

La timidez

Christophe André

Qué es la timidez,
cuáles son sus mecanismos
y cómo podemos tratarla



Ansiedad,
miedo escénico,
fobia social,
casos extremos,
terapias...

arpa

La timidez

Christophe André

Qué es la timidez,
cuáles son sus mecanismos
y cómo podemos tratarla



Ansiedad,
miedo escénico,
fobia social,
casos extremos,
terapias...

arpa

LA TIMIDEZ

Christophe André

LA TIMIDEZ

Traducción de Alicia Gómez Méndez



Título original: La Timidité

© del texto: Presses Universitaires de France/Humensis, 1997

© de la traducción: Alicia Gómez Méndez, 2024

© de esta edición: Arpa & Alfil Editores, S. L.

Primera edición: julio de 2024

ISBN: 978-84-10313-09-5

Diseño de colección: Enric Jardí

Diseño de cubierta: Anna Juvé

Maquetación: Àngel Daniel

Producción del ePub: booqlab

Arpa

Manila, 65

08034 Barcelona

arpaeditores.com

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio sin permiso del editor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. LAS DIFERENTES FORMAS DE TIMIDEZ

La timidez

Formas puntuales o específicas de timidez

Las formas patológicas

Las pseudotimideces

2. MECANISMOS Y ORÍGENES

Los mecanismos de la ansiedad social

Los orígenes de la ansiedad social

3. TIMIDEZ Y CAMBIO

Los obstáculos al cambio

Herramientas para el cambio

Los fármacos

Terapias cognitivas y conductuales

CONCLUSIÓN. LAS IDEAS PRECONCEBIDAS SON DIFÍCILES DE ERRADICAR

NOTAS

INTRODUCCIÓN

«Una timidez invencible atajaba mis pasos; todos mis discursos expiraban en mis labios o concluían de un modo muy distinto del que había proyectado; debatíame interiormente y me indignaba en alto grado contra mí mismo».

Adolphe, BENJAMIN CONSTANT

Los novelistas y los poetas saben describir en pocas pero fulgurantes palabras fenómenos a los que los científicos tienen que dedicar páginas enteras. La timidez no es ninguna excepción: mucho antes de que los médicos y los psicólogos se interesaran por ella, los literatos ya la habían descrito con precisión.

Pero ¿qué es exactamente la timidez, una palabra que todos conocemos, un problema que todo el mundo ha experimentado al menos una vez en la vida?

Las dificultades empiezan ya con la definición, porque la timidez es un concepto difuso, una palabra comodín, que abarca tantas realidades como individuos.

Puede referirse a una forma de ser estable, un estilo personal marcado por la discreción y la inhibición; pero también puede manifestarse solo en determinados momentos. Puede ser visible y observable por quienes rodean a la persona víctima de ella, sumiéndola en el bochorno; pero también puede pasar desapercibida, causando sufrimiento interno. Puede extenderse a casi todas las situaciones cotidianas, o afectar solo a uno o dos aspectos muy concretos de nuestra vida.

La timidez nos ha acompañado a lo largo de los siglos. En la Odisea, Homero ya describía a un Odiseo intimidado cuando se encuentra con el rey Alcínoo: «Se detuvo un instante, con el corazón turbado ante su umbral de bronce». La historia de la literatura está plagada de observaciones asombrosamente precisas:

figuras como Shakespeare, Montesquieu, Rousseau, Jules Renard, Stendhal, Proust o Tennessee Williams, por citar solo a algunas de las más famosas, han inmortalizado la timidez retratándola de manera extraordinariamente acertada, a través de conmovedoras confesiones autobiográficas, de divertidas descripciones de escenas embarazosas...

Cuando se describe tan a menudo un problema de este tipo, es porque pertenece a todos y cada uno de nosotros, porque se encuentra en el corazón mismo de la naturaleza humana. La timidez afecta a una de cada dos personas en los países occidentales, e ilustra sin duda una forma de ser universalmente extendida, tras las especificidades y particularidades culturales.

Olvidada durante mucho tiempo, la timidez ha sido objeto de numerosas investigaciones en los últimos años, con el objetivo de comprenderla y tratarla mejor. Para los investigadores, ha sido toda una sorpresa descubrir que la timidez es muy común y que puede causar dificultades y sufrimiento. El desarrollo de soluciones psicológicas, y a veces farmacológicas, y de herramientas eficaces para el cambio personal permite actualmente a muchas personas tímidas llevar una vida más acorde con sus aspiraciones.

Pero lo que se conoce como «timidez» cubre en realidad una vasta nebulosa de dificultades, con manifestaciones variadas y mecanismos complejos e interrelacionados. ¿Es posible arrojar algo de luz sobre este tema?

LAS DIFERENTES FORMAS DE TIMIDEZ

La timidez es una realidad tremendamente extendida. La mayoría de las encuestas a la población general señalan que dos tercios de los sujetos se declaran más o menos tímidos¹ y que los miedos sociales figuran entre los más frecuentes.² Pero todos los especialistas saben que estas cifras esconden realidades muy diferentes. ¿Qué tienen en común, entonces, la timidez que confesó padecer en la noche de su vida François Mitterrand, presidente de Francia durante catorce años y con un perfil especialmente mediático, y la timidez que se apodera de los jóvenes antes de su primera entrevista de trabajo? Cuando la timidez se convierte en tema de conversación, todo el mundo se declara afectado; pero entonces, cuando un director de empresa de mediana edad dice con tranquilidad que es una persona muy tímida, porque le entra el miedo escénico cuando hace presentaciones en público, ¿está describiendo realmente el mismo problema del que habla su joven vecina de mesa cuando reconoce que teme ruborizarse delante de los hombres que le gustan?

A esa variedad también se refieren los especialistas: existen muchas definiciones científicas de la timidez, ¡más de veinte hasta la fecha! Según el punto de vista que se quiera adoptar, es posible abordar el fenómeno desde el ángulo de lo observable (el comportamiento) o de lo que se siente (las emociones). Uno puede centrarse únicamente en lo estable y duradero (la timidez como forma de ser) o incluir todos los momentos en los que nos sentimos intimidados de vez en cuando (la timidez como respuesta a determinadas situaciones). Es posible fijarse en las formas incapacitantes de timidez (como la fobia social) o ampliar el concepto a todas las torpezas sociales, por leves que sean.

Una de las formas más claras de abordar el problema es, sin duda, referirse al concepto de «ansiedad social».³ La ansiedad social alude al conjunto de fenómenos de incomodidad, que puede abarcar desde la simple vergüenza hasta el pánico absoluto, que se experimenta al enfrentarse a algunas o todas las

situaciones sociales. Definida de este modo, la ansiedad social alude a una experiencia profundamente humana que todo el mundo ha vivido. La timidez es una forma específica de ansiedad social, e indudablemente la más común. Pero el miedo escénico, el temor a ruborizarse, la intimidación ocasional, la fobia social y muchos otros fenómenos también se sitúan dentro del espectro de la ansiedad social y, por lo tanto, son afecciones que tienen cierto parentesco con la timidez.

CUADRO 1

Las diferentes formas de ansiedad social

	Formas benignas	Formas patol
Manifestación permanente	Timidez	Personalidad
Manifestación paroxística	Miedo escénico e intimidación puntual	Fobia social

LA TIMIDEZ

«¡Ah! Porque... Porque estoy poseído por una debilidad deplorable: ¡soy tímido!».

Los dos tímidos, LABICHE

1. Definición

La timidez es, ante todo, una «forma de ser» que combina, en determinadas situaciones sociales, un malestar interior y una vergüenza perceptible exteriormente. La persona tímida es perfectamente consciente de su problema y desea entablar las temidas interacciones sociales. Pero sus dificultades son relativamente incontrolables, lo que la obliga a evitar determinadas situaciones o a adoptar actitudes de retraimiento o inhibición cuando se enfrenta a ellas. En conjunto, estas manifestaciones dejan a la persona tímida con un profundo sentimiento de insatisfacción y menosprecio hacia ella misma.

2. Diferentes tipos de timidez

A) Timidez pública y timidez privada. Algunos autores han destacado la diferencia entre la timidez «pública», fácil de detectar por interlocutores y observadores, y la timidez «privada», que el sujeto tímido experimenta sin que se den cuenta quienes lo rodean. Esta diferencia puede observarse en la evolución de muchas personas tímidas: aunque hayan conseguido superar su

problema, afrontando situaciones que antes temían sin inhibición ni inquietud aparente, muchas siguen sintiendo una fuerte aprensión en su interior. Un gran número de estos sujetos se describen a sí mismos como «extímidos». Es como si, al igual que los exbebedores, la experiencia de la timidez les hubiera dejado una marca indeleble, incluso una vulnerabilidad: una sensibilidad particular a las críticas, una fuerte necesidad de aprobación y reconocimiento de los demás, y un miedo siempre presente a que vuelva la aprensión en situaciones imponentes... Las conversaciones sobre la timidez también están plagadas de malentendidos en torno a esta diferencia. Cuando una personalidad pública y mediática, o simplemente una persona que parece estar tranquila, se describe como tímida, entre sus interlocutores puede brotar una cierta incredulidad: «¿Tímido tú? Pero si no lo pareces en absoluto...». Esto se debe a que, por lo general, cuando una persona habla de su timidez, se refiere a manifestaciones de «timidez interna», mientras que, cuando hablamos de la timidez de los demás, solo tenemos en cuenta los signos de «timidez externa».

B) ¿Miedo a los demás o miedo a uno mismo? Otra posible clasificación de las formas de timidez se da en función del objeto principal de los miedos de la persona tímida. Hay quienes hablan de la existencia de dos formas principales de ser tímido:⁴ la timidez ligada al miedo a los demás (fearful shyness o la timidez aversiva de los anglosajones) y la timidez ligada al miedo a uno mismo (self-conscious shyness o la timidez autoconsciente). La evolución, las manifestaciones o los mecanismos, entre otras cosas, son lo que separa estos dos tipos de timidez.

CUADRO 2

Las dos principales familias de la timidez

Timidez vinculada al miedo a los demás	Timidez v.
Desemboca en un sentimiento de miedo y huida.	Desemboc
Surge en el primer año.	Surge alre

Está relacionada con lo nuevo, lo desconocido o lo intrusivo.	Está relaci
Se caracteriza por una fuerte dimensión física de los síntomas.	Se caracte
Tiende a desaparecer con la repetición de los contactos (habitación).	Puede agr:

a) Timidez y miedo a los demás. Esta timidez comienza a manifestarse precozmente, durante el primer año de vida: corresponde a una etapa psicológica normal en los niños, marcada por el miedo a los rostros extraños y por una cierta ansiedad por separación de las personas cercanas desde el punto de vista afectivo.⁵ Esta ansiedad se manifiesta con el llanto, con el rechazo a la mirada y al contacto y con la búsqueda de una persona tranquilizadora. Este tipo de manifestaciones se da en la mayoría de los mamíferos y tiene un marcado carácter innato, ya que muy probablemente representa un medio de protección de la especie (el animal joven se ve empujado a mostrar un mínimo de desconfianza hacia los adultos desconocidos, incluso los de su propia especie). En general, este tipo de timidez desaparece a medida que el niño crece y se acostumbra a estar rodeado de adultos o niños desconocidos. Sin embargo, en algunas personas, el trastorno persiste y continúa manifestándose a través de la evasión del contacto y el retraimiento. Las principales causas de esta «timidez-miedo a los demás» son las siguientes:

—la novedad: las personas desconocidas, tener que hacer tareas inusuales o un entorno poco familiar son factores que pueden desencadenar manifestaciones de timidez. Por otro lado, a medida que la dimensión de novedad deja de ser predominante y el sujeto se familiariza con las personas, las tareas o los entornos, el comportamiento tímido tiende a retroceder (a través del mecanismo de habituación);

—la intrusión: en el primer año de vida, cualquier acercamiento demasiado repentino es susceptible de desencadenar inquietud. Lo mismo ocurre con los adultos tímidos: que te sorprendan cuando menos te lo esperas puede generar una emoción desagradable. Pero este sentimiento de intrusión también puede afectar a la esfera psicológica: tener que hablar de uno mismo, responder a preguntas íntimas, o hacerlas, es fuente de incomodidad;

—el juicio social: a una edad algo más tardía (a partir de los tres años), los niños toman conciencia progresivamente de la importancia del juicio de los demás sobre sus virtudes y defectos. El sentimiento de disconformidad social es el último mecanismo susceptible de generar la timidez-miedo a los demás. El sujeto tiende entonces a preocuparse más de lo que debería por cómo será percibido por sus interlocutores, sobre todo si cree, con razón o sin ella, que estos tienen cualidades que él no posee. Incluso en ausencia de rechazo por parte

de sus semejantes, el sufrimiento de los niños con diferencias físicas (discapacidad, color de piel, gafas, etc.) suele derivarse de este sentimiento de alteridad dolorosa y no elegida.

b) Timidez y miedo a uno mismo. Esta forma de timidez se caracteriza por la importancia de los fenómenos relacionados con la conciencia de uno mismo. Lo que caracteriza a quienes la padecen es la intensidad de la vergüenza y de la molestia que sienten cuando se exponen a la mirada ajena. El hombre parece ser el único animal que ha desarrollado una conciencia de su imagen social, el único capaz de percibirse a sí mismo como un objeto social, sometido a la evaluación de sus congéneres. Este fenómeno parece surgir en los niños a partir de los cinco años,⁶ la edad media en la que pueden aparecer preocupaciones o vergüenzas ligadas a la mirada o al juicio ajeno. En su ensayo *El ser y la nada*, Jean-Paul Sartre describió perfectamente esta presencia inmediata y ardiente de la mirada de los demás, que a menudo «lo llenaba de vergüenza», y «la presencia sin distancia entre los demás y yo». Subraya claramente hasta qué punto la presencia de un tercero puede alterar los cimientos de nuestra relación con el mundo: «Con la mirada ajena, la situación se me escapa, por usar una expresión trivial pero que traduce bien nuestro pensamiento: ya no soy dueño de la situación». Lo que avergonzará a la persona tímida será el hecho de estar en el punto de mira, de ser el centro de atención. Este foco de atención sobre uno mismo puede provenir de características personales que diferencian claramente a la persona de quienes la rodean: ser pálido entre los bronceados, gordo entre los delgados, pobre entre los ricos, ir con traje a una reunión informal, un hombre en una conferencia de feministas, etc. También puede derivarse de ciertos comportamientos que se consideran inadecuados según los códigos supuestamente preestablecidos: tener el acento adecuado, sacar temas de conversación apropiados, utilizar los cubiertos correctos en una comida formal, etc. Por último, puede estar ligado al miedo a la aparición de ciertas manifestaciones corporales: olores, ruidos o señales de vergüenza, como temblores o rubor. Este tipo de miedo depende en gran medida de la cultura en la que vive la persona tímida: en Japón, por ejemplo, existe toda una sutil codificación de las distintas formas de mirar o sonreír a la persona con la que se está hablando. El tímido japonés suele temer no sonreír o mirar de la forma correcta.

En todos estos casos, el sentimiento de vulnerabilidad ante la observación ajena llega a su punto álgido. Y al final, ya no son tanto los demás, sus juicios o sus

actitudes, lo que teme la persona tímida, sino a sí misma y a la forma en que se comportará, o a las dificultades que tenga para controlar sus propias reacciones de vergüenza o emotividad. Es como si, en las situaciones sociales, se ahogaran en ese «ser para los demás» descrito por Sartre.

3. Situaciones temidas por el sujeto tímido

Son de naturaleza social, pues es evidente que la timidez solo existe en referencia a los demás, aunque la evocación de escenas pasadas o futuras pueda desencadenar malestar en ausencia de un interlocutor.

En términos sencillos, podríamos decir que al sujeto tímido le preocupa lo siguiente:

- las situaciones novedosas (un trabajo nuevo, conocer gente...);
- los encuentros con personas imponentes (superiores jerárquicos, por su estatus social, o personalidades prestigiosas a los ojos del sujeto) o intimidantes (personas del sexo opuesto o por las que el sujeto siente atracción, etc.);
- las actividades que deben efectuarse ante un grupo.

Otra clasificación propone dividir las situaciones preocupantes en cuatro categorías:⁷

- las situaciones en las que hay que alcanzar un rendimiento en el contexto de una interacción más o menos formalizada (hacer un examen, actuar ante un público, etc.);
- las situaciones en las que el sujeto tendrá que revelarse y hablar de sí mismo en el contexto de una interacción informal (cuando se le invita a cenar con desconocidos o en una relación romántica, etc.);
- las situaciones en las que tendrá que defender sus derechos frente a otra

persona (presentar una reclamación en una tienda, dar una opinión contraria a la de su interlocutor, etc.);

—las situaciones en las que tiene que someterse a la mirada de los demás (caminar, escribir, comer mientras lo observan, etc.).

Según el caso, las personas tímidas pueden temer a una o varias de estas familias de situaciones.

CUADRO 3

Situaciones temidas por las personas tímidas

Familia de situaciones	Ejemplos de
Actuar ante un público o interlocutores imponentes.	Hablar en p
Iniciar o dirigir debates en un contexto informal.	Intercambia
Hacerse valer, tomar la iniciativa, defender los derechos personales.	Pedir algo, :
Llevar a cabo acciones simples ante la mirada ajena.	Caminar, es

4. Las manifestaciones de la timidez

Estas manifestaciones se enmarcan en varias dimensiones principales:

—manifestaciones fisiológicas: el rubor, los temblores, las manos sudorosas, las palpitaciones o los mareos, más o menos acusados, son síntomas que experimentan con frecuencia las personas tímidas. Hablamos de lo que se conoce como «emotividad». Más de la mitad de las personas tímidas mencionan este tipo de síntomas cuando se les pide describir su timidez de forma espontánea; 8

—manifestaciones conductuales: evasión de las situaciones temidas o inhibición y torpeza al enfrentarse a ellas. La imagen popular de la timidez, presente en muchas películas cómicas, siempre ha hecho hincapié en esta dimensión conductual. A caballo entre la aceptación pasiva de los acontecimientos y los torpes intentos de mantener el control de la situación, el tímido así caricaturizado es fácilmente reconocible por la precipitación, el desacierto de sus gestos y su verborrea;

—manifestaciones psicológicas: las dudas sobre uno mismo, el miedo al juicio ajeno o la construcción constante de «escenarios catastróficos» son los elementos más comunes de lo que coloquialmente se conoce como «falta de confianza en uno mismo». A menudo, muchas personas acuden a terapia con esta idea en mente.

En función del predominio de una u otra de estas dimensiones, la timidez adoptará un carácter específico: a veces será la emotividad la que ocupará el primer plano, más o menos fácil de identificar por el interlocutor. Otras veces, la timidez pasará completamente desapercibida, y se limitará a manifestarse como un caos de pensamientos autocríticos cuidadosamente disimulados o múltiples vacilaciones ante la menor iniciativa.

