

IX Curso de actualización

Psiquiatría

2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Trastorno de Ansiedad Social: características clínicas, factores de riesgo y abordajes terapéuticos

Esteban Uribe Villa

Médico Psiquiatra, Msc en Psicología Clínica, Docente del departamento de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

El **trastorno de ansiedad social (TAS)**, conocido también como fobia social, es un cuadro psicopatológico frecuente que a menudo se confunde con la timidez. Aunque evitar o mostrar reticencia en algunas interacciones sociales puede considerarse un comportamiento normal, la timidez normativa, entendida como un rasgo de personalidad, no debería generar un impacto negativo significativo en el funcionamiento académico, laboral, social o familiar. Solo una minoría de quienes se describen a sí mismos como tímidos cumplen criterios diagnósticos para TAS, lo que indica que la timidez, en la mayoría de los casos, no constituye un trastorno clínico.

Definición y criterios diagnósticos

El TAS se caracteriza por un miedo o ansiedad intensos que persisten por al menos seis meses y que se presentan en una o más situaciones sociales donde la persona está expuesta a la observación o evaluación por parte de otros. Estas situaciones incluyen mantener una conversación, interactuar con personas desconocidas, ser observado comiendo o bebiendo o hablar en público. Un elemento central es el temor a manifestar síntomas de ansiedad que puedan ser interpretados de forma negativa, lo cual se asocia a experiencias de humillación, vergüenza o rechazo. Las situaciones sociales suelen ser evitadas o afrontadas con un malestar desproporcionado frente al riesgo real que implican. El DSM-5 contempla un especificador de “desempeño” para los casos en los que la ansiedad se limita a actividades de exposición pública.

Epidemiología

El TAS es el trastorno de ansiedad más prevalente en el mundo, con una prevalencia estimada entre 2 y 5 %. En Estados Unidos, las cifras oscilan entre 8 y 13 %, con mayor incidencia en migrantes y minorías étnicas. La prevalencia es más elevada en mujeres y la diferencia de género se acentúa en la adolescencia y adultez temprana, donde alcanza hasta 5,5 %. En Colombia, estudios epidemiológicos señalan una prevalencia cercana al 5 % en población adolescente, también con mayor impacto en mujeres.

Factores genéticos y biológicos

Se estima que entre el 20 y el 50 % de la varianza en el riesgo de TAS puede atribuirse a factores genéticos, compartidos en parte con otros trastornos de ansiedad y con la depresión mayor. Se han explorado genes candidatos relacionados con

los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA). Sin embargo, los estudios de asociación genómica amplia (GWAS) aún no han identificado variantes consistentes. La evidencia disponible apunta más hacia la interacción gen-ambiente como el elemento central en la explicación del trastorno.

Factores psicológicos y temperamentales

Entre los rasgos de vulnerabilidad psicológica destacan la **inhibición conductual en la infancia**, caracterizada por una marcada timidez y elevada reactividad ante lo novedoso, considerada un endofenotipo predictor de TAS en la adultez. El **neuroticismo** (alta sensibilidad a la afectividad negativa) y la **baja extroversión** también son factores temperamentales asociados. Estos rasgos, al interactuar con experiencias ambientales, como el modelado ansioso de los padres o la victimización por pares, incrementan la probabilidad de desarrollar el trastorno. El miedo a la evaluación negativa constituye un núcleo central en la fenomenología del TAS.

Curso clínico y evolución

El inicio típico del TAS ocurre alrededor de los 13 años, con un curso crónico y una carga percibida similar a la de enfermedades físicas de carácter persistente. La comorbilidad es frecuente: cerca del 66 % de los pacientes desarrolla depresión mayor y entre el 20 y el 40 % presenta un trastorno por uso de sustancias. En términos de funcionamiento, se asocia a bajo rendimiento académico, menores logros educativos, incapacidad laboral, mayor desempleo y reducción en la calidad de vida. Se calcula que alrededor del 30 % de los afectados se recupera en los primeros 20 años de evolución, y cerca del 50 % lo hace a los 40 años de diagnóstico.

Evaluación clínica

La valoración de la severidad del TAS puede realizarse con instrumentos estandarizados como la **Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)**, que evalúa 24 situaciones de interacción y desempeño social en un rango de 0 (ninguna ansiedad) a 3 (ansiedad extrema). Puntuaciones iguales o menores a 51 indican ansiedad leve, entre 52 y 81 ansiedad moderada, y mayores a 82 ansiedad grave. Otra herramienta útil es la **Escala de Fobia Social (SPS)**, de 20 ítems, donde puntuaciones de 24 o más sugieren ansiedad social significativa.



