychiatrist.com/jcp/epidemiology-social-anxiety-disorder-united-states>
- [4] Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Salud mental. [Internet]. 2009 [cited 2024 Jun 19]; 32:155–63. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252009000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- [5] Secretaría de Salud. Ansiedad puede evolucionar y convertirse en trastorno de salud mental [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 7]. <https://www.gob.mx/salud/prensa/136-ansiedad-puede-evolucionar-y-convertirse-en-trastorno-de-salud-mental#:~:text=La>
- [6] Sierra JC, Zubeidat I, Fernández A. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Rev Mal-Estar Subj* [Internet]. 2006 [cited 2025 Oct 7];1(2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010.
- [7] Olivares Rodríguez J, Caballo VE. Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*. 2003;11(3):405-28.
- [8] Cejudo de la Sierra R, Mesa AF. Fobia social: un fenómeno incapacitante. *Rev Electr Psicología Iztacala*. 2017;18(2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69954>
- [9] Baeza Velasco C. Cuadernos de neuropsicología [Internet]. 2007 [cited 2024 Jul 2]; 1:127–38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071841232007000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- [10] Goldin PR, Thurston M, Allende S, Moodie C, Dixon ML, Heimberg RG, et al. Evaluation of cognitive behavioral therapy vs mindfulness meditation in brain changes during reappraisal and acceptance among patients with social anxiety disorder: A Randomized Clinical Trial. *10.1001/jamapsychiatry*.2021.1862.
- [11] Heimberg RG. Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 1:36–42.
- [12] Hodann-Caudevilla RM, Serrano-Pintado I. Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*. 2016 Jan;22(1):39–45.
- [13] Luterek J, Eng W, Heimberg RG. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*. 2003;11.
- [14] Caballo VE, Salazar IC, Hofmann SG. Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS [Internet]. 2019. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/una-nueva-intervencion-multidimensional-para-la-ansiedad-social-el-programa-imas/>
- [15] Hernández Gómez A. Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso y la activación conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*. 2019;10(2).
- [16] Guadalupe M. Evidencia empírica de la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico de la fobia social (trastorno de ansiedad social). [Internet]. 2013. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949034>
- [17] NICE. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. 2011 [Internet]. <https://gpnotebook.com/pages/psychiatry/nice-guidance-management-of-generalised-anxiety-disorder-in-adults-in-primary-care>
- [18] Caballo VE, Olivares Rodríguez J, López-Gollonet C, Irurtia MJ, Alcázar AIR. Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*. 2003;11.
- [19] Zubeidat I, Fernandez A, Sierra JC. Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*. 2006;24(1).
- [20] Salazar IC. Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO) en Perú. *Psychologia*. 2019;13(2).
- [21] Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Stanley MA. An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychol Assess*. 1989;1(1).
- [22] Peters L. Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behav Res Ther*. 2000;38(9).
- [23] Beidel DC, Turner SM, Morris TL. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychol Assess*. 1995;7(1).