5. La timidez en la vida cotidiana

A) Estabilidad de la timidez. La timidez se caracteriza por una cierta estabilidad en sus manifestaciones. Representa, por tanto, una forma de ser, un estilo relacional previsible, aunque sus manifestaciones a veces estén sujetas a fluctuaciones. Una misma persona puede afrontar determinadas situaciones con una audacia inusitada, mientras que al día siguiente estas le volverán a resultar de lo más intimidante. Hay sutiles variaciones que explican este tipo de fenómeno: la edad del interlocutor, su actitud amistosa o no, la presencia de otras personas, etc. En general, la timidez se caracterizará por una tendencia a inhibir las relaciones durante los primeros contactos, combinada con un ritmo de familiarización relativamente lento. Una persona tímida tarda en sentirse a gusto...

B) La percepción de las personas tímidas por parte de su entorno. Todos los estudios sobre cómo se percibe a las personas tímidas en su entorno en los primeros contactos llegan a conclusiones bastante negativas: a las personas tímidas, en el primer contacto con interlocutores desconocidos, se las juzga como menos amables, menos relajadas, menos equilibradas, menos habilidosas que los demás...⁹ Sin duda, estos estudios deben matizarse por la capacidad de muchas personas tímidas de dejarse acoger y apreciar en un segundo momento por quienes las rodean. Lo cierto es que, como muchos otros estudios sobre la timidez, estas observaciones recuerdan que la timidez sigue siendo fundamentalmente un hándicap. Tanto más cuanto que la aceptación y la benevolencia mostradas hacia las personas tímidas son a menudo condicionales: se las aprecia en parte porque no molestan, no piden mucho, rara vez dicen que no, no llevan la contraria, etc.

En desventaja cuando entra por primera vez en contacto con otras personas, el sujeto tímido puede mostrar más adelante cierta soltura en entornos en los que se siente seguro. Esto explica por qué algunos padres desconocen por completo las dificultades de sus hijos tímidos, o por qué algunas personas que se sienten perfectamente a gusto en un ámbito determinado se inhiben por completo en cuanto cambian de contexto. Lo mismo ocurre con los roles sociales: un médico que rebosa confianza ante sus pacientes puede mostrarse tímido e incómodo en una fiesta en la que solo conoce a unos pocos invitados. La desaparición de la iniciativa personal es el primer síntoma de la reaparición de la timidez: el sujeto

deja de iniciar contactos, de hablar espontáneamente, de proponer ideas...

C) La timidez y la organización de la vida. En términos generales, la persona tímida puede seguir tres caminos:

a) Aceptar la propia timidez, e incluso aprovecharla para obtener afecto, protección y benevolencia de quienes la rodean. Este tipo de actitud es más fácil de adoptar para las mujeres: nuestra sociedad asocia fácilmente las cualidades tradicionalmente atribuidas a la timidez (dulzura, sumisión, sentimentalismo...) con las de la feminidad.

b) Negación y huida hacia adelante, en lo que se conoce como actitudes contrafóbicas. Por ejemplo, elegir una profesión especialmente expuesta a la mirada de los demás, como la enseñanza, las ventas o el periodismo. Llama la atención la cantidad de artistas y estrellas televisivas que confiesan ser o haber sido muy tímidas.¹⁰

c) La resignación y el sufrimiento de tener que vivir con una timidez mal aceptada y mal gestionada, no obstante, parecen ser la condena de la mayoría de los tímidos: soledad sentimental, dificultad para llevar una carrera profesional plenamente satisfactoria, una débil red de contactos... El poeta Pablo Neruda escribió: «La timidez es una extraña condición del alma, una categoría, una dimensión que se abre a la soledad. También es un sufrimiento inseparable, como si se tienen dos epidermis y la segunda piel interior se irrita y se contrae ante la vida». Además, se constata sistemáticamente la correlación entre timidez y baja autoestima. De todas las formas de ansiedad, la ansiedad social es la que está más estrechamente correlacionada con un alto riesgo de depresión.¹¹

D) Las cualidades de la persona tímida

La timidez no es una enfermedad: permite al individuo desarrollar un cierto número de cualidades y aptitudes compatibles con una vida satisfactoria. Incluso es posible, aunque no hay suficientes estudios al respecto, que la timidez ayude a desarrollar la capacidad de escucha, la empatía, el respeto sincero por los demás, un alto nivel de conciencia profesional, etc. Sin duda, muchas personas tímidas disfrutan de una calidad de vida satisfactoria. De hecho, como hemos visto, son

numerosos los escritores de todas las épocas que se han declarado tímidos: ¿favorece la timidez, al fomentar la introspección y la observación más que la acción, el desarrollo de ciertas carreras artísticas? En su colección de aforismos *Del inconveniente de haber nacido*, Emil Cioran escribió sobre la timidez: «Un escritor que no la conoce en su vida no vale nada en sus escritos». En cualquier caso, parece haber un cierto grado de inhibición y ansiedad en los trabajos realizados sobre perfiles de personalidad de artistas famosos.¹² Pero este tipo de estudio debe tratarse con cautela: la ansiedad social es mucho más a menudo destructiva que creativa. Con frecuencia, la verdad se encuentra en algún punto intermedio, y el caso de Jules Renard es el ejemplo más claro de ello: gran tímido ante el Eterno, este escritor es sin duda quien ha descrito con mayor sutileza y lucidez el mundo interior de la persona tímida en su extraordinario *Diario*, del que citaremos varios extractos. Sus confesiones ilustran las alegrías y los sufrimientos del tímido, su lucidez para observar las relaciones humanas, su sensibilidad y sus mecanismos de defensa, sus dudas y sus esperanzas...

6. La timidez: ¿normal o patológica?

La timidez se ubica en el límite entre un rasgo de carácter y una disfunción psicológica. Dados algunos de sus aspectos externos —su extrema frecuencia, su universalidad, su compatibilidad con una vida «normal»—, se puede considerar inherente a la condición humana. En cambio, cuando se experimenta a diario, puede ser una desventaja y un obstáculo para quienes la padecen. No hay más que ver la considerable proliferación de manuales y métodos basados en el planteamiento de «cómo superar la timidez en diez lecciones». Claramente, las personas tímidas desean superar su timidez, sean cuales sean los detractores de la excesiva medicalización o psicologización de los males del alma.

FORMAS PUNTUALES O ESPECÍFICAS DE TIMIDEZ

Aquí describiremos las formas de ansiedad social que suelen guardar semejanza con la timidez, o que pueden coexistir con ella, pero que presentan una diferencia fundamental: no suponen una forma estable y duradera de ser y actuar, sino que se manifiestan de forma más episódica y fluctuante, en función de las circunstancias.

1. Aprensiones ocasionales

«No sabía cómo ni en dónde me hallaba, y trataba de apretarme cuanto podía al rincón del coche por miedo a tocar el traje de la señora Rosa. Cuando me dirigía la palabra, balbuceaba yo sin poder responderle; viose precisada a pagar al postillón y a encargarse de todo, porque yo no era capaz de nada. Al amanecer, volvió a mirar con nueva sorpresa a este simple, con el cual lamentaba haber iniciado un viaje».

Memorias de ultratumba, CHATEAUBRIAND

Hay muy pocas personas que pueden afirmar no haberse sentido intimidadas nunca en la vida. La mayoría de nosotros hemos tenido la ocasión de experimentar, al menos puntualmente, lo que es la timidez. De hecho, la ansiedad social puede reproducirse de forma casi experimental. Hemos visto que un sujeto que se expone solo ante un grupo de individuos con características que los hacen válidos pero de las que el sujeto carece muy probablemente se sentirá intimidado: un veraneante pálido y delgado en medio de atletas bronceados, un comprador humilde y modestamente vestido que entra por error en una tienda de

lujo donde los vendedores o compradores visten con elegancia y petulancia, etc. Son muchas las situaciones que pueden provocar sentimientos de intimidación ocasional en muchas personas, al tiempo que coexisten con una vida social adaptada y satisfactoria. Como veremos, estas aprensiones están vinculadas con ámbitos importantes de la vida de las personas: el sexo, los sentimientos, el dinero y la defensa de los derechos personales.

A) La vida sentimental

«Si por casualidad, al pobre hombre que soy le ocurriera estar locamente enamorado de una mujer, no sabría cómo decírselo ni cuál de sus signos entender para poder declararme».

Diario, JULES RENARD

La «timidez amorosa» se refiere a las dificultades que se experimentan al acercarse a personas que resultan atractivas. Probablemente es bastante común, ya que las encuestas al respecto muestran que alrededor del 60 % de los estudiantes dicen sentirse potencialmente intimidados al conocer a alguien del sexo opuesto.¹³ Cabe destacar también que, cuando las revistas de gran tirada hablan sobre la timidez y así lo sacan en portada, casi siempre eligen una imagen que ilustra la timidez amorosa, un retrato de un joven avergonzado (sonrojado, jugueteando con el cuello de la camisa o con un ramo de flores), incapaz de acercarse a una joven visiblemente descontenta, pero también incapaz de iniciar el contacto (cabeza gacha y mirada sumisa). Por muy deseados que sean, y precisamente a causa de este deseo, los encuentros con miembros del sexo opuesto pueden generar una ansiedad social incapacitante, sobre todo si el encuentro es un cara a cara informal en el que el único objetivo es «conocerse». Cuanto más se invierte o idealice emocionalmente a la persona en cuestión, mayor será el trastorno. Pero, más allá de estos contextos «románticos», las interacciones cotidianas también pueden causar malestar, cuando ciertos comentarios, gestos y determinadas miradas se cargan de repente de una

intimidad perturbadora, lo pretendiera la otra persona o no.

Por normal que parezca, este tipo de dificultad no es menos fastidiosa para quienes la padecen. Varios estudios estadounidenses se han centrado precisamente en esta ansiedad ante las citas o date anxiety. El miedo a que los propios sentimientos sean detectados y malinterpretados, o incluso denunciados y rechazados en voz alta, puede llevar al sujeto a huir y evitar las oportunidades de conocer o entrar en contacto con determinadas personas, o incluso a adoptar comportamientos (frialdad, agresividad, etc.) opuestos a sus sentimientos. Esto sucede con especial frecuencia en la adolescencia. La necesidad de conocer a otras personas puede satisfacerse entonces recurriendo a los anuncios clasificados, a los servidores Minitel o incluso a las agencias matrimoniales, cuyo negocio, particularmente rentable, se hundiría sin duda si la timidez dejara de existir. En un nivel algo más indecoroso, una encuesta realizada entre prostitutas de San Francisco reveló que estas consideraban que casi el 60 % de sus clientes eran tímidos...¹⁴

Por lo tanto, todas las etapas de una vida amorosa satisfactoria pueden verse obstaculizadas: las relaciones informales cotidianas con personas del sexo opuesto, las oportunidades de intercambios o acercamientos más íntimos y, por supuesto, las relaciones sexuales. Entre la población de personas tímidas hay un gran número de ellas que sufre dificultades sexuales. Un estudio entre adultos jóvenes mostró que el 35 % de los chicos y el 25 % de las chicas padecían una fuerte ansiedad con respecto a la sexualidad.¹⁵ Muchos problemas sexuales parecen estar claramente correlacionados con este fenómeno.

Otro hecho llamativo, y que se constata con frecuencia, está relacionado con los perfiles psicológicos de los delincuentes sexuales: parece que se trata muy a menudo de individuos aislados, poco cómodos con sus iguales, incapaces de entablar contacto con quienes los rodean.¹⁶ Por supuesto, hay otros factores que influyen en este tipo de comportamiento, pero ya estamos muy lejos de un retrato de la timidez bondadosa...

B) El dinero

«El hombre que se sabe tímido depende de todos los bribones».

Otro tema habitual es el dinero: muchas personas son profundamente incapaces de hablar de este tema, aun cuando estén en juego sus propios intereses. Negociar honorarios, atreverse a pedir un aumento de sueldo a su jefe o un descuento a un tendero, al igual que reclamar a un conocido que le devuelva un dinero prestado hace tiempo... Esto resulta sencillo solo para un reducido número de personas. Algunas profesiones son especialmente vulnerables en este sentido: los artesanos o artistas que experimentan las peores dificultades para obtener sus honorarios son bien conocidos por todos los especialistas en ansiedad social. Muy fuertemente vinculadas a limitaciones culturales específicas («el dinero sucio» en las sociedades judeocristianas), las aprensiones con respecto al dinero son más frecuentes cuando el sujeto tiene que defender sus propios intereses, mientras que en general le es más fácil hablar en nombre de los demás: el miedo a ser juzgado negativamente, por tanto, es menor. A este respecto, cabe señalar que los sujetos que padecen formas extremas de ansiedad social, como la fobia social, tienen un estatus social y financiero medio inferior al de la población general.¹⁷

C) La defensa de los intereses personales

«El hombre verdaderamente libre es el que sabe rechazar una invitación a cenar sin dar excusas».

Diario, JULES RENARD

En términos aún más generales, la defensa de los propios intereses en el día a día es objeto de muchos comportamientos caracterizados por una timidez ocasional.

Exigir que te cambien un plato en un restaurante, pedir que te devuelvan el dinero de un artículo defectuoso, decir a un vecino que no haga ruido, negarse a prestar un servicio que resulta desagradable, expresar un punto de vista opuesto al de otra persona o al de un grupo o tomar la iniciativa ante alguien intimidante son comportamientos que pueden despertar cierto grado de vergüenza e incomodidad. En tales circunstancias, es frecuente observar actitudes de evitación o inhibición (la acción no se lleva a cabo, o se realiza de forma muy poco eficaz), y a veces de agresividad (la acción se realiza de forma brusca y tajante). Estas situaciones, en realidad, representan situaciones de estrés relacional, y es lógico encontrar en ellas la famosa respuesta de lucha o de huida (fight or flight response), sin duda grabada en nuestros genes, pero, por desgracia, particularmente inadecuada para las interacciones sociales. Desde finales de los años sesenta, se ha desarrollado el concepto de autoafirmación¹⁸ para superar este tipo de dificultad relacional. Ser asertivo significa ser capaz de expresar lo que uno quiere, piensa y siente, con calma y eficacia, sin ansiedad ni agresividad. Ahora bien, la experiencia demuestra que los comportamientos interpersonales más comunes de las personas con estrés oscilan entre la inhibición y la agresividad, mientras que las actitudes asertivas son mucho más infrecuentes de lo que podríamos pensar, al menos en los ámbitos que acabamos de describir. Como veremos más adelante, la asertividad nos permite comunicarnos eficazmente en situaciones relacionales estresantes.

2. El miedo escénico

«Nueve de julio. Exposición. Guitry. Hablamos de nuestros ministros. Nos gusta este tema. Me dice que Waldeck-Rousseau es tímido, tímido hasta la impasibilidad, y que cuando pronuncia uno de sus discursos en tono tranquilo, tiembla por dentro, y que se esfuerza en cambiarlo todo en cuanto se vota su orden del día. Es el más inteligente de todos...».

Diario, JULES RENARD

A) Definición y características. La etimología de *trac*, el término francés para «miedo escénico», es incierta. ¿Acaso deriva de la misma raíz que el verbo *traquer*, es decir, «acorralar», que ilustra la sensación de estar en apuros? ¿O quizás comparte origen con el término *tracas*, que en francés subraya la anticipación ansiosa, característica del pánico escénico? Lo cierto es que el término *trac* empezó a utilizarse ampliamente en el siglo XIX en círculos estudiantiles y artísticos para referirse al miedo específico a actuar ante un jurado o un público. El pánico escénico está estrechamente relacionado con la noción de ansiedad escénica: surge cuando un sujeto se enfrenta a una intervención ante una o varias personas, y el temor a esta situación desencadena una serie de síntomas físicos (palpitaciones, temblores, etc.), psicológicos (aturdimiento, ideas confusas e incontrolables, etc.) y conductuales (tartamudeo, gestos nerviosos, etc.), susceptibles de alterar su prestación.

Completamente indetectable fuera de las situaciones que lo desencadenan, el miedo escénico es muy a menudo de naturaleza anticipatoria: suele ser mucho más intenso antes que durante o después de la acción. En realidad, el hecho de pasar a la acción y de «tirarse a la piscina» supone una clara liberación para la mayoría de quienes sufren de este «acorralamiento». Pero no siempre es así: a veces, tal y como les ocurre a las personas con fobias sociales, la ansiedad de actuar ante un público aumenta inexorablemente a cada minuto, y el miedo escénico acaba desembocando en un ataque de pánico paralizante. Los principales episodios temidos por quienes padecen miedo escénico son los siguientes:¹⁹

—temblores o signos de ansiedad (80 %);

—hacer algo embarazoso (65 %);

—sentir aturdimiento (60 %);

—perder el control de uno mismo y quedar en evidencia por hacer o decir algo absurdo o ridículo (60 %).