Tratamiento

El tratamiento del TAS es multimodal, aunque la **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)** constituye el abordaje de primera línea. Sus componentes incluyen la psicoeducación, el fortalecimiento de la motivación, la reestructuración cognitiva para modificar la ansiedad anticipatoria y la atención excesivamente dirigida al yo, la exposición gradual a situaciones temidas, la corrección de interpretaciones distorsionadas durante la exposición, el trabajo sobre el procesamiento posterior al evento y la prevención de recaídas.

Evidencia psicoterapéutica

Los metaanálisis demuestran que la TCC produce efectos moderados a grandes tanto en el postratamiento inmediato ($d = 0.6-1.2$; $NNT = 1.7$) como en el seguimiento a largo plazo ($d = 0.95$; $NNT = 2$). La combinación de exposición y reestructuración cognitiva es más eficaz que técnicas como la relajación aplicada o el simple entrenamiento en habilidades sociales. La TCC individual muestra superioridad sobre la grupal, aunque ambas son efectivas, y las intervenciones digitales guiadas (dCBT) han demostrado una eficacia comparable a la terapia presencial. En contraste, terapias psicodinámicas, mindfulness, terapia interpersonal o de apoyo no han mostrado efectos superiores al placebo.

Farmacoterapia

En cuanto al manejo farmacológico, la evidencia más sólida corresponde a los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)** —paroxetina, sertralina, escitalopram, fluvoxamina y posiblemente fluoxetina— y a los **inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)**, especialmente venlafaxina y en menor medida duloxetina. Los anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina) han mostrado alguna evidencia, pero a altas dosis. Mientras que otros fármacos como la mirtazapina, las benzodiacepinas, los betabloqueadores, los antipsicóticos y la buspirona, no han demostrado eficacia o presentan limitaciones significativas. La combinación de TCC con ISRS o IRSN puede ser beneficiosa en casos graves o con alta comorbilidad, aunque a largo plazo los resultados tienden a equipararse con los obtenidos por la TCC sola.

Conclusiones

El trastorno de ansiedad social no debe confundirse con la simple timidez. Se trata de una condición clínica multifactorial, en cuya etiología confluyen factores genéticos, temperamentales y ambientales, así como procesos cognitivos desadaptativos. Su elevada comorbilidad con depresión, otros trastornos de ansiedad, consumo de alcohol y trastornos de personalidad; incrementa la severidad clínica y el riesgo suicida. Más allá de los síntomas, el TAS limita profundamente el desarrollo personal y profesional de quienes lo padecen, truncando proyectos vitales y reforzando la percepción de una vida en pausa. Sin embargo, el inicio temprano de una intervención, especialmente basada en TCC, puede modificar de manera significativa su curso, reduciendo las pérdidas acumuladas y permitiendo que las oportunidades de crecimiento y logro sean efectivamente aprovechadas.

Bibliografía

1. Beck, J., (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.
2. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica* (trad. J. Aldekoa; orig. 2010). Desclée de Brouwer.
3. Bravo Calderón, M. A., & Padrós Blázquez, F. (2014). *Modelos explicativos de la fobia social*. Uaricha, 11(24), 134–147.
4. Bandelow, B., et al., (2023) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety disorders – Version 3. Part I. The World Journal of Biological Psychiatry
5. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2018, Vol. 52.
6. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2024). *Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults*. Toronto, Canada
7. Rozen, N., & Aderka, I. M. (2023). Emotions in social anxiety disorder: A review. *Journal of anxiety disorder*.
8. Liu, X., Yi, P., Ma, L., Liu, W., Deng, W., Yang, X., Liang, M., Luo, J., Li, N., & Li, X. (2021). Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*.
9. Kindred, R., Bates, G. W., & McBride, N. L. (2022). Long-term outcomes of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders*.

-
10. Caponnetto, P., Triscari, S., Maglia, M., & Quattropani, M. C. (2021). The Simulation Game-Virtual Reality Therapy for the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*.
 11. Goldin, P. R., Thurston, M., Allende, S., Moodie, C., Dixon, M. L., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2021). 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. *JAMA psychiatry*.
 12. Baba, A., Kloiber, S., & Zai, G. (2022). Genetics of social anxiety disorder: a systematic review. *Psychiatric genetics*.
 13. Mizzi, S., Pedersen, M., Lorenzetti, V., Heinrichs, M., & Labuschagne, I. (2022). Resting-state neuroimaging in social anxiety disorder: a systematic review. *Molecular psychiatry*.