B) Frecuencia. El miedo escénico está muy extendido entre la población general: la mayoría de los estudios demuestran que entre el 30 % y el 40 % de los adultos

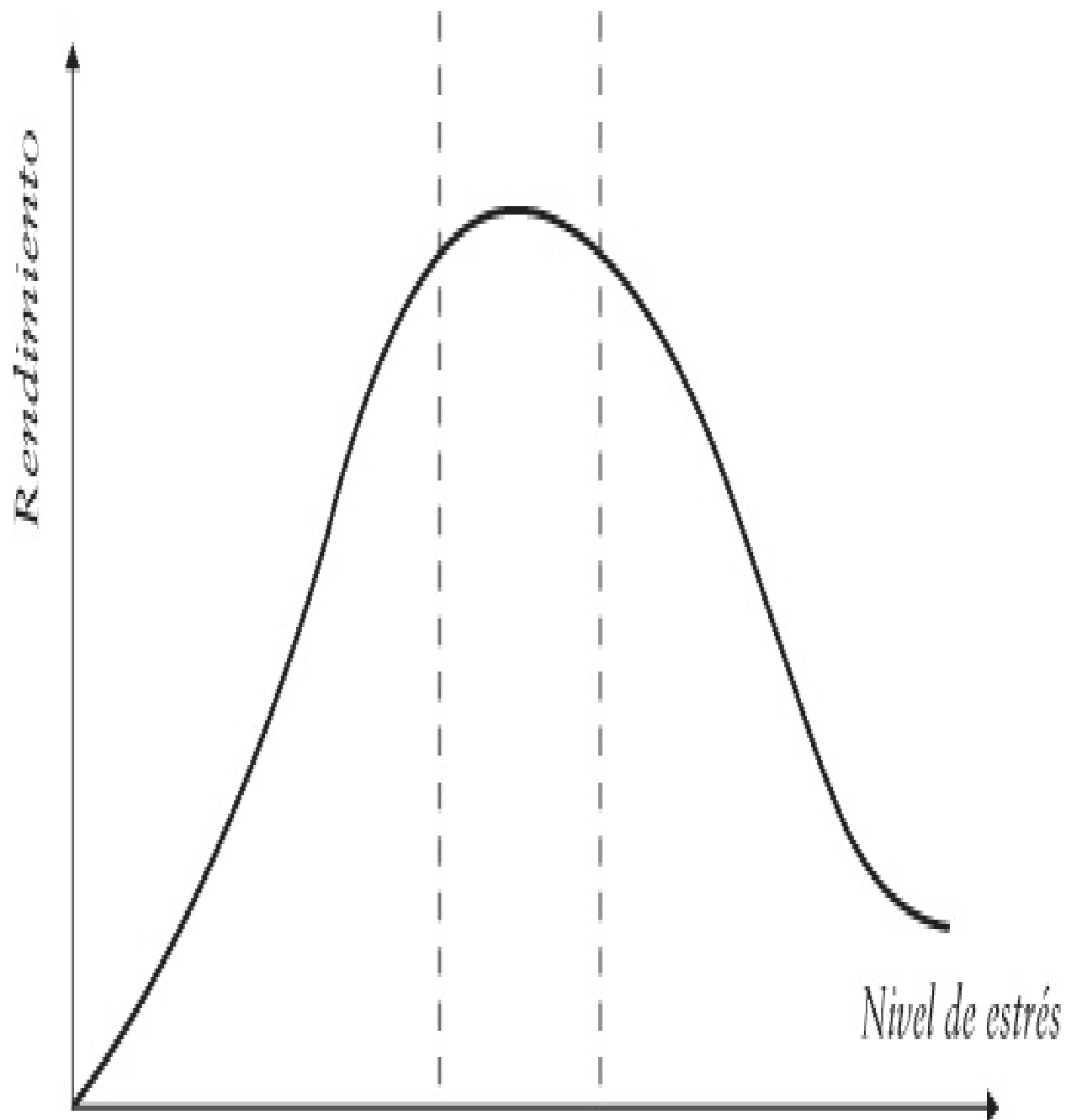
sienten un gran temor cuando tienen que hablar delante de un grupo. Muchos niños y adolescentes experimentan el mismo tipo de dificultad, sobre todo en el ámbito escolar, en los controles y exámenes orales. Por muy invalidante y embarazoso que sea, el miedo escénico es compatible con un cierto grado de éxito académico o profesional (aunque obstaculice el acceso a profesiones o funciones que impliquen hablar en público a menudo). No obstante, hay casos en los que puede resultar catastrófico para el individuo: todos los profesionales de la interpretación lo saben. Quienes trabajan en la música, en las artes escénicas o en el deporte experimentan con frecuencia un miedo escénico paralizante. Algunas encuestas han demostrado, por ejemplo, que casi uno de cada cinco músicos profesionales sufre miedo escénico. Esto se considera un problema, ya que la mayoría de los músicos que lo padecen se han sometido a algún tipo de tratamiento.²⁰

C) Miedo escénico y rendimiento. A menudo también elevado a «pánico», el miedo escénico tiene una relación compleja con el estrés: este último se define como el conjunto de las manifestaciones que se dan en un sujeto cuando tiene que adaptarse a las exigencias de su entorno.²¹ Con el miedo escénico, nos encontramos ante la misma problemática que con el estrés: demasiado o muy poco miedo escénico puede resultar contraproducente, mientras que el rendimiento óptimo vendrá facilitada por una dosis media de miedo escénico.

Este es el sentido de la famosa anécdota de Sarah Bernhardt, quien, ante la afirmación de una joven actriz de que nunca había sentido miedo escénico, ella respondió: «Te llegará con el talento». Aunque el miedo escénico puede movilizar los recursos de un individuo, también puede desorganizarlos, lo cual dependerá de una serie de factores que aún no se comprenden del todo. Parece, por ejemplo, que un cóctel de miedo escénico y confianza en uno mismo puede conducir a un rendimiento óptimo, en la que el miedo escénico desempeña un papel activador. Pero esto no se cumple en todos los contextos, y este tipo de ecuación es probablemente más acertada en el caso de los deportistas que en el de los músicos. Para estos últimos, el desempeño de la acción está más canalizado (motricidad ligera) y es discontinuo (frecuencia de pausas y tiempos muertos en el rendimiento, que propicia anticipaciones ansiosas).

FIGURA 1

Relación estrés-rendimiento (según Yerkes y Dodson, 1908)



Zona de subestimulación

Zona de funcionamiento óptimo

Zona de sobreestimulación

3. La eritrofobia

«Si alguien afirma «me han robado el paraguas» en mi presencia, inmediatamente me altero y cambio de color. Yo, que no soporto los paraguas, que nunca los uso, ¡que ni me inmutaría por nada relacionado con esos instrumentos! Sí, en un instante adquiero una «pinta de circunstancia», un aspecto que a todas luces resulta sospechoso. Siento la necesidad de exculparme. Farfullo. Improviso dos o tres anécdotas, algunas falsas, para demostrar que desconocía la existencia del paraguas, que yo estaba ausente cuando desapareció...».

Diario de Salavin, GEORGES DUHAMEL

A) Definición. Del griego erythros, que significa «rojo», la eritrofobia, o miedo a ruborizarse, sigue siendo una de las formas más singulares de ansiedad social. Ilustra perfectamente cómo el «miedo a los demás» que caracteriza a la timidez puede ser efectivamente un auténtico «miedo a uno mismo». Parafraseando la famosa frase de Sartre en *Las manos sucias*, se podría decir que, para quien tiene eritrofobia, el infierno son los demás mirando su rubor. De hecho, el problema no es solo el rubor en sí, común en muchas personas, sino sobre todo el hecho de que la persona que lo sufre se focaliza en él.

El rubor es el síntoma emblemático de la timidez en los seres humanos: ninguna otra especie presenta este tipo de manifestación asociada a la aprensión o la vergüenza.

B) Características. La eritrofobia abarca toda una serie de manifestaciones complejas, las más importantes de las cuales las describiremos a continuación:

—es incontrolable: el rubor no se puede controlar y, además, se ve agravado por

los intentos de controlarlo. Cuanto más intenta el sujeto no ruborizarse, más se centra en su vergüenza, más se preocupa por ella y más la amplifica con el aumento de su nivel de activación emocional;

—parasita las interacciones sociales: en cuanto aparece, el rubor se convierte en objeto de una sobreinversión del sujeto, que lo tendrá extremadamente difícil para continuar con normalidad la conversación que estaba manteniendo, y que se centrará en el problema («esto no es normal», «otra vez lo mismo», «¿qué pensará la gente de mí?») en lugar de concentrarse en la interacción en curso;

—es imprevisible: el rubor, originalmente asociado a situaciones embarazosas, acaba produciéndose de forma anárquica, aun en ausencia de cualquier cuestión emocional. Los sujetos con eritrofobia pueden ruborizarse aun cuando no están siendo observados; por ejemplo, al teléfono o pensando en una escena incómoda;

—causa vergüenza: aunque pueda parecer extraño y desproporcionado a un observador externo, sonrojarse delante de los demás representa la peor de las desgracias para una persona con eritrofobia. El sujeto se convence de que la otra persona desarrollará inmediatamente un menosprecio hacia él o ella: «Alguien que se ruboriza es una persona sin valor, sin personalidad, sin interés, sin fuerza, sin virilidad, que está enamorada de la otra persona...». Por eso, las personas con eritrofobia recurren a numerosas estrategias de disimulo: se maquillan, se tapan la cara con el pelo, llevan jerséis de cuello alto incluso en verano para ocultar el rubor del pecho, echan las cortinas para asegurarse la protección de la sombra, fingen estornudos para ocultar el rostro con un pañuelo, llegan al extremo de huir de las miradas indiscretas...

—tiene un carácter obsesivo: podemos entender cómo el miedo a ruborizarse delante de los demás adquiere en estos sujetos un carácter obsesivo y unas proporciones a veces incomprensibles por quienes los rodean, ya que cualquier circunstancia social puede convertirse en objeto de evaluación: «¿Esta situación hará que me sonroje delante de los demás?». Como hemos visto, esta polarización acaba convirtiéndose, por sí misma, en uno de los principales factores desencadenantes del rubor.

C) Mecanismos psicológicos. Muchos sujetos con eritrofobia al principio están convencidos de que su trastorno tiene un origen hormonal o circulatorio. Un

autor de principios de siglo XXI²² relataba cómo un paciente obsesionado por su rubor se curó (aunque solo temporalmente), al haberle hecho creer que le habían sangrado para librarle del exceso de hemoglobina. Por supuesto, las cosas son más complejas, y la eritrofobia es un buen ejemplo de la importancia de los fenómenos psicológicos en ciertas ansiedades sociales. El funcionamiento psicológico típico de una persona con eritrofobia puede resumirse del siguiente modo:

—el sujeto está convencido inicialmente de que el más mínimo enrojecimiento en su rostro o pecho es visible desde el exterior («se me nota la vergüenza en la cara»);

—cree que la otra persona reparará en ello («todo el mundo se dará cuenta enseguida»);

—deduce entonces que la otra persona atribuirá un juicio de valor negativo a este rubor («no es anodino, verán que soy débil y vulnerable»);

—está convencido de que este juicio de valor provocará rechazo, con diversos grados de ironía o menosprecio («me lo señalarán, me dominarán o me rechazarán»);

—está convencido del carácter ineludible de esta cadena de acontecimientos, por lo que llega a la conclusión de que es mejor hacer lo posible —y, por tanto, huir de todo— para evitarla («cualquier cosa antes que ruborizarme delante de los demás»).

D) Eritrofobia y entorno. Al igual que otras manifestaciones de la ansiedad social, la eritrofobia abarca todos los grados de intensidad, desde la discreta vergüenza que sienten las personas propensas a ruborizarse, pero que no renuncian a enfrentarse a situaciones sociales, hasta la profunda angustia que sienten aquellos para quienes ruborizarse es un signo de debilidad. El rubor suele ser objeto de bromas y burlas por parte de las personas del entorno, y el tímido ruborizado es una figura emblemática de la ansiedad social, tal y como se retrata en el cine o en los dibujos.²³ Los etólogos y especialistas en comunicación no verbal nos recuerdan con razón que la palidez de un individuo es más preocupante que el rubor. Según ellos,²⁴ la palidez asociada a la activación del sistema nervioso simpático señala a un individuo dispuesto a pasar a la acción (y

posiblemente de forma agresiva), mientras que el rubor, que indica la activación del sistema nervioso parasimpático, nos dice que el sujeto ya ha superado el momento paroxístico de preparación para la acción y, por tanto, es relativamente inofensivo, más bien ahogado en sus emociones que movilizado por ellas... El viejo deporte de hacer sonrojar a la gente («sí, sí, te has puesto rojo») no parece que vaya a desaparecer pronto.

LAS FORMAS PATOLÓGICAS

Si la timidez y sus formas derivadas pueden provocar una desventaja, ¿qué decir de algunas de sus formas extremas, que representan enfermedades psicológicas especialmente graves? El estudio de las fobias sociales y de las personalidades evitativas es relativamente reciente. Aunque el término «fobia social», acuñado por el psiquiatra francés Pierre Janet,²⁵ se remonta a principios del siglo pasado, hasta la década de 1970 estos trastornos no se empezaron a tener en cuenta de forma sistemática.

1. La fobia social

La timidez es a la fobia social lo que un esguince a una fractura: algunos de los síntomas pueden parecer similares al observador inexperto, pero en el segundo caso se trata de una afección mucho más preocupante, con una evolución más amenazadora.²⁶

Existen dos diferencias principales entre estas dos familias de afecciones:

—la intensidad de los síntomas: en determinadas situaciones sociales, lo que en la timidez es mera aprensión o incomodidad, en la fobia social se convierte en una verdadera sensación de pánico;

—la evitación omnipresente: para evitar los ataques de pánico en situaciones sociales, el sujeto con fobia tenderá a eludirlas sistemáticamente o a huir de ellas, mientras que la persona tímida a menudo podrá afrontarlas, aunque no sean de su agrado.

A) Definición y características principales. Una definición clásica de la fobia

social nos la da el manual de diagnóstico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría,²⁷ actualmente uno de los más utilizados en el mundo:

—Miedo persistente a una o varias situaciones (situaciones sociales fobógenas) en las que el sujeto está expuesto a la posible observación atenta de los demás y en las que teme actuar de forma humillante o embarazosa (por ejemplo, ser incapaz de seguir hablando en público, tener miedo a atragantarse cuando come delante de otras personas, no ser capaz de orinar en aseos públicos, tener miedo a temblar cuando escribe en presencia de otras personas, decir estupideces o ser incapaz de responder a preguntas en situaciones sociales):

—la situación o situaciones fobógenas se evitan o se experimentan con intensa ansiedad;

—las conductas de evitación interfieren en el rendimiento profesional o en las actividades o relaciones sociales habituales. Puede haber un sentimiento de angustia ante la idea de tener un miedo de este tipo;

—el sujeto reconoce el carácter excesivo o irracional de sus temores.

Podemos distinguir formas específicas (limitadas a una o dos situaciones temidas) o generalizadas (todas las situaciones sociales a las que hay que enfrentarse, fuera del círculo de personas cercanas, son objeto de temores fobógenos).

La prevalencia de la fobia social es considerable: en sus formas más graves, se cree que afecta a entre el 2 % y el 4 % de la población.²⁸ Algunos estudios epidemiológicos muestran que hasta un 10 % de la población podría padecer formas menos intensas de fobia social, que no dejan de ser muy incapacitantes.²⁹ Visto desde este ángulo amplio, la fobia social representaría la tercera patología mental más común, solo por detrás de la depresión y el alcoholismo.

B) La fobia social en la vida cotidiana. El hándicap social y el sufrimiento individual son el pan de cada día de quienes padecen fobia social.

a) El hándicap social. La fobia social va acompañada sistemáticamente de disfunciones sociales importantes.³⁰ Dada la intensidad de la ansiedad que se siente ante las situaciones sociales más inocuas (el cruce de miradas con una persona sentada enfrente, una conversación casual con un tendero, una invitación a comer o a salir por la noche, etc.), la vida de la persona con fobia social es extremadamente complicada, y se caracteriza por la evitación constante. Cómo no mantener una conversación con el panadero, cómo no cruzarse con un compañero en los pasillos, cómo no hacer una presentación oral, cómo no coincidir en el ascensor con un vecino... Las estratagemas desplegadas para evitar las interacciones cotidianas no siempre pasan desapercibidas, pero en general a las personas con fobia social rara vez se las percibe como tímidas. Lo más frecuente es que se muestren frías, distantes, incómodas, con comportamientos extraños y, a veces, francamente desagradables o maleducadas, sobre todo cuando su estatus social se lo permite. Rousseau describe bien este fenómeno en sus Confesiones: «Como mi estúpida y loca timidez, que me era imposible vencer, reconocía por causa el temor de faltar al buen parecer, tomé para alentarme la resolución de no hacer caso de él. Me volví cínico y cáustico por vergüenza; afectaba menospreciar la galantería que no sabía practicar».

Todo ello se deriva a menudo del deseo, o más bien de la necesidad, de la persona con fobia social de mantener a distancia a sus interlocutores potenciales, para no ser observada y evaluada demasiado de cerca. La búsqueda e incluso el placer del contacto humano, perceptibles en el sujeto tímido, ya no son identificables aquí por los interlocutores, que se sentirán menos inclinados a acercarse a tales individuos. La proporción de personas solteras o separadas es muy elevada entre la gente con fobia social. Su historial educativo y profesional suele ser más pobre que el de la población general, debido, evidentemente, a sus dificultades para afrontar todas las etapas de lo que para ellos es una carrera de obstáculos de pesadilla: exámenes orales, entrevistas laborales, relaciones con los compañeros de trabajo, etc. Casi el 90 % de los pacientes con fobia social creen que su afección tiene un efecto adverso en sus aptitudes profesionales.

b) Sufrimiento individual. El estudio de las complicaciones y de la comorbilidad (existencia de otras patologías mentales asociadas) de la fobia social revela mucho sobre el grado de sufrimiento causado por esta afección. Un gran número de bebedores compulsivos (de un 10 % a un 50 %, según la mayoría de los estudios) son en realidad personas con fobia social, que recurren al alcohol como ansiolítico, puesto que les permite enfrentarse un poco mejor al mundo que los rodea. Más del 70 % de las personas con fobia social toman tranquilizantes, si

bien no les resultan muy eficaces. En general, los trastornos de ansiedad son considerablemente más frecuentes entre las personas con fobia social, al igual que el riesgo de depresión y suicidio...31

c) Evolución. La fobia social suele aparecer en la adolescencia, aunque algunas formas pueden surgir en la infancia. Un adulto con fobia social no siempre fue un niño tímido, y a veces puede haber sido un poco payaso o un líder, pero casi siempre habrá sido un niño ansioso. La aparición más tardía, en la edad adulta o después de los cuarenta años, es posible, pero la mayoría de las veces corresponde a fobias sociales latentes, que no se manifestaron únicamente porque el sujeto vivía en un microcosmos particularmente estable y protegido: la enfermedad aparece, pues, en el momento de un cambio existencial importante (divorcio, hijos que se independizan, cambios profesionales, mudanzas, etc.).

Una vez que han aparecido, los síntomas de la fobia social son notablemente persistentes y apenas tienden a remitir de manera espontánea, contrariamente a la retórica tranquilizadora de algunas personas de su entorno, para quienes «todo se pasa con los años»... La forma en que las personas con fobia social organizan sus vidas suele agravar el proceso: cuanto más evitan las situaciones sociales, más conservan estas su potencial de provocarles ansiedad y desestabilizarlas. En el plano psicológico, las personas con fobia social viven con la convicción constante de que toda situación social entraña un posible peligro (de agresión, burla o menosprecio). Tienden a interpretar que cualquier comportamiento neutral o incluso positivo de su entorno esconde intenciones hostiles o sarcásticas (el silencio se percibe como señal de que se los juzga, una sonrisa como ironía o condescendencia, una pregunta como un intento de desestabilización, etc.). Esto explica por qué, a diferencia de la persona tímida, la persona con fobia social no siempre encuentra sosiego en la repetición del contacto con la gente de su alrededor; a veces ocurre lo contrario, y el sujeto piensa que, cuanto más sepan los demás sobre él, más probable es que se den cuenta de sus dificultades y lo juzguen desfavorablemente. Del mismo modo, en comparación con quien padece miedo escénico, que siente una ansiedad máxima antes de la actuación, pero que luego disminuye muy rápidamente durante la acción misma, la persona con fobia social ve cómo su ansiedad aumenta y la paraliza gradualmente a lo largo de su intervención.

Todas estas dificultades explican hasta qué punto la ansiedad ante las relaciones humanas acaba extinguiendo el deseo de una vida relacional normal, algo propio de las personas con fobia social.

d) Médicos, psicólogos y personas con fobia social. Por inverosímil que parezca, los profesionales sanitarios han ignorado la fobia social durante mucho tiempo. Se ha confundido con la timidez o equiparado a la esquizotimia, y no se ha estudiado ni tratado con rigor. Hubo que esperar hasta la década de los setenta para que varios equipos especializados comenzaran a estudiarla, pero hasta hace poco seguía siendo un «trastorno no reconocido».32 Aún queda mucho trabajo de información por hacer para con los profesionales de este campo. Con demasiada frecuencia, la fobia social no se diagnostica (se calcula que solo el 4 % de las personas con fobia social reciben un diagnóstico y un tratamiento adecuados a su patología). La Asociación Mundial de Psiquiatría ha asumido recientemente esta tarea;33 esperemos que sus esfuerzos den fruto, para que las personas con fobia social puedan poner fin a su inmensa soledad.

2. La personalidad evitativa

Aún poco conocida, la personalidad evitativa representa una forma de ser, pensar y actuar en situaciones sociales caracterizada por la desconfianza, la vulnerabilidad y la evitación sistemáticas y racionalizadas.

A) Definición

a) Características principales. Si nos remitimos a los criterios del DSM-IV (el manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría) mencionados anteriormente, la personalidad evitativa se caracteriza por los siguientes rasgos:

—un patrón general de inhibición social, sentimientos de no estar a la altura e hipersensibilidad al juicio negativo de los demás que aparece en los primeros años de la edad adulta;

—el sujeto presenta al menos cuatro de los siguientes síntomas:

—evita las actividades sociales o profesionales que implican un contacto significativo con los demás, por miedo a la crítica, a la desaprobación o al

rechazo;

—es reacio a involucrarse con los demás a menos que esté seguro de ser querido o apreciado;

—es reservado en las relaciones íntimas por miedo a exponerse a la vergüenza o al ridículo;

—se inhibe en nuevas situaciones interpersonales por la sensación de no estar a la altura;

—se autopercibe como socialmente incompetente, poco atractivo o inferior a los demás;

—es especialmente reticente a asumir riesgos o a participar en nuevas actividades por miedo a pasar vergüenza.

b) La relación con la fobia social. Como podemos ver, existen muchas similitudes entre el trastorno de personalidad evitativa o por evitación y la fobia social y sus respectivos síntomas, pero cuentan con rasgos diferenciadores:

—el primero es la relación del sujeto con sus dificultades: como todos los trastornos de la personalidad, la personalidad evitativa es un trastorno egosintónico, es decir, el paciente acepta sus síntomas como parte integrante de su persona y su carácter. En consecuencia, rara vez se siente motivado a hacer algún esfuerzo por cambiar su personalidad, a menos que se vea obligado por su entorno o por determinados acontecimientos, y tampoco busca ayuda o tratamiento. La fobia social, en cambio, es un trastorno en el que la persona que lo padece considera que sus síntomas son un obstáculo para su realización personal;

—la segunda diferencia radica en el carácter «proyectivo» de la personalidad evitativa: mientras que el fóbico social tiende a menospreciarse a sí mismo, atribuyéndose una parte preponderante de la responsabilidad de sus dificultades («no estoy a la altura en las relaciones con los demás...»), el sujeto con personalidad evitativa tenderá a adoptar la actitud contraria, atribuyendo a las personas con las que trata, o al género humano en general, la responsabilidad de las dificultades en el diálogo («la gente no se esfuerza por volcarse en los

demás...»).

Pero los dos trastornos están tan estrechamente relacionados que es muy posible que las personalidades evitativas sean en realidad formas graves o avanzadas de fobia social. Se cree que la incidencia del trastorno de la personalidad evitativa confirmado es bastante baja en la población general, en torno al 1 % de los sujetos.³⁴ Pero las formas leves están sin duda mucho más extendidas.

B) La personalidad evitativa en el día a día. Las personas con una personalidad evitativa han hecho suya la famosa cita de Plauto: «El hombre es un lobo para el hombre». Su visión del mundo es la de un universo marcado por la falta de fiabilidad de los demás, la inutilidad de los esfuerzos de comunicación, la inevitable decepción que seguirá a cualquier inversión afectiva. Todo esto, por supuesto, no es más que la manifestación de una vulnerabilidad extrema ante todo lo que pueda representar rechazo o desaprobación, y atestigua un alto nivel de expectativas sobre lo que idealmente deberían ser unas relaciones humanas dignas de tal nombre. Al igual que en la fobia social, se teme tanto a las situaciones sociales que pueden provocar cierto grado de ansiedad; pero incluso más que en la fobia social, estas situaciones se evitan de forma muy metódica, ya sea mediante la procrastinación (la tendencia a dejar sistemáticamente las cosas para el día siguiente), o de manera a menudo sutil y discreta, bajo numerosos y falaces pretextos: ir a una fiesta no me aporta nada, me agota y no me interesa; si hablo con los vecinos les daré motivos para ser invasivos más adelante; si pido algo a mi superior, podría contrariarlo, etc. La función de estas racionalizaciones es obvia: evitar el autodesprecio, tan común en las personas con fobia social e incluso en las personas tímidas, presentando la evitación como una conducta lógica y elegida libremente. Dada la pobreza de la vida y de sus recompensas para las personalidades evitativas, lo que los psicoanalistas llaman la «amenaza depresiva» es de hecho permanente para ellas, y por tanto todos los medios son buenos para combatirla. Incluido mentirse a sí mismos, como la zorra de la fábula de La Fontaine La zorra y las uvas. Incapaz, a pesar de sus esfuerzos, de alcanzar las codiciadas uvas, situadas en una parra demasiado alta, la zorra se consuela como puede, convenciéndose a sí misma de que «están demasiado verdes, y son buenas para los patanes...».

C) ¿Personalidad o trastorno de la personalidad? Al igual que la timidez, la personalidad evitativa parece estar a caballo entre la patología y el funcionamiento «normal». Pero esta normalidad no es más que una fachada. Y la ausencia de búsqueda de ayuda, que suele ser la norma, no debe juzgarse como tranquilizadora. Si la salud física puede definirse como «la vida en el silencio de los órganos», la salud mental no es solo la ausencia de afecciones o síntomas. ¿Puede considerarse que el mundo de amargura y soledad de quienes presentan personalidades evitativas es el resultado de una elección libre por parte del individuo? ¿Podemos pretender renunciar a algo que en realidad no somos capaces de conseguir? ¿Es posible disfrutar de una vida equilibrada y agradable y, al mismo tiempo, rehuir las relaciones auténticas con nuestros semejantes sin admitirlo, con una visión profundamente negativa y desencantada con la naturaleza humana? Las preguntas no acaban ahí: ¿tienen derecho los médicos y psicólogos a juzgar como patológicos comportamientos que no son el motivo por el cual quienes los padecen piden ayuda? ¿Sobre todo (lo que no es el caso de todos los trastornos de la personalidad) cuando los afectados no hacen daño a nadie más que a sí mismos?

Todas estas inquietantes cuestiones son las que plantean las personalidades evitativas. El debate está lejos de terminar...

LAS PSEUDOTIMIDECES

Bajo este epígrafe describiremos un grupo dispar de patologías o tendencias que pueden confundirse con la ansiedad social, o que pueden coexistir con ella. La única homogeneidad entre estos trastornos es que pueden ser el motivo por el que quienes los padecen piden ayuda para tratar su timidez o ansiedad social, cuando en realidad se trata de algo muy distinto. Esto es lo que en medicina se llama «diagnóstico diferencial».

1. Agorafobia

La agorafobia es un trastorno de ansiedad incapacitante por el que la persona que lo padece tiene miedo a salir de casa o de cualquier lugar considerado familiar y seguro, por temor a sufrir una enfermedad grave (que podría conducir a la muerte o a la locura). Entre los lugares que las personas con agorafobia temen especialmente se encuentran muchos sitios públicos y concurridos (de ahí el nombre de este trastorno, pues el término significa, etimológicamente, «miedo a los lugares públicos»), y de los que puede resultar difícil escapar rápidamente, como grandes almacenes, cines, transporte público, veladas sociales, etc. La evitación de estos contextos por parte de las personas con agorafobia puede dar la impresión de que temen el contacto social, sobre todo porque a menudo se sienten menospreciadas ante la idea de que su malestar pasará desapercibido. La mayoría de las veces, sin embargo, no pasa de ahí, y las personas con agorafobia son perfectamente capaces de establecer múltiples vínculos estrechos con el mayor número posible de personas de su entorno. No obstante, hay que tener en cuenta que ambas enfermedades pueden estar asociadas: algunos estudios demuestran que casi una de cada dos personas con fobia social desarrollará agorafobia a lo largo de su vida. La dificultad reside sin duda en la forma de recoger los datos en las encuestas epidemiológicas: si la recogida de datos se efectúa por medio de cuestionarios, los riesgos de confusión aumentan, porque

las situaciones temidas son a menudo las mismas, pero los mecanismos de los miedos son completamente diferentes. Históricamente, cabe señalar que los primeros esfuerzos por individualizar la fobia social se basaron en diferenciarla de la agorafobia.

2. Esquizotimia

Se trata de un trastorno de la personalidad, para la cual el DSM-IV propone la siguiente definición: un patrón general de indiferencia hacia las relaciones sociales y capacidad restringida de expresión emocional, que aparece en los primeros años de la edad adulta y comprende al menos cuatro de las siguientes manifestaciones:

- no busca ni valora las relaciones estrechas, incluidas las intrafamiliares;
- casi siempre elige actividades solitarias;
- rara vez o nunca dice (o parece) sentir emociones fuertes, como ira o alegría;
- muestra poco o ningún deseo de tener experiencias sexuales con otras personas;
- parece indiferente a las críticas o alabanzas de los demás;
- no tiene amigos íntimos o confidentes (o solo uno), aparte de los familiares de primer grado;
- muestra un embotamiento del afecto (por ejemplo, se muestra distante, frío, rara vez responde a gestos o expresiones faciales como sonrisas o asentimientos).

Como puede observarse, existe una diferencia notable con respecto a los trastornos emparentados con la timidez: el sujeto con esquizotimia no tiene ningún deseo de establecer contacto con los demás (a diferencia de la persona

tímida o con fobia social) y se muestra relativamente indiferente al juicio ajeno (a diferencia de la personalidad evitativa). Sin embargo, la evitación social de estas personas a veces puede malinterpretarse como un signo de ansiedad social.

Esto no significa que no se deban tener en cuenta estas evitaciones, ya que se ha demostrado que el aislamiento social es perjudicial para la salud mental de estos pacientes y puede incluso favorecer las tendencias delirantes. Con todo, es difícil ayudarlos a desarrollar lo que llamamos sus «habilidades sociales», vista su escasa motivación inicial.

3. Otras patologías

A) Depresión. Es habitual que los pacientes con depresión muestren cierto grado de retraimiento y aislamiento social, lo cual forma parte integrante de los síntomas de su patología. Ciertas formas de depresión, conocidas como las «depresiones atípicas», se caracterizan incluso por una mayor vulnerabilidad en las relaciones interpersonales y una mayor sensibilidad a las críticas y a todo lo que pueda percibirse como rechazo o desaprobación. Pero los demás síntomas depresivos (tristeza intensa, permanente e invalidante; incapacidad para realizar las actividades habituales, incluso las no sociales, etc.) permiten distinguirlas con bastante facilidad. Sin embargo, como hemos visto, la depresión suele complicar la vida de muchas personas tímidas y con fobia social. Por lo tanto, el tratamiento de la depresión debe preceder al de la fobia social.

B) Dismorfofobia. Este trastorno consiste en la convicción por parte de quien lo sufre de que tiene algún defecto o malformación física (como la nariz o las orejas demasiado grandes), cuando en realidad los demás consideran que su aspecto físico es normal. También puede ser el resultado de una preocupación excesiva por un leve «defecto» físico (figura, calvicie, etc.). Puede llevar a la persona a evitar determinadas situaciones sociales y a sentir que quienes la rodean se centran en observar el presunto defecto. En este caso, no es toda su persona lo que el individuo teme que se juzgue negativamente, sino simplemente un detalle. Así pues, los sujetos están convencidos de que, si se corrigiera ese detalle, todo iría mejor (lo cual no siempre es evidente, como pueden atestiguar

los cirujanos plásticos). Algunas eritrofobias se parecen bastante a estos mecanismos de pensamiento («si no me sonrojara, se acabaría el problema»). La psicoterapia para las personas con dismorfofobia es muy delicada: aunque siempre hay que tener en cuenta la dimensión de la ansiedad social, surgen otras dificultades, relacionadas con la autoestima y la imagen corporal, que suelen alargar la duración de la terapia.

C) Hándicaps. Las personas que presentan algún hándicap, como una cojera, malformaciones faciales o tartamudez,³⁵ desarrollan a veces cierto grado de ansiedad social como consecuencia de dicho hándicap, lo que puede llevarlas a temer la mirada de los demás. A menudo, guardan recuerdos de burlas o humillaciones en el pasado, ya sean reales o percibidas, que han alimentado su desconfianza. Con frecuencia, es necesario ayudar a estas personas a superar esta ansiedad social, que obviamente exagera la incomodidad ligada al problema inicial.

D) Paranoia sensitiva. Una forma particular de paranoia, descrita en el siglo pasado por el psiquiatra alemán Kraepelin, afecta a sujetos vulnerables, introvertidos y muy «emocionales», propensos a «sentir la menor simpatía como absoluta y la menor reserva como traición».³⁶ Estas personas, que a menudo viven aisladas, suelen estar sujetas a «delirios de relación» con respecto a sus vecinos o a su entorno; como todos los delirios paranoides, se caracterizan por una tendencia a sobreinterpretar las más mínimas acciones de quienes las rodean, pero de un modo menos combativo y reivindicativo que en la paranoia «clásica». Su aparente timidez enmascara una gran vulnerabilidad. Las modalidades de tratamiento suelen implicar el uso de fármacos psicotrópicos.

4. Rasgos de carácter

A) Autoestima y confianza en uno mismo. La autoestima es un concepto difícil de definir con precisión, que gira en torno a la imagen que las personas tienen de sí mismas y de sus capacidades. Está estrechamente ligada al entorno afectivo y

educativo en el que crecemos y al refuerzo positivo que recibimos de nuestros padres. La baja autoestima forma parte de muchos trastornos psicológicos, como la timidez y la ansiedad social, pero no de forma sistemática. De hecho, muchas personas tímidas sufren más bien simplemente una falta de confianza en sí mismas: tienen una visión bastante positiva de sus capacidades y son capaces de reconocer sus propias cualidades. Pero valoran desfavorablemente su potencial para desenvolverse eficazmente en situaciones sociales. Sin duda, muchos autores han podido hablar del «orgullo de los tímidos» a partir del funcionamiento mental de tales sujetos, describiendo una exageración de este fenómeno perceptible en algunas personas, que se refugian en una frenética autorrevalorización para compensar las frustraciones experimentadas a diario. Hablando de la esposa de Alphonse Daudet, Jules Renard escribió en su Diario: «La señora Daudet era como una niña pequeña sentada a la mesa de Hugo. No se atrevía a decir nada, sin duda por miedo a ser confundida con las engreídas que rodeaban al maestro. En el fondo, esta timidez era orgullo...».

B) Introversión. Los diccionarios definen la introversión como una tendencia a «prestar atención solo a sí mismo, a su persona y no al mundo». Los psicólogos completan el cuadro describiendo a la persona introvertida como alguien reservada y distante, excepto con los amigos, que controla mucho sus sentimientos y cómo los expresa. La mayoría de los estudios muestran una fuerte correlación entre timidez e introversión. Pero estas son dos dimensiones en parte independientes: un introvertido puede perfectamente no ser tímido y permanecer callado y reservado por gusto más que por ansiedad, sin sentir la más mínima frustración. Incluso es posible que algunas personas tímidas sean fundamentalmente extrovertidas y que revelen esta dimensión de su personalidad solo en entornos favorables y seguros. Muchos padres de niños tímidos los describen como personas perfectamente cómodas y parlanchinas en el seno de la familia.

C) Misantropía. A mediados del siglo XVII, el término «misántropo» designaba (también) una silla de ruedas estrecha en la que solo podía sentarse una persona. Hoy en día, una persona misántropa es aquella que manifiesta aversión por el género humano y presenta un temperamento sombrío; es amante de la soledad y evita la sociedad. La persona misántropa dice —y parece— haber tomado una

decisión: prefiere la soledad (o la compañía de animales domésticos) a la compañía de otras personas. Pero el debate aquí es el mismo que en el caso de la personalidad evitativa: ¿podemos creernos este tipo de discurso hasta el final? Recordemos estas crueles líneas de Cioran: «Todo misántropo, por sincero que sea, recuerda por momentos a aquel viejo poeta, postrado en cama y completamente olvidado, que, furioso con sus contemporáneos, había decretado que ya no quería recibir a ninguno de ellos. Su mujer, por caridad, llamaba al timbre de vez en cuando...». ¿Acaso no transmite el discurso del misántropo principalmente un sufrimiento cuidadosamente ocultado? ¿Qué pensar acerca de la vida, a fin de cuentas, de «esos misántropos que odian a todo el mundo y que ni siquiera se quieren a sí mismos» (Scarron)? Amargura, soledad, capacidad de decepción: una mirada atenta a los textos de los grandes escritores reputados como misántropos revela fuertes tendencias depresivas y, la mayor parte de las veces, evoca numerosos rasgos de personalidad evitativa. Pero tal lectura probablemente no sea la mejor manera de disfrutar de su genialidad...

MECANISMOS Y ORÍGENES

Los mecanismos y orígenes de la ansiedad social son tan diversiformes como sus expresiones. La cuestión se complica por el hecho de que los investigadores a menudo no trabajan sobre lo mismo: uno abordará la timidez desde el ángulo de la inhibición conductual en la infancia, mientras que otro trabajará sobre la aceleración del ritmo cardiaco en las personas con miedo escénico, y un tercero no se interesará más que por las formas graves y patológicas de la fobia social. De ahí la riqueza, pero también la heterogeneidad, de los datos disponibles: ¿debemos seguir presentándolos juntos, o sería preferible separar lo que corresponde a la timidez de lo que corresponde a la fobia social, por ejemplo?

De hecho, es posible que la fobia social no sea solo una forma grave de timidez, con una ansiedad mucho mayor y una evitación más imperativa, sino que represente una clase distinta de trastorno, en cuanto a sus mecanismos biológicos, los modos de transmisión familiar, etc. De la misma manera, el miedo escénico y la timidez, aunque relacionados, representan familias de dificultades con muchas diferencias.

Sin embargo, por otro lado, existen importantes similitudes, sobre todo a nivel psicológico (ansiedad de evaluación) y conductual (la evitación), que abogan por agrupar estas manifestaciones bajo una denominación genérica de ansiedad social.

Hasta la fecha, no existen argumentos decisivos a favor de ninguna de estas opciones: la agrupación federativa o la diferenciación específica. Por ello, hemos optado por facilitar una comprensión global del fenómeno reuniendo todos los conocimientos disponibles sobre el tema general de la ansiedad social.

LOS MECANISMOS DE LA ANSIEDAD SOCIAL

Los mecanismos de la ansiedad social encajan un poco como las muñecas rusas: en el centro hay un núcleo duro, basado en la perturbación casi animal que a veces puede suscitar en nosotros la mirada ajena; alrededor de esta tendencia instintiva hay un sistema de pensamiento apoyado en el miedo al juicio que puede esconder dicha mirada; finalmente, para completar y cerrar el mecanismo de este sistema hasta cierto punto, están los comportamientos del sujeto, sobre todo la evitación y la inhibición. Por último, se superponen tres miedos: el miedo a la mirada, el miedo al juicio y el miedo a la confrontación.

1. Miedo a la mirada

Ser objeto de observación no es banal para nadie. El hecho de que otra persona nos mire desencadena toda una serie de reacciones fisiológicas discretas sin que seamos conscientes de ello: signos de vigilia en el electroencefalograma, aceleración del ritmo cardiaco...³⁷ Cabe señalar que, en la mayoría de los mamíferos, la mirada fija suele representar un paso previo a la agresión: una de cada dos veces, mirar fijamente a los ojos a un mono Rhesus desencadena una reacción de ataque. En los perros también se observan reacciones de inquietud similares. En los seres humanos, existen diversos estudios que han llegado a las mismas conclusiones: si, por ejemplo, nos quedamos quietos en la acera, en un semáforo en rojo, y miramos fijamente a los conductores parados, estos reanudan la marcha mucho más rápidamente que aquellos a los que no miramos fijamente, después de haber manifestado toda una serie de comportamientos que atestiguan su malestar (movimientos y manipulaciones diversas en su habitáculo, etc.). Sabemos que muchos conflictos interpersonales pueden desencadenarse por el simple hecho de cruzar y mantener la mirada con alguien, tal y como han demostrado los estudios sobre los aficionados de los clubes deportivos.

Presentes en todos los individuos, estas reacciones son probablemente aún más

sensibles en las personas con ansiedad social. De hecho, se ha podido demostrar experimentalmente que la tendencia a evitar la mirada del interlocutor se correlaciona bastante bien con el grado de incomodidad experimentado. En una situación de experimento, los individuos que no hayan superado una prueba tolerarán el contacto visual con el experimentador la mitad de tiempo que aquellos que sí la han superado.

Como hemos visto, todas las situaciones temidas por las personas con ansiedad social tienen en común el hecho de que exponen al sujeto a la mirada ajena. Es muy probable que, para quien sufre de ansiedad social, la mirada represente un estímulo particularmente susceptible de desencadenar ansiedad y malestar, y que el umbral que determina si una mirada es demasiado persistente o demasiado invasiva sea mucho más bajo que en el caso del individuo que no padece ansiedad social. En algunos casos raros, la fobia a la mirada es más bien incluso una fobia a los ojos, y los sujetos llegan a tener dificultades para soportar su propia mirada en el espejo.

2. Miedo a ser juzgado

Aunque esté arraigada en una cierta «animalidad», la ansiedad social no deja de ser un fenómeno en el que predominan las manifestaciones psicológicas.

CUADRO 4

Características psicológicas de los sujetos con ansiedad social (adaptado de Cheek y Melchior, 1990)

Los sujetos con ansiedad social

1. Tienen la sensación de que toda interacción social será evaluativa. 2. Anticipan

Existen varios modelos teóricos que arrojan luz sobre todas estas manifestaciones psicológicas inherentes al miedo al juicio ajeno. A continuación veremos los principales.

A) El modelo de la ansiedad de evaluación. Para muchos autores, la timidez se fundamenta principalmente en la ansiedad de evaluación: la persona tímida se siente incómoda delante de los demás porque teme ser juzgada y evaluada, y que esta evaluación sea desfavorable. No todas las ansiedades de evaluación son directamente ansiedades sociales: es el caso, por ejemplo, del miedo a los exámenes escritos o a los test psicológicos. Pero las ansiedades sociales son muy a menudo ansiedades de evaluación, que implican miedo a la mirada ajena.

La persona tímida no siempre se da cuenta claramente de que tiende a sobrestimar tanto la agudeza de esa mirada como la severidad del juicio asociado. La mirada ajena es, en estos casos, portadora de una vigilancia atenta, que sondea los recovecos y debilidades de la persona tímida. Al menos, la persona tímida está convencida de ello: pasear por delante de la terraza de un café abarrotado se tomará como una prueba de psicomotricidad o de elegancia, charlar con un compañero de mesa desconocido se convertirá en una prueba de nivel cultural o intelectual...

Este miedo puede alimentarse de la nada: incluso en ausencia de reacciones críticas por parte del entorno, la obsesión con el juicio siempre está presente en la mente de la persona tímida. Del mismo modo, si cualquier acción o comentario es objeto de preocupación («¿lo he dicho o hecho bien?»), su mera ausencia puede hacer dudar a la persona tímida, como ilustra esta cruel frase del Diario de Jules Renard, experto en la materia: «Aunque no habla, se sabe que piensa tonterías».

Este miedo a la mirada de los demás no existe de forma aislada, y es evidente que está correlacionado con la percepción de vulnerabilidad personal, a la que se refiere el siguiente modelo teórico.

B) El modelo de la doble evaluación. Este modelo teórico se deriva del trabajo

sobre el estrés.³⁸ Postula que las personas tímidas perciben cualquier situación social como estresante, y que cuando se enfrentan a ella, proceden a una doble evaluación: una primaria, concierne a la forma en que el sujeto percibe la situación, el grado de exigencia que presenta y cualquier aspecto amenazante o incontrolable. Y una evaluación secundaria, que se refiere a la percepción que tendrá el sujeto de su capacidad para afrontar satisfactoria y dignamente la situación que le genera estrés.

FIGURA 2

El modelo de doble evaluación (según Lazarus y Folkman, 1984)

SITUACIÓN SOCIAL

evaluación primaria
del nivel de exigencia de la situación



evaluación secundaria
de las capacidades del sujeto
para afrontar la situación

Por ejemplo, un ponente que tenga que hablar ante un público hará inicialmente una evaluación (primaria) de las exigencias o amenazas de la situación: ¿el público es benévolo o crítico? ¿Qué acogida han tenido los ponentes anteriores? A continuación, hará una evaluación (secundaria) de su capacidad para afrontar la situación: ¿tiene bien controlada su presentación? ¿Está tranquilo o ya se ha puesto muy tenso? ¿Ha afrontado antes con éxito situaciones similares? El resultado de poner en una balanza estas dos evaluaciones es lo que determinará si existe o no ansiedad social, y si es leve o excesiva.

Las personas que padecen ansiedad social suelen tener una fuerte tendencia a sesgar este tipo de evaluaciones, sobrestimando sistemáticamente los peligros presentes en las situaciones sociales y subestimando considerablemente sus capacidades y su desempeño.

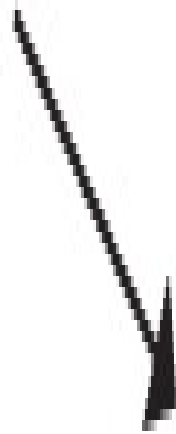
C) El modelo del autoconcepto. Este modelo propone que la ansiedad social surge cuando un individuo desea causar una impresión favorable en los demás, pero teme profundamente no ser capaz de lograrlo: la superposición de estos dos fenómenos le genera malestar.³⁹

La impresión favorable que el sujeto desea causar se aplica a todos los registros sociales posibles: competencia profesional, confianza en sí mismo, capacidades intelectuales u orígenes sociales, en función del contexto y los interlocutores. El deseo de causar una impresión favorable refleja la gran necesidad de reconocimiento y aprobación por parte de los demás que padece la persona con ansiedad social, que suele tener enormes dificultades para autogratificarse.

FIGURA 3

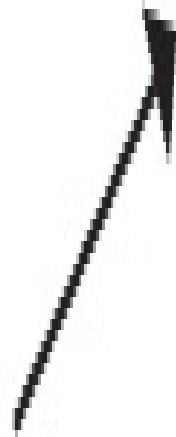
El modelo del autoconcepto (según Schlenker y Leary, 1982)

deseo de causar una
impresión favorable



ANSIEDAD SOCIAL

miedo a no ser capaz
de lograrlo



El miedo a no ser capaz de causar esta impresión favorable refleja una visión demasiado exigente de los criterios que hay que cumplir para obtener buenos resultados. En la mayoría de los casos, el listón está demasiado alto en relación con las capacidades del sujeto. Las personas con ansiedad social suelen fijarse metas que ni siquiera llegan a proponerse las que carecen de ansiedad social, como, por ejemplo, juzgar que una presentación ante un público habrá salido bien si ha sido de interés para todos y cada uno de los asistentes, si ninguno de ellos ha bostezado o hablado durante la exposición...

Estas exigencias excesivas, que convierten cualquier interacción social en una «misión imposible», han llevado a algunas personas, incluidos los psicoanalistas, a pensar que el miedo al fracaso del individuo con ansiedad social puede ser en realidad un miedo al éxito. Profundamente temerosa de las relaciones con los demás, la persona tímida se las arregla inconscientemente para evitarlas adoptando de manera sistemática comportamientos inadecuados. De hecho, esta suposición parece aplicarse solo a un número relativamente reducido de personas tímidas, pero subraya la gran ambivalencia que existe en la mayoría de los sujetos con ansiedad social, que desean establecer relaciones especiales pero temen no ser capaces de asumirlas hasta el final.

D) El modelo de la autoconciencia. Como hemos visto, la ansiedad social puede ir más allá de un «miedo a los demás» y alcanzar a veces el nivel de un «miedo a sí mismo», que eclipsa el miedo anterior: el sujeto teme sobre todo sus propias reacciones emocionales o su desasosiego ante la mirada de otra persona. Le preocupa ruborizarse, tartamudear, temblar, sudar, decir tonterías...

Es tal su miedo que a menudo pasará más tiempo observándose a sí mismo y escrutando la forma en que se muestra, para luego analizar la evolución de tales manifestaciones, que implicándose en la propia interacción. «Qué lástima que, un tanto desconcertado en el mundo, únicamente preocupado por el efecto que produzco, no piense en observar», apuntaba Jules Renard. Se ha demostrado que las personas con fobia social invierten casi un tercio del tiempo de una interacción estresante observándose a sí mismas.⁴⁰ Esta focalización del sujeto en todas las manifestaciones de la ansiedad social está abocada a perturbar aún más su vida social. Literalmente obsesionada por esta dolorosa y fanática

autoconciencia, la persona con ansiedad social sufre entonces un doble hándicap, una doble interferencia: por un lado, las propias manifestaciones y, por otro, lo que se dice sobre ellas (las «metacogniciones»).

FIGURA 4

Metacogniciones en la ansiedad social (según Cheek y Melchior, 1990)

Toma de conciencia sobre uno mismo
«Esto no funciona, estoy tenso/a...»
Focalización sobre los signos de ansiedad...



...físicos

...psicológicos

...conductuales

«¿Por qué tengo un nudo en el estómago?».

«¿Por qué siempre me preocupa tanto lo que vayan a pensar de mí?».

«No es normal que me bloquee de esta manera».

«Ojalá el corazón no me latiera tan rápido».

«Estoy harto/a de ser tan negado/a».

«Otra vez igual, creo que no voy a saber qué responder».



Agravamiento de los signos...



...físicos

...psicológicos

...conductuales

Nudo en el estómago, taquicardia, tensión muscular, rubor...

«Ya está, ya ha visto que soy raro/a».
«Me ridiculizarán para siempre».

Nerviosismo en los gestos, expresiones de vergüenza, silencios...

Desde este punto de vista, la ansiedad social se caracteriza por una excesiva atención a uno mismo, que impide que el intercambio fluya eficaz y satisfactoriamente, algo así como quien quiere detenerse demasiado en la forma en que camina, cuidando de poner un pie delante del otro, de doblar la rodilla, de levantar el pie izquierdo solo cuando el derecho esté apoyado en el suelo, etc. Esta sería, por supuesto, la mejor manera de tropezar o caer. Del mismo modo que escudriñarse constantemente es la mejor manera de no implicarse en un intercambio y de aumentar tu sensación de que eres incapaz de hacerlo, al tiempo que atraes la atención de la otra persona hacia tu incomodidad.

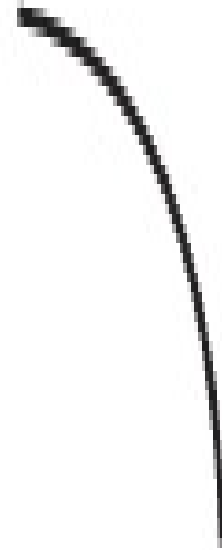
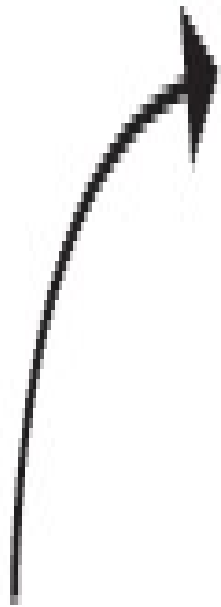
3. Miedo al afrontamiento

Es bastante lógico que, a partir de todo lo anterior, la persona con ansiedad social llegue a temer enfrentarse a situaciones relacionales. Puede elegir entonces entre dos estrategias principales: la evitación o la inhibición.

FIGURA 5

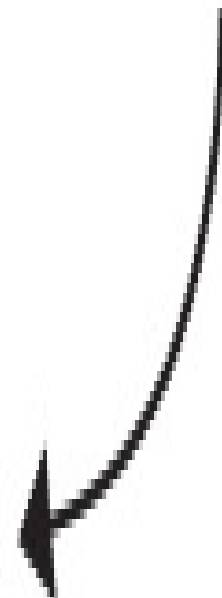
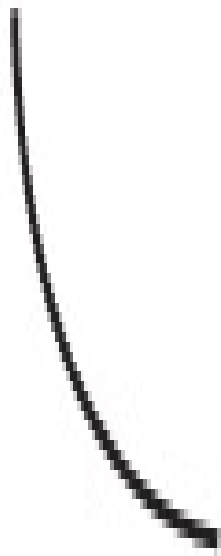
El bucle ansiedad-evitación

ansiedad social



refuerza

refuerza



evitación social

A) Evitación. Para la persona con ansiedad social, las situaciones relacionales representan una serie de experiencias aversivas, susceptibles de eliminar gradualmente el deseo de acercarse a los demás: cuando cada intercambio provoca ansiedad y da la sensación de haber sido ridiculizado o desacreditado, es tentador preferir abandonar. De hecho, esto es lo que acaba ocurriendo en los casos más graves, es decir, las personas con fobia social y las personalidades evitativas. Hemos descrito ya hasta qué punto sus vidas están marcadas por la frecuencia y la intensidad de la evitación social.

Pero cuanto más evitamos una situación temida, más aumentamos la intensidad de nuestros temores, según el principio del refuerzo negativo bien conocido por el conductismo. Es una verdadera soga, de la que luego resulta muy difícil zafarse.

B) Inhibición. Con todo, la mayoría de las personas con ansiedad social, sobre todo las tímidas, consiguen no caer en la trampa de una evitación tan rigurosa y sistemática. Su miedo al rechazo o a la desacreditación es menos violento y solo evitan las situaciones más imponentes según les dictan las circunstancias, y no de forma estricta. Lo que las caracteriza es más bien la confrontación con las situaciones, pero a través de un estilo relacional marcado por la reserva y la inhibición. Diversos estudios han demostrado que, durante una discusión, los sujetos tímidos emitían menos afirmaciones, tardaban más en responder o en retomar la conversación y guardaban silencio más tiempo.⁴¹ También tendían a sonreír menos y a establecer menos contacto visual con sus interlocutores. Estas características solo aparecen en situaciones de estrés, porque, con un entorno social seguro, las personas tímidas son capaces de comunicarse de manera desinhibida, como han demostrado, por ejemplo, las investigaciones sobre la timidez en la infancia.

4. Resumen de los mecanismos de la ansiedad social

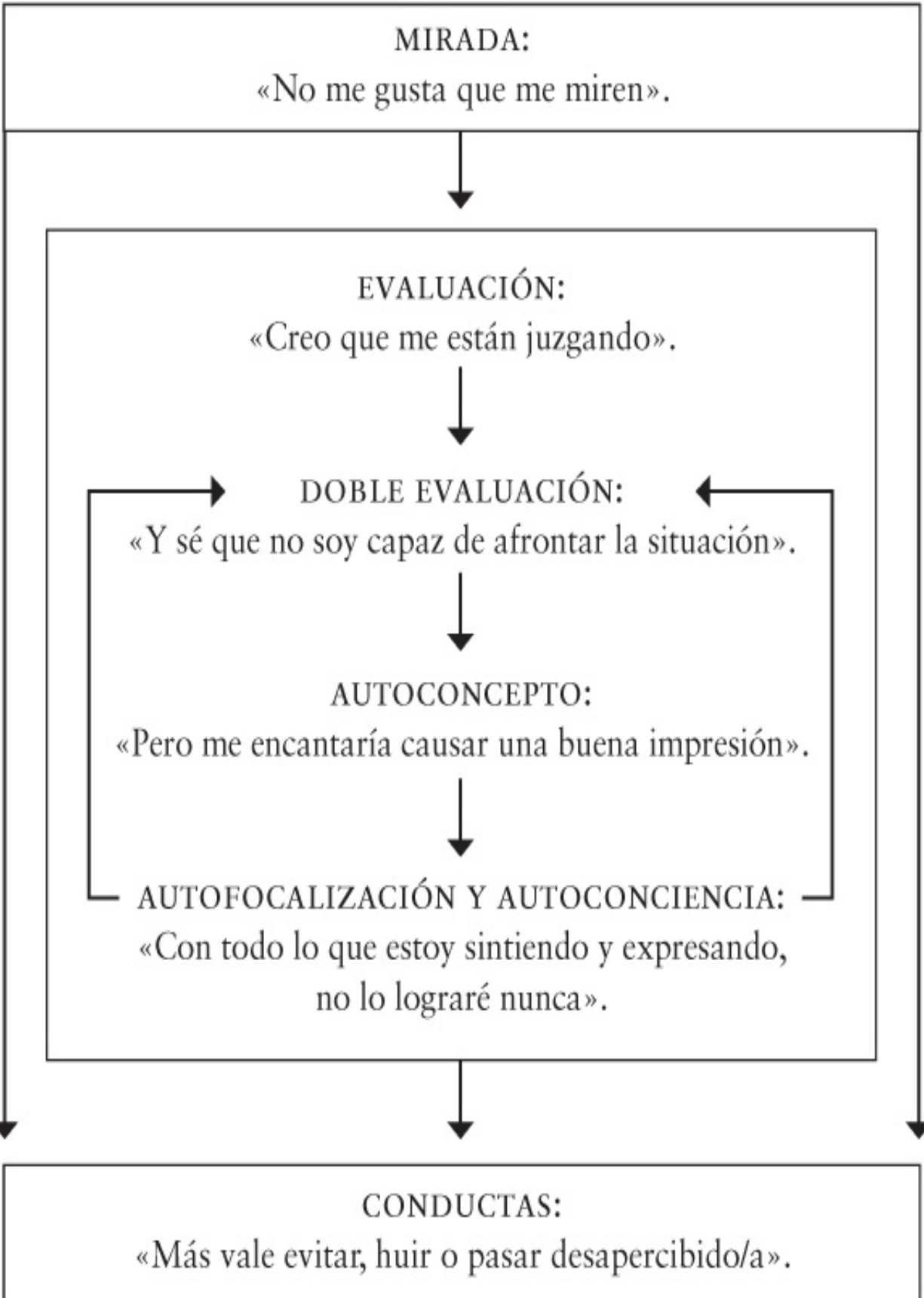
Por último, el conjunto de las manifestaciones y de los mecanismos de la

ansiedad social se puede dar en personas «normales»: a nadie le gusta que lo miren fijamente, todos nos preguntamos qué pueden pensar los demás de nosotros y a veces evitamos enfrentarnos a circunstancias que nos intimidan o nos resultan desagradables.

Pero en los sujetos con ansiedad social duradera o intensa, o las dos cosas a la vez, estos mismos fenómenos adquieren una fuerza inusitada y se refuerzan mutuamente para desembocar en un auténtico hándicap, cuyas etapas e interacciones se resumen a continuación en la figura 6.

FIGURA 6

Mecanismos de la ansiedad social



MIRADA:

«No me gusta que me miren».

EVALUACIÓN:

«Creo que me están juzgando».

DOBLE EVALUACIÓN:

«Y sé que no soy capaz de afrontar la situación».

AUTOCONCEPTO:

«Pero me encantaría causar una buena impresión».

AUTOFOCALIZACIÓN Y AUTOCONCIENCIA:

«Con todo lo que estoy sintiendo y expresando,
no lo lograré nunca».

CONDUCTAS:

«Más vale evitar, huir o pasar desapercibido/a».

LOS ORÍGENES DE LA ANSIEDAD SOCIAL

Como sucede con muchas dificultades psicológicas, la ansiedad social es un trastorno multifactorial, es decir, la mayoría de las veces es el resultado de una combinación de diversos factores etiológicos.⁴² Algunos son más o menos innatos y tienen sus raíces en la biología y la herencia; otros se adquieren a través de mecanismos individuales, familiares o colectivos. Cuando se trata de dificultades psicológicas, la época de las grandes teorías explicativas que pretendían arrojar luz sobre todas las patologías o manifestaciones de un trastorno a través de un único modelo ya es cosa del pasado. En la actualidad, y en particular en el caso de la ansiedad social, coexisten y se superponen modelos explicativos, cada uno de los cuales dilucida con mayor precisión uno u otro aspecto del problema y permite construir matrices de comprensión y, sobre todo, de intervención lo más adaptadas posible a las necesidades de los sujetos afectados. Estos modelos variados no pretenden ser exclusivos, pero, dada la gran complejidad de los trastornos, se marcan como objetivo simplemente iluminar una dimensión específica, haciéndose eco de las ideas de Edgar Morin sobre la complejidad de los fenómenos vivos: «No existe lo simple, sino solo lo simplificado».⁴³ Por lo tanto, presentaremos aquí los principales modelos teóricos operativos que pueden utilizarse para comprender mejor los orígenes de la ansiedad social.

1. Biología y genética de la ansiedad social

Cuando observamos algunas de las manifestaciones de la ansiedad social, no cabe duda de que están implicados mecanismos fisiológicos y biológicos: los síntomas físicos que experimentan quienes sufren miedo escénico, las personas con eritrofobia y fobia social pueden encontrar el origen de sus afecciones en alguna disfunción bioquímica. Pero con esto no cerramos la cuestión, sino que se abren otras. ¿Son estas «perturbaciones» la simple amplificación de fenómenos

normales que se dan en todo ser humano? ¿Son la causa o la consecuencia del trastorno?

A) Biología de la ansiedad social. Es evidente que existen predisposiciones a la vulnerabilidad en los casos de los trastornos de ansiedad en general y de la ansiedad social en particular.⁴⁴ Se han llevado a cabo algunas investigaciones recientes que, por ejemplo, sugieren que las personas portadoras del alelo corto del gen que codifica la proteína que transporta la serotonina (un neurotransmisor cerebral implicado en el equilibrio emocional) son más vulnerables al estrés que otras.⁴⁵ Esta característica genética se da en muchos pacientes que sufren fobia social.⁴⁶ Es importante comprender que este tipo de predisposición no representa en modo alguno la inevitabilidad de desarrollar trastornos o una enfermedad, sino simplemente un factor de riesgo adicional, que puede verse agravado o compensado por factores ambientales posteriores.

B) El temperamento de inhibición en la infancia. El término «temperamento» designa la predisposición de un sujeto a adoptar un determinado tipo de respuesta biológica y conductual a los factores ambientales. Especialmente apreciado por los médicos de antaño, herederos de Hipócrates y Galeno, el concepto de temperamento había caído ligeramente en desuso en la medicina moderna, y había quedado relegado, por ejemplo, al ámbito de la homeopatía a través de la noción de «diátesis». A la luz de recientes investigaciones, el temperamento podría volver a coger fuerza en los próximos años.⁴⁷

En el campo de la ansiedad social, se han llevado a cabo estudios particularmente interesantes, que demuestran que es muy posible que exista una predisposición muy precoz, desde los primeros meses de vida, a presentar cierta ansiedad ante la novedad y, por tanto, ante personas desconocidas y circunstancias sociales inusuales: es lo que se ha denominado «temperamento de inhibición conductual ante lo desconocido».⁴⁸ A partir de investigaciones realizadas con más de mil niños, con un seguimiento desde sus primeros meses de vida hasta la adolescencia, se ha podido identificar dicha predisposición. En los niños de tres a cuatro meses, un cierto número de ellos (del 10 % al 20 %) presentaban reacciones de ansiedad ante la novedad, tanto conductuales (llanto e inquietud) como fisiológicas (aceleración del ritmo cardíaco, dilatación de las

pupilas). Se cree que estas manifestaciones están correlacionadas con una vulnerabilidad biológica particular, referente a una zona del cerebro conocida como la amígdala cerebral, y estarían asociadas a una hipersensibilidad de ciertos neurotransmisores, las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina, conocidas como las «hormonas del estrés»).

Esta vulnerabilidad específica se mantiene a medida que estos niños crecen, ya que, al cabo de varios años, los «exbebés» con ansiedad ante lo nuevo tienen entre sus filas a niños más inhibidos y tímidos. Según los investigadores que trabajan en este tema, podría existir, por tanto, un «terreno» que predisponga a determinadas manifestaciones de ansiedad social. ¿El carácter congénito (presente desde el nacimiento) de dicho temperamento es hereditario o depende de acontecimientos ocurridos durante la vida intrauterina? Por el momento, no hay indicios que permitan responder con certeza. Pero las tendencias tempranas están ahí.

C) Herencia y ansiedad social. Al trabajar sobre la forma en que los trastornos psicológicos pueden transmitirse de generación en generación, es importante distinguir entre herencia y heredabilidad. La primera designa la transmisión genética, que es puramente biológica, mientras que la segunda también puede incluir la transmisión conductual, basada en mecanismos educativos, miméticos, etc.

En el campo de la ansiedad social, los principales estudios relativos a la transmisión hereditaria del trastorno se han realizado en personas con fobia social. Se ha encontrado un claro factor familiar en la fobia social: las familias donde hay personas con fobia social tienen tres veces más parientes que padecen fobia social que las poblaciones de control.⁴⁹ Los estudios en gemelos han permitido constatar que existe un componente genético en esta transmisión familiar. Se han encontrado datos similares en el estudio de poblaciones de animales de laboratorio: mediante selección genética, es posible formar linajes de ratones o monos conductualmente «tímidos», que tienen miedo a situaciones e individuos nuevos.

D) Observaciones sobre la biología y la herencia. El resurgimiento de los

factores biológicos y genéticos en el ámbito de las enfermedades y dificultades psicológicas preocupa a algunas personas, que ven en el riesgo de clasificar a los individuos desde su nacimiento (o incluso antes) una fuente de desigualdad y segregación. Se torna indispensable una matización al respecto. La mayor injusticia de todas es no ayudar a una persona vulnerable a beneficiarse de una ayuda lo antes posible, de manera que no se convierta en víctima de su vulnerabilidad. Porque lo que demuestran claramente todas las investigaciones de las que acabamos de hablar es que, en la inmensa mayoría de los casos, la influencia de lo innato se reduce a una mera tendencia: la parte adquirida suele ser fundamental. Pero si no se tienen en cuenta las tendencias innatas a la ansiedad y no se compensan por el entorno, serán muy propensas a desarrollarse, cuando unas simples medidas tempranas podrían haberlas frenado. Esto se reduce simplemente al papel de la prevención, que, lamentablemente, sigue estando subdesarrollada en psicología y psiquiatría.

2. El papel del entorno familiar

Aunque la ansiedad social tiene un importante componente familiar, no obedece únicamente a mecanismos hereditarios. El contexto ambiental en el que se desarrolla cada individuo, vulnerable o no, tiene un gran peso. En ocasiones, el entorno familiar puede ser el principal responsable de ciertas ansiedades sociales. En otros casos, por el contrario, ayudará a un niño vulnerable a superar y dominar lo que podría haber sido un hándicap. Lo más frecuente es que «coloree» la expresividad del trastorno y confiera a la ansiedad social sus características específicas e individuales, de modo que no habrá dos personas tímidas totalmente iguales.

A) Modelos parentales. Sabemos que muchas conductas pueden adquirirse por «aprendizaje social», es decir, por la observación de modelos de conducta.⁵⁰ Hemos visto que en el entorno familiar de las personas con fobia social hay tres veces más probabilidades de que haya otros familiares que también padezcan fobia social. Entre las personas tímidas, también es muy común encontrar progenitores que también lo son. Obviamente, los niños son sensibles al

comportamiento de las personas que los rodean y que probablemente sean referentes (padres o mayores). Por tanto, es probable que sus propias inhibiciones o evitaciones sean una influencia para ellos, más que los discursos que los instan a enfrentarse a lo desconocido. Cuando un padre exhorta a su hijo a hacer amigos, pero él mismo tiene muy pocos amigos propios, hay más probabilidades de que el pequeño imite su conducta que de que siga sus consejos.

Además, parece que hay otras dificultades psicológicas de los padres que pueden facilitar la aparición de ansiedad social en los hijos: el 80 % de los hijos de padres que padecen un trastorno de pánico (ataques de ansiedad muy violentos y brutales, que a menudo desembocan en agorafobia secundaria) parecen mostrar tendencias a la inhibición social.⁵¹

B) Experiencias de socialización temprana. A menudo correlacionadas con la característica anterior, la cantidad y la variedad de contactos sociales que se proponen a un niño también podrían desempeñar un papel importante. Parece que la socialización (número de visitas recibidas o hechas por la familia, participación en actividades sociales no profesionales) es menor en los sujetos con timidez. Un estudio realizado entre hijos del personal de las Fuerzas Aéreas de EE. UU. mostró que, una vez llegados a la edad adulta o a la adolescencia, presentaban un índice de timidez inferior a la media, pues gracias a los frecuentes traslados de sus padres de una base a otra se habían familiarizado y entrenado para desarrollar cierta facilidad en los contactos interpersonales.⁵² Otro estudio ha podido demostrar que había menos problemas de ansiedad social entre los niños más pequeños que entre sus hermanos mayores, quizá porque los hermanos más pequeños, al llegar al seno de un grupo fraternal ya formado, y beneficiarse por tanto de múltiples y tempranos intercambios sociales, desarrollan sus habilidades sociales con más facilidad que sus hermanas o hermanos mayores antes que ellos.

C) La transmisión de valores y una visión del mundo. Las personas que padecen ansiedad social a menudo se han visto profundamente influidas por las convicciones y el discurso de sus familiares y amigos en lo que a las relaciones humanas se refiere. Al escuchar los relatos de los pacientes, nos encontramos

con la transmisión, por vía de recomendaciones o conductas, de patrones de pensamiento como «nunca debes molestar a la gente ni hacer nada que pueda generar un conflicto con ellos, o quedar mal a sus ojos»; o «nunca debes confiar en la gente», etc. Tales normas de conducta, repetidas una y otra vez, pueden tener un peso decisivo en el desarrollo de dificultades en las relaciones en la edad adulta. Pero las pruebas experimentales de estas hipótesis, complejas de demostrar, están aún por constatar.

D) Estilo educativo. Lo mismo ocurre con la forma en que el entorno de un niño lo valora y reconforta, o por el contrario, le recuerda constantemente sus insuficiencias y fallos. Los problemas de autoestima y confianza en uno mismo, frecuentemente correlacionados con la ansiedad social, tienen su origen en este tipo de contexto. El relato del padre crítico y desmoralizador, y los consiguientes problemas de autoestima, es frecuente entre muchas personas con fobia social. Al igual que el papel de madres afectuosas pero sobreprotectoras, en cuyo caso sus hijos desarrollan problemas de confianza en sí mismos. Para algunos autores, estos estilos educativos son una de las posibles explicaciones de las diferencias en la frecuencia de la timidez entre culturas: aquellas en las que se valora mucho a los niños, como las culturas mediterráneas, «producen» menos personas tímidas que aquellas en las que se les atribuye más responsabilidad, como las culturas anglosajona o japonesa.⁵³

E) Métodos de comunicación. Otra dimensión del funcionamiento familiar que se ha estudiado es la forma en que se efectúan los intercambios dentro de las familias. La expresión libre y adecuada de las emociones y necesidades de cada individuo no parece ser habitual en las familias de quienes sufren ansiedad social, en las que la represión emocional es más bien la norma. De ahí los importantes esfuerzos que hace el sujeto para enmascarar cualquier expresión o emergencia emocional, y su constante preocupación por la idea de que sus interlocutores puedan detectar un síntoma que delate su emotividad. Jules Renard traducía esta preocupación en sus palabras: «Sensible a todo, he adquirido la necia costumbre de decir: “Todo me da igual”».

F) Para concluir. Conviene recordar que la mayoría de los hechos aquí descritos siguen siendo hipotéticos. A decir verdad, es muy difícil establecer certezas en este ámbito: la mayoría de los datos se recogen en entrevistas retrospectivas, a través de los recuerdos de las personas entrevistadas. Somos muy conscientes de las limitaciones de estas evocaciones retrospectivas y de los considerables riesgos de sesgo que pueden derivarse de ello. Sin embargo, es importante poner a prueba estas vías, en particular aumentando el número de estudios denominados «prospectivos», donde, a partir de una gran población inicial de varios cientos de individuos, se observan los acontecimientos en el momento en que suceden, en lugar de reconstruirlos varios años después. Como estos estudios duran varios años, o incluso varias décadas, las dificultades prácticas que entraña su realización son evidentes. Aun así, es mucho lo que está en juego: si determinadas actitudes de los padres pueden amplificar o mejorar la tendencia de un niño a desarrollar ansiedad social, la prevención y la educación son posibles, al menos entre los padres más motivados.

3. El peso de los acontecimientos

Con mucha más incidencia que en otras manifestaciones de ansiedad, detrás de muchos relatos de ansiedad social o miedo escénico hay un acontecimiento traumático en algún momento de la vida de la persona. Tales sucesos pueden ocurrir en la infancia (burlas de los compañeros de clase), en la adolescencia (fuerte sensación de incomodidad al acercarse a personas del otro sexo), pero a veces también en la edad adulta (ataque de ansiedad al hablar delante de un grupo).

La mayoría de estos sucesos son de carácter psicológicamente traumáticos y combinan emociones y manifestaciones fisiológicas muy intensas, un sentimiento de impotencia e incapacidad para actuar eficazmente en la situación y una sensación de vergüenza por encontrarse en ese estado delante de una o varias personas. A veces equivalentes a ataques de pánico en toda regla, estos síntomas dejan una profunda huella en la persona que los padece y, de forma similar al trastorno de estrés postraumático, le causan una marca indeleble que recordará a cada ocasión.

Los relatos de las personas que han experimentado un inicio de trastorno de este tipo son bastante coherentes: tras el episodio inicial, el sujeto se encuentra en estado de shock psicológico, siente una profunda vergüenza y quiere aislarse; cuando se reencuentra con las personas que presenciaron el episodio, tiende a adoptar actitudes de retraimiento y evitación; este aislamiento lo aleja aún más de los miembros de su entorno, lo cual confirma su sentimiento de soledad e indignidad, etc.

El problema del peso real de tales acontecimientos traumáticos es complejo: ¿pueden crear por sí mismos todas las piezas que conformarán un trastorno como la ansiedad social? Probablemente no, y la tendencia actual es la de considerar que estos episodios desempeñan en realidad un papel precipitador más que desencadenante, al producirse sobre un terreno ya vulnerable.

4. Culturas y ansiedad social

Parece que la timidez y la ansiedad social son atemporales. Hay relatos de personas tímidas en los escritos de Hipócrates, y la literatura es rica en retratos de este tipo.

¿Hay países, o más bien culturas, donde los individuos son más tímidos que en otras? Algunos estudios parecen demostrarlo: en Japón y en Alemania, hay más gente que afirma ser tímida que, por ejemplo, en India o en Israel.⁵⁴ Otros estudios epidemiológicos, en cambio, señalan niveles más bajos de fobia social en los países orientales que en los occidentales: una hipótesis es que las personas son menos propensas a preocuparse por comportamientos que se consideran normales en su cultura de origen. Pero estas encuestas transculturales deben interpretarse con la máxima cautela: ¿estamos hablando realmente de lo mismo? ¿No es más difícil admitir la propia timidez en determinadas culturas? Por otra parte, es muy probable que en cada cultura se asocien determinadas características a la expresión de la ansiedad social. Se han estudiado mucho las manifestaciones de la ansiedad social entre los pueblos orientales, especialmente en Japón. Detrás de los términos taijin kyofusho o shinka shitsu, encontramos rasgos muy similares a la fobia social o timidez tal y como se entiende en Occidente.⁵⁵ Sin embargo, un análisis más detallado revela una serie de

características específicas de estas ansiedades sociales orientales: el miedo a causar molestias a la persona con la que se habla, por ejemplo, si se desprende un olor desagradable o se sonrío de una forma inapropiada, parece ser más frecuente en las formas orientales. En cambio, las formas occidentales se caracterizan más por el miedo a sentirse incómodo uno mismo que por el miedo a incomodar a los demás.

La aculturación también puede dar lugar a fenómenos parecidos a la ansiedad social en algunos casos: hay estudios que han demostrado que los estudiantes de Hong Kong de origen chino tienen dificultades con ciertas normas occidentales de su cultura, en particular en lo que se refiere a la forma de contradecir u oponerse a un interlocutor.⁵⁶ Tales actitudes, necesarias para el éxito individual en las sociedades occidentales, se vuelven contradictorias con los principios confucianos de sumisión a quienes ejercen la autoridad.

En cuanto a si determinadas presiones y exigencias culturales pueden inducir más ansiedad social en los individuos (o ponerla de manifiesto en quienes están predispuestos a ella), resulta muy difícil dar una respuesta formal. En cualquier caso, podemos suponer que en nuestra época contamos con un gran número de factores que facilitan la aparición de la ansiedad social: énfasis en el desempeño individual y las habilidades comunicativas; fuerte competencia social; interacciones sociales más inmediatas y superficiales, con la necesidad de emitir juicios rápidos sobre las personas. Nuestra sociedad, que depende notablemente de controlar la imagen que damos a los demás, probablemente induce más ansiedad social que otros entornos, en los que las personas pueden tener éxito y ser reconocidas por aptitudes distintas de sus habilidades sociales.

5. La ansiedad social y la especie humana

La ansiedad social está muy extendida y, sin duda, afecta a todos los seres humanos. Pero ¿podemos considerarla una característica «normal» o constante, si no deseable, de la especie humana?

Como hemos visto, todas las especies de mamíferos pueden estar sujetas a manifestaciones que recuerdan a la ansiedad social. Es probable que los precursores de esta ansiedad social formen parte de nuestra herencia genética,

como la incomodidad que sentimos cuando nos miran fijamente.

A) ¿Una herencia de nuestra especie? Algunos autores creen que la ansiedad social tiene un origen filogenético, es decir, que se explica por las necesidades inherentes al desarrollo de nuestra especie.⁵⁷ Así pues, la función de la ansiedad social sería la de ponernos más en alerta con respecto a todos los desconocidos, incitarnos a no quedarnos solos frente a un grupo, etc. Condiciones todas ellas que podrían encerrar peligros para nuestra supervivencia, al menos en ciertas épocas de costumbres violentas. Los individuos dotados para desarrollar este tipo de comportamiento desafiante habrían sobrevivido mejor que los demás y, por tanto, su herencia tendría un peso relevante en nuestro patrimonio genético actual. Este sería el motivo por el que todos somos susceptibles de padecer ansiedad social, sobre todo cuando tomamos la palabra ante un grupo (una situación estresante para la mayoría de los adultos de la población general y temida por un tercio de ellos).

Este tipo de explicación determinista lo encontramos también en un marco más ontogenético (que se explica por las necesidades de desarrollo del individuo). La ansiedad social aparece en torno al año de edad, es decir, cuando empezamos a ser capaces de movernos, cuando las oportunidades de socialización son cada vez mayores y cuando la madre empieza a relajar su vigilancia, hasta entonces muy férrea. El papel de la madre es evitar que el niño se acerque a extraños sin precaución y que confíe en la primera persona que aparezca.

B) ¿Un factor regulador de la vida en sociedad? Otras teorías hacen hincapié en el papel de la ansiedad social como fenómeno regulador de la vida en grupo. Tomando como inspiración nuestros primos primates,⁵⁸ algunos autores subrayan que los comportamientos de ansiedad social podrían representar un equivalente a las conductas de sumisión adoptadas en el seno de las comunidades animales: estos comportamientos permitirían evitar la multiplicación de los conflictos entre representantes de una misma especie y, por tanto, garantizar una cierta estabilidad en los intercambios dentro de los grupos sociales.

C) ¿Y la igualdad de sexos? Como muchos otros trastornos de ansiedad, la ansiedad social parece ser más frecuente en las mujeres, según los diversos estudios epidemiológicos realizados en la población general. Curiosamente, esta diferencia no se encuentra en las poblaciones de personas que solicitan asistencia, donde los datos relativos a los hombres suelen estar equiparados a los de las mujeres. Pero esto es lógico, en la medida en que la ansiedad social está mucho más aceptada por las mujeres que por los hombres. Diversos estudios han demostrado que los estereotipos sociales asociados a la timidez (dulzura, sumisión, vulnerabilidad, etc.) se corresponden, grosso modo, con los asociados a la feminidad. ¿Podría ser esto también el resultado de la selección natural, en la que los hombres son más propensos a elegir como compañeras a mujeres que no son propensas a oponerse a ellos? En cualquier caso, lo cierto es que los progenitores son menos tolerantes en cuanto a la inhibición de sus hijos que de sus hijas. Según un estudio en el que se hizo un seguimiento a niños de dos años con inhibición conductual, se ha demostrado que a los siete años la inhibición persistía en más niñas que niños, sin duda debido a las actitudes de los progenitores, que animan y ayudan más a los niños a luchar contra esta inhibición, más fácilmente considerada como «antinatural». Es interesante observar que estos prejuicios culturales existen tanto en los hombres como en las mujeres, ya que ambos géneros creen que la timidez es más problemática para un hombre que para una mujer.

Otros apriorismos, como la ausencia o benignidad de los problemas de timidez en las personas mayores (debido a la experiencia y al declive) también están siendo cuestionados. Si bien es cierto que con el paso de los años cada vez menos personas se definen como tímidas, ya sea porque lo son menos o porque se han acostumbrado a serlo y ya no se quejan de ello, las investigaciones existentes⁵⁹ permiten inferir que las personas mayores que son tímidas están mucho más expuestas que los demás a sufrir problemas de salud y a abusar de la medicación, en parte debido al aislamiento social al que las ha empujado su trastorno.

TIMIDEZ Y CAMBIO

Como hemos dicho, la timidez no es una enfermedad. Pero puede ser una fuente de incomodidad, estorbo o sufrimiento para quien la padece. Por eso, en la mayoría de los casos, las personas tímidas y con ansiedad social desean «salir de su apuro» y deshacerse de su timidez, o al menos superarla. Hay que reconocer que las personas cercanas a la persona tímida no siempre comparten este deseo de cambio; a diferencia de otros comportamientos, la timidez nunca molesta a las personas del entorno, y la mayoría de las veces la toleran, cuando no se aprovechan de ella abiertamente. La persona tímida se acomoda tanto a su jefe (nunca dice que no ni pide un aumento) como a su cónyuge (que toma las decisiones relativas a la vida social). Muy a menudo, las personas del entorno consideran la timidez como una dificultad menor; como escribió La Rochefoucauld: «Siempre tenemos la fuerza suficiente para sobrellevar los males ajenos...».

LOS OBSTÁCULOS AL CAMBIO

Para la persona tímida, hay una serie de obstáculos que se interponen en su camino hacia el cambio personal. A menudo provienen de la propia persona, pero a veces también, como veremos más adelante, de los profesionales a los que acude en busca de ayuda. Un estudio realizado en Francia⁶⁰ en el marco de una amplia encuesta internacional de la OMS demostró, por ejemplo, que los médicos generalistas solo diagnostican problemas de ansiedad al 25 % de sus pacientes con fobia social (a pesar de que son los más afectados de todos los que padecen ansiedad social). En todos los casos, la falta de información es fuente de buena parte de las dificultades y, sobre todo, de una gran pérdida de tiempo: los estudios señalan que, de media, las personas que empiezan a sufrir ansiedad social tardan más de quince años en tomar la decisión de acudir a un médico o un psicólogo.

Los obstáculos que se interponen se sitúan principalmente en tres niveles: el reconocimiento del problema, la perspectiva de un posible cambio y la elección de una solución adecuada.

1. ¿Es realmente la timidez un problema?

Durante mucho tiempo, los profesionales de la salud tendían a considerar que la ansiedad social no era una enfermedad ni una entidad patológica real.

A) «La timidez es normal...». Este tipo de juicio se ve propiciado por el hecho de que la ansiedad social, como hemos visto, es un trastorno muy extendido, que probablemente nos afecta a casi todos, al menos de forma episódica y transitoria. Por tanto, es lógico considerar que un trastorno tan frecuente es prácticamente «normal» e inherente a la condición humana. Pero el hecho de que un problema

sea frecuente, ¿significa que deja de ser un problema? Si la timidez causa sufrimiento, ¿por qué debería considerarse aceptable simplemente por ser tan común? ¿Estaríamos de acuerdo en dejar de ir al dentista porque las caries son «normales»?

El riesgo de adoptar esta actitud⁶¹ es que las formas graves de ansiedad social, como la fobia social, se confundan más o menos con formas más benignas, como la timidez, lo que no favorece ni a las segundas («hay problemas más graves») ni a las primeras («no es tan grave»).

B) «La timidez no es tan grave...». El malestar en cuanto a las relaciones y la incomodidad asociadas a la ansiedad social desde luego no es fatal para quienes lo padecen: la mayoría de las personas tímidas sigue adelante, aunque se ha demostrado que las tasas de suicidio son doce veces superiores entre las personas con fobia social. Y como no se trata de problemas que causen molestias a las personas del entorno, a sus familias o a la sociedad en su conjunto, es comprensible que las personas tímidas no hayan despertado interés en mucho tiempo entre los profesionales de la salud.

C) La timidez, de la supervivencia a la calidad de vida. Antiguamente, los médicos definían la salud como «la vida en el silencio de los órganos». Si aplicamos esta definición a la timidez, vemos el equívoco: la timidez es una dificultad «silenciosa» para el cuerpo social, mientras que dista mucho de serlo para el individuo que la padece. El interés actual por la ansiedad social se enmarca dentro de una evolución de la medicina. En el pasado, esta servía principalmente para salvar vidas o aliviar el sufrimiento grave. Hoy en día, también sirve para mejorar la calidad de vida. En los ambulatorios, las consultas por reumatismo o acné se han integrado en el panorama tanto como las consultas por cáncer o insuficiencia cardiaca.

Esta tendencia, que ha propiciado que las preocupaciones de los médicos evolucionen desde la supervivencia hasta la calidad de vida, ha sido la misma en psiquiatría, donde la atención se ha ido ampliando progresivamente a las enfermedades graves (delirios, depresión grave, etc.) y a la atención de los trastornos «más leves» (trastornos de ansiedad, bulimia, depresión reactiva, etc.).

En consecuencia, los profesionales de la salud mental atienden cada vez a más personas que buscan ayuda por problemas psicológicos que ciertamente no ponen en peligro su vida ni interfieren en el buen funcionamiento de la sociedad, pero sí les impiden sentirse bien consigo mismas y, simple y llanamente, ser felices.

D) Los intereses del individuo y de la colectividad. Lo cierto es que existe una tendencia general a tener más en cuenta el sufrimiento individual en nuestro sistema sanitario, más allá de la separación binaria de «normal» y «patológico». Pero hay que subrayar que este movimiento también se produce en un contexto de mejor conocimiento epidemiológico de los trastornos mentales: ahora sabemos que las personas con fobia social, por ejemplo, son mucho más numerosas de lo que se pensó durante mucho tiempo, y que tienen muchas más probabilidades de sufrir depresión o adicción a sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, tranquilizantes, etc.). Por tanto, un tratamiento precoz y adecuado de sus trastornos se convierte en una política preventiva más inteligente que esperar a que se descompensen. Los beneficios serán dobles tanto para el individuo como para la comunidad.

2. ¿Existe realmente alguna solución para la timidez?

A) «La timidez es algo con lo que hay que vivir...». Como venimos diciendo, si hay que ayudar a las personas tímidas, desde luego no es en nombre de una posible «anormalidad»; la normalidad en términos de ansiedad social estaría más bien del lado de quienes la padecen. El criterio es simplemente el sufrimiento del individuo.

También aquí se produce un fenómeno comparable a lo que ha sucedido con el dolor en la llamada medicina «somática». Hasta hace muy poco, los médicos tendían a dar poca importancia al tratamiento del dolor en nombre de los principios bíblicos («darás a luz con dolor») o filosóficos («lo que no nos mata nos hace más fuertes»). Pero esta postura no solo era inmoral, sino que también iba en contra de la eficacia de los cuidados: un paciente que sufre es un paciente aún más vulnerable ante un empeoramiento de la enfermedad o una

complicación. Hoy en día, el alivio del dolor es parte integrante de los cuidados, sobre todo en el caso de enfermedades graves (cáncer o enfermedades terminales).

Lo mismo podemos decir de la ansiedad. Tras haber sido tratada a menudo a la ligera (para muchos estudiantes de medicina, los pacientes con ansiedad y depresión eran «falsos pacientes» en las salas de los hospitales donde solían acabar), se tomó conciencia de que los trastornos de ansiedad eran enfermedades reales, con sus síntomas, sus sufrimientos y sus complicaciones. Así pues, la medicina actual presta mucha más atención a las dificultades de los pacientes con ansiedad. Esta tendencia no es del agrado de todos, y hay quien ha criticado lo que consideran una tendencia a psicologizar en exceso lo que en el fondo son simples características humanas. Aun así, estas voces críticas no son capaces de proponer alternativas que no se queden en deseos tan abstractos como piadosos («tenemos que ayudarnos y escucharnos más...»).

B) «La timidez forma parte de mi personalidad...». Muchos pacientes tienen la creencia fatalista de que no se pueden cambiar las cosas, sobre todo cuando se trata de la timidez, que se percibe como un rasgo del carácter. Pero ¿qué es el carácter? Es una forma de ser propia de un individuo (su etimología procede del griego *charakter*, «huella», «marca»...). De ahí su doble dimensión de estabilidad e identidad. Por tanto, la definición de carácter remite a:

—una forma de ser estable en el tiempo;

—todos los aspectos relacionales de la vida del sujeto e incluso a aspectos que no son visibles para él (a menudo son las personas de su entorno las que serán sensibles a ello);

—una naturaleza «egosintónica», es decir, aceptada por el sujeto como parte de su identidad;

—un desarrollo temprano y una larga evolución («siempre he sido así»);

—que rara vez sea objeto de una petición de cambio.

En efecto, el argumento «no hay nada que hacer, forma parte de mi/su carácter», provenga del paciente o de quienes lo rodean, o incluso de sus cuidadores, refleja varios niveles de reticencia o falta de comprensión:

—miedo a la pérdida de identidad, o incluso de la espontaneidad: la persona siente que no hay más formas de ser o de hacer que las suyas propias, a menos que sean artificiales y falsas. Esto es quizá más específico de los países latinos, donde cultivar a toda costa el propio individualismo y las características personales, por insatisfactorias que sean, se diría un valor más respetable que adaptarse al cuerpo social. Parece que en los países anglosajones las dos tendencias están más equilibradas;

—la percepción de la dificultad de cambiar un estilo personal que se ha practicado durante tanto tiempo que se ha vuelto, si no cómodo, al menos tranquilizador: a fuerza de convivir con tus síntomas, estos se convierten en parte de lo cotidiano.

Sin embargo, es posible cambiar, y los trastornos del carácter y la personalidad han sido objeto de una creciente investigación en los últimos años.⁶² En la psicoterapia de los trastornos de la personalidad, los cambios que se buscan se sitúan más en el ámbito de la flexibilización que en el de la modificación radical. Los resultados son cada vez más claros: parece que es posible cambiar los aspectos relacionados con el carácter, aunque el esfuerzo requerido sea considerable tanto para el paciente como para el terapeuta.⁶³

C) «No estoy loco...». Por último, una de las reticencias de las personas con ansiedad social para acceder al sistema de cuidados existente puede residir en el temor a entrar en un círculo vicioso representado por un «circuito psiquiátrico» del que sería muy difícil salir ileso. Esto continúa fundamentándose en dos visiones poco atractivas, correspondientes a dos posibles alienaciones: la medicación excesiva («no quiero que me droguen») y el psicoanálisis interminable («no quiero pasarme diez años en un diván»). Estos recelos reflejan una visión distorsionada de la asistencia psiquiátrica: actualmente existen psicofármacos eficaces que se toleran bien y no generan dependencia, al igual que existe una variada gama de psicoterapias, algunas de ellas de corta duración.

Pero tales aprensiones son sintomáticas de una determinada imagen y herencia de la práctica psiquiátrica, que afortunadamente está cambiando. Veremos que las soluciones adaptadas al problema de la ansiedad social están lejos de tener las características «pesadas» que han disuadido durante tanto tiempo a muchos pacientes.

3. Soluciones, sí, pero ¿cuáles?

Una vez aceptada la posibilidad de un tratamiento, el siguiente paso es encontrar el más adecuado. El «mercado» de la timidez está en auge por varias razones: el gran número de personas afectadas, su relativa vulnerabilidad (aisladas, poco asertivas, culpabilizadas) y la ausencia hasta hace pocos años de métodos validados por la comunidad médico-psicológica o científica.

A) Soluciones fantasiosas. Han proliferado todo tipo de métodos en el vasto campo de la «falta de confianza en uno mismo». Algunos son totalmente descabellados, incluso peligrosos, mientras que otros son simplemente ineficaces. No son pocos los libros que existen desde hace muchísimo tiempo sobre cómo superar la timidez. Siguen siendo relatos fascinantes de los imperativos del éxito social⁶⁴ o de las visiones higienistas de una época.⁶⁵ Los consejos que dan tienen un valor limitado, siendo su principal defecto el uso poco moderado de órdenes moralizantes, ejercicios de visualización imaginaria, autosugestión y vigorizaciones que incitan a fingir una falsa confianza, o incluso a mostrar cierta agresividad. La película de Pierre Richard *El supertímido* ofrece una caricatura muy ilustrativa de este fenómeno. En ella se describen las desventuras de un hombre tímido que, en vano, intenta aplicar un método de autocuración tan descabellado como ineficaz...

B) Soluciones inadecuadas. Otras soluciones han demostrado ser inadecuadas para la timidez. El uso de tranquilizantes por parte de muchos médicos para aliviar la ansiedad social de sus pacientes entra en esta categoría: se recurre a una herramienta terapéutica, muy eficaz en sí misma, para una indicación

equivocada. Lo mismo ocurre con el uso de psicoterapias introspectivas como el psicoanálisis, que pueden proporcionar a las personas tímidas información importante sobre los orígenes de su afección y su simbolismo («¿por qué no me siento bien y qué significa?»), pero a menudo las dejan desamparadas frente a su comportamiento inadaptado.

D) Soluciones incompletas. En otros casos, las soluciones aportadas sí ayudarán a la persona tímida, pero solo parcialmente. Por ejemplo, los métodos de relajación. Aunque las personas tímidas suelen presentar síntomas físicos de incomodidad o ansiedad, estos distan mucho de representar la totalidad de la afección. Y mejorarlos solo representará una parte, aunque útil, pero no suficiente de los esfuerzos que habrá de hacer. Lo mismo ocurre con las clases de teatro o de oratoria pública, más de dos tercios de cuya clientela son personas con ansiedad social: los ejercicios que llevan al participante a enfrentarse a la mirada del grupo son siempre beneficiosos, pero los progresos logrados serán generalmente incompletos. Muchos pacientes ya han pasado por este recorrido cuando acuden a nuestros servicios.

D) Una infinitud de buenos consejos. Por último, no hay que olvidar todos los buenos consejos que las personas tímidas habrán oído decenas de veces cuando hablan de sus dificultades con amigos y familiares o con los médicos: «Quítatelo de encima», «sal, ve a gente», «no te metas todas esas ideas en la cabeza», «relájate», «piensa que la gente no está más cómoda que tú», «imagínatelos en ropa interior», «no te dejes desanimar así»... También en este caso, aunque estas observaciones den cuenta de un relativo sentido común, son inútiles porque son difusas e inespecíficas, y a veces incluso culpabilizan a la persona tímida por no ponerlas en práctica.

HERRAMIENTAS PARA EL CAMBIO

1. Asesorar acerca de la timidez y la ansiedad social

A) Información para el público en general. Por muy extendida que esté, la timidez sigue siendo una afección desconocida. Quienes la padecen hablan poco de ella con quienes les rodean y conviven con ella en un estado de secretismo, por no decir de vergüenza. El trastorno también conduce a un aislamiento relativo. Mientras que muchos programas de televisión presentan cada vez más testimonios de pacientes con ansiedad o depresión, a las personas tímidas les resulta extremadamente difícil hablar de sus dificultades, ya que precisamente exponerse a la mirada y al juicio de los demás es su principal problema... Pero basta un libro, un artículo en la prensa generalista o un programa de radio para que inmediatamente empiecen a llover las cartas y llamadas a los médicos especialistas, en testimonio de las elevadísimas expectativas de las personas que sufren ansiedad social.

Este fenómeno es bien conocido por los especialistas en trastornos de ansiedad, psicólogos y psiquiatras, y se ha descrito como una «epidemia invisible», lo que subraya el carácter generalizado pero secreto de estos problemas. Estos hechos también atestiguan la formidable falta de información médica y psicológica a disposición del público en general. La difusión a gran escala de información clara, sencilla y accesible sobre problemas de salud tan extendidos como los trastornos de ansiedad, por ejemplo, representa una herramienta preventiva insustituible, que permite un acceso más rápido a la atención sanitaria. La información y la educación a través de los medios de comunicación se han convertido en parte integrante de nuestros sistemas de salud modernos, y aún estamos lejos de haber alcanzado un nivel satisfactorio, al menos en psiquiatría.

B) Pedagogía sobre la afección. Después de la información al público en general, la segunda etapa del proceso de comunicación sobre un trastorno psicológico es

la información individualizada que el terapeuta proporciona al paciente. Esta información incluirá la frecuencia del trastorno, sus manifestaciones, sus clasificaciones, sus mecanismos, sus tratamientos, etc. Este enfoque educativo de la timidez puede aportar varios beneficios: alivio para el paciente («esto le pasa a más gente y no solo a mí»), confianza en el terapeuta («sabe bien cuáles son las dificultades que me preocupan»), esperanza de un resultado favorable («hay soluciones»). Pero su principal ventaja reside sin duda en la mayor implicación de los pacientes en el proceso terapéutico, lo cual siempre es susceptible de mejorar los resultados de cualquier tratamiento.

C) ¿Quién puede transmitir la información? Los mensajes más creíbles y fiables a los ojos del público son sin duda los que transmiten los profesionales de la salud (médicos generalistas, psicólogos o psiquiatras) y los investigadores. Pero los mensajes de otras personas que padecen el mismo trastorno también tienen una gran repercusión, y deberíamos esperar el desarrollo de asociaciones de pacientes como las que ya existen en otros países.⁶⁶ Estas agrupaciones están en condiciones de desarrollar argumentos de base aún más cercanos a las preocupaciones de las personas que padecen los mismos trastornos.

2. Ayudar a cambiar

¿De dónde puede surgir el cambio en una persona tímida?

a) A veces se trata de una evolución espontánea: a través de acontecimientos vitales, encuentros o responsabilidades, algunas personas han podido superar levemente sus límites. No cabe duda de que los psicólogos solo tienen un conocimiento muy limitado de los mecanismos de este tipo de cambios «naturales», y una mejor comprensión de los mismos podría enseñarles mucho. Pero, desde luego, no son la mayoría, y algunos autores incluso piensan que la evolución espontánea de la timidez tiende a empeorar, ya que a un número relativamente pequeño de niños tímidos le sigue un número proporcionalmente mayor de adultos tímidos.⁶⁷ También hay que recordar que en los casos de ansiedad social importante, como la fobia social o el trastorno de la personalidad por evitación, los resultados favorables fuera del ámbito asistencial son

excepcionales.

b) En otros casos, los progresos alcanzados son el resultado de esfuerzos deliberados, conscientes y organizados. En el mundo del periodismo y de la interpretación, por ejemplo, son muchas las personas que confiesan haber padecido timidez en el pasado y haber optado por lanzarse a la fama para superar sus inhibiciones. Sin embargo, para que este tipo de actitud sea posible deben darse una serie de condiciones: ansiedad social moderada, un entorno relacional favorable, buenas habilidades sociales...

c) A veces es una persona de confianza, la pareja o un familiar quien representa un apoyo eficaz y activo para la persona tímida, animándola y empujándola a menudo a enfrentarse a situaciones temidas, ensalzando sus éxitos o relativizando las dificultades, etc.

d) Pero lo más frecuente es que la timidez y las manifestaciones de ansiedad social se resistan al tiempo, al esfuerzo de la persona o a las peticiones de amigos y familiares bienintencionados. Es en estos casos en los que se debe acudir a profesionales de la salud. La elección de la ayuda psicológica adecuada suele ser un momento crucial y problemático para el paciente, ya que actualmente no existen medios estructurados de información. ¿Cómo elegir entonces la ayuda más adecuada para un problema de ansiedad social?

A) ¿Cuáles son los criterios para una atención adecuada?

Diversos organismos han establecido criterios para la calidad de la asistencia, como la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) de EE. UU., que propuso, entre otras cosas:⁶⁸

—La accesibilidad: ¿existe una red nacional suficientemente densa de terapeutas formados en el tratamiento de la ansiedad social?

—La aceptabilidad: ¿el paciente acepta fácilmente el tratamiento, en términos de inversión personal de tiempo o dinero, y es soportable sin mayor dificultad o desestabilización?

—La eficacia: ¿hay un número suficiente de estudios que validen el tratamiento?

—La adecuación: ¿se corresponde el tratamiento con el problema presentado por el sujeto?

—La seguridad: ¿el tratamiento tiene consecuencias perjudiciales para la salud o el equilibrio del sujeto?

En la actualidad, en Francia hay tratamientos disponibles adaptados a los problemas de ansiedad social que cumplen todos estos criterios (excepto quizá el primero, pero las cosas están cambiando rápidamente).

B) ¿Se puede evaluar la ayuda psicológica? ¿Cómo evaluar la eficacia de algo tan complejo y personal como la psicoterapia? Durante mucho tiempo, los psiquiatras franceses se han mostrado reacios a pasar por el aro cuando hay que evaluar un tratamiento.⁶⁹ No basta con que un método haya permitido curar o ayudar a la gente; de hecho, todas las técnicas han tenido que haber ayudado a las personas con ansiedad social en un momento u otro. En toda curación hay factores inespecíficos, como la capacidad de persuasión del terapeuta, la calidad del vínculo con el paciente y la motivación de este, y estos factores no determinan la eficacia del método, sino la del contexto en el que se aplica. Lo necesario es identificar de forma más metódica lo que podríamos llamar los «principios activos» de la psicoterapia.

Para demostrar científicamente la eficacia de una terapia psicológica, el método debe someterse a los denominados estudios «controlados». Obviamente, esto no es fácil, ya que la psicoterapia es, por su propia naturaleza, un proceso extremadamente individual y complejo. Pero es posible.

Para ello se necesita un número bastante grande de pacientes, que se dividen al azar (lo que se conoce como «aleatorización») en dos grupos que luego se comparan. Un grupo puede, por ejemplo, recibir psicoterapia durante varios meses, mientras que el otro permanece en lista de espera durante el mismo periodo de tiempo. O el primer grupo puede recibir un tipo de psicoterapia, mientras que el segundo recibe otro o un fármaco. Los resultados obtenidos entre los dos grupos se comparan al final del periodo de tiempo elegido, obviamente teniendo en cuenta el estado inicial de los pacientes de cada grupo. Las diferencias deben ser lo suficientemente amplias como para considerarse

significativas. Este tipo de estudio es complejo, laborioso y meticuloso, y exige un gran rigor a la hora de evaluar la evolución de los pacientes; en particular, es importante que las personas que proporcionan el tratamiento no sean las que evalúen los resultados, para evitar cualquier sesgo, ya sea deliberado o inconsciente.

Actualmente se realizan estudios de este tipo de manera sistemática antes de comercializar nuevos medicamentos destinados a ser financiados por los sistemas sanitarios. Pero este no es ni mucho menos el caso de las psicoterapias.⁷⁰

C) Un alegato a favor del desarrollo de técnicas validadas. Hasta la fecha, solo dos familias de tratamientos han demostrado su eficacia en la resolución de problemas de ansiedad social: determinados medicamentos y los enfoques cognitivo-conductuales. Son estos enfoques los que trataremos a continuación. Esto no significa que otros métodos sean ineficaces; simplemente, no se han probado para esta indicación de forma suficientemente clara y reproducible. Por otra parte, es perfectamente posible (y deseable para los pacientes) que se desarrollen nuevas técnicas, y toda creatividad en este ámbito debería fomentarse ampliamente. Mientras tanto, el rigor y la honestidad dictan que se informe sistemáticamente a los pacientes del grado de fiabilidad de los métodos que se les proponen.

LOS FÁRMACOS

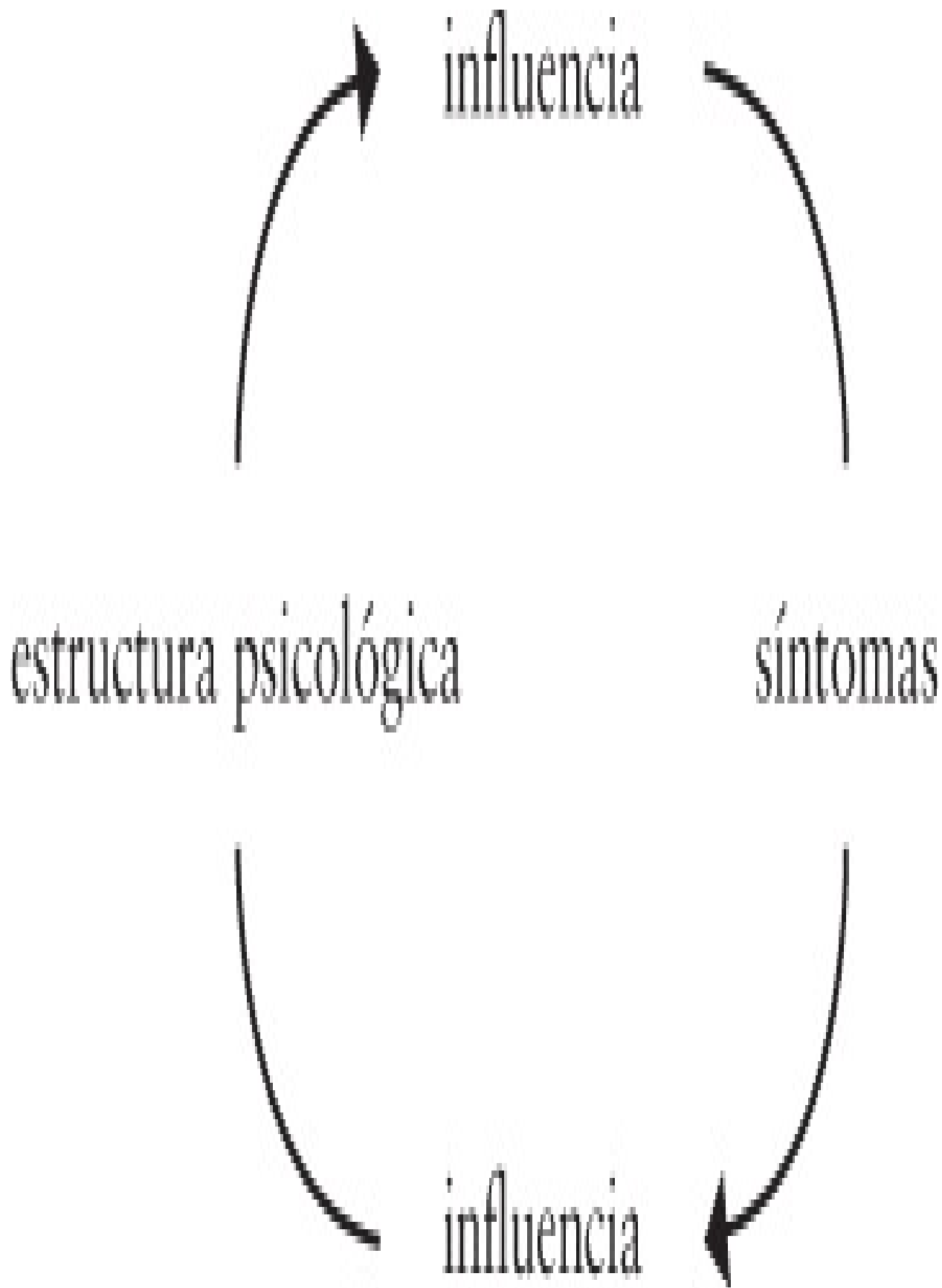
No existen medicamentos «antitimidéz», como existen antibióticos o antiinflamatorios. En la mayoría de los casos, de hecho, recetar psicotrópicos no será aconsejable. Sin embargo, hay algunos casos especiales, que requieren una evaluación médica previa, en los que la química puede ser útil para tratar la ansiedad social.

1. Medicamentos y psicología

El debate a favor o en contra del uso de fármacos psicotrópicos para tratar problemas psicológicos ha estado candente durante mucho tiempo. Todavía perdura, pero la tendencia actual entre la mayoría de los psicoterapeutas es que ya no se oponen sistemáticamente al uso adecuado de medicamentos. El argumento principal de sus detractores es que los psicofármacos se limitan a suspender o maquillar dificultades que reaparecerán en cuanto se dejen de tomar. Lo cierto es que esta perspectiva se deriva del modelo psicoanalítico, según el cual solo la acción sobre las fuentes del problema puede resultar duradera; y como las fuentes de los problemas psicológicos se remontan generalmente a mucho tiempo atrás, se supone por tanto que los fármacos son incapaces de actuar más que proporcionando un alivio temporal y superficial... En el fondo se trata de un anclaje al modelo médico clásico: no bajar la fiebre si no se ha tratado la causa, no calmar un dolor si no se ha comprobado que no tiene un origen grave, etc. Esta forma de ver las cosas sería pertinente si la mente obedeciera a las mismas leyes que la física. Pero en psicología, el modelo lineal de causa -> consecuencia, es decir, estructura mental disfuncional -> síntoma, funciona en realidad de modo retroactivo.

FIGURA 7

Interacción estructura mental-síntomas psicológicos



De hecho, muy a menudo es útil actuar sobre el síntoma, ya que esto puede conducir a un cambio en la estructura subyacente. Por ejemplo, una persona que cae en una depresión como consecuencia de una serie de dificultades personales que hacen aflorar carencias afectivas de la infancia (causa) puede mejorar con un tratamiento antidepresivo (modificación sintomática); pero esta mejora modificará por sí misma la forma en que la persona ve su pasado, relativizándolo y tomando distancia de él, viviéndolo como testigo y agente en lugar de víctima, pasando de la queja a la observación, luego a la acción, etc.

La enfermedad es a menudo más alienante que la medicación, y en la mayoría de los casos es legítimo intentar reducir los síntomas de sufrimiento psicológico a través de un tratamiento psicotrópico, al menos siempre que se demuestre la eficacia de este último. La regla es simplemente no prescribir medicación sin al menos apoyo psicológico y, si es posible, una psicoterapia adecuada. En lo que respecta a paliar la ansiedad social, hay dos familias de moléculas que han demostrado ser eficaces: los betabloqueadores y los antidepresivos.

2. Los betabloqueadores

Los betabloqueadores son fármacos ampliamente utilizados en cardiología para tratar la hipertensión y diversas afecciones cardíacas. Se descubrió casi por casualidad que podían reducir o eliminar los efectos físicos del miedo escénico y la emotividad,⁷¹ y actualmente se pueden recetar para «manifestaciones funcionales cardíacas de taquicardia y palpitaciones durante situaciones emocionales transitorias».⁷² Desde mediados de los años sesenta, miles de músicos, actores y conferenciantes han podido recurrir a un pequeño comprimido antimiedo escénico una o dos horas antes de su actuación ante el público.

Los betabloqueadores son especialmente adecuados para lo que llamamos «ansiedad de actuación», durante la cual las manifestaciones fisiológicas del miedo escénico pueden alcanzar a veces una intensidad incapacitante (temblores, palpitaciones y taquicardia, sudor en las manos, boca seca, mareos, etc.). Los betabloqueadores son bastante eficaces para reducir este tipo de fenómenos. Pero

su efecto se queda ahí en un primer momento. No tiene sentido esperar más: en primer lugar, porque solo son eficaces en situaciones de miedo escénico y, en segundo lugar, porque solo actúan sobre el componente físico, sin modificar nada de los aspectos mentales de la ansiedad social. Una persona tímida que tome betabloqueadores no se va a volver atrevida, igual que una persona con fobia social no se va a relajar cuando se enfrente a personas que percibe como críticas. Pero ambas, en sendos desempeños, se verán menos afectadas por las manifestaciones tumultuosas de sus emociones, y poco a poco se atreverán a afrontar las situaciones, recuperarán la confianza en sí mismas y reducirán gradualmente el uso de betabloqueadores.

3. Los antidepressivos

Utilizados desde finales de los años cincuenta para calmar a los pacientes con depresión, desde los años ochenta los antidepressivos se recetan cada vez más para tratar problemas graves de ansiedad, como los ataques de pánico (crisis paroxísticas de ansiedad durante las cuales el sujeto teme perder la vida o la cordura) o los trastornos obsesivo-compulsivos (a causa de los cuales quienes los padecen se lavan las manos decenas de veces al día o comprueban una y otra vez que han cerrado puertas y grifos o apagado interruptores, etc.). Los beneficios de los antidepressivos en la ansiedad no solo se deben al hecho de que las personas con ansiedad también suelen tener depresión, sino que también corresponden a una acción específica, cuyas razones y mecanismos aún no se comprenden del todo.

Su eficacia se ha probado recientemente en el caso de las formas más graves de ansiedad social: las fobias sociales y las personalidades evitativas. Los antidepressivos actúan haciendo que estos sujetos sean menos susceptibles y estén menos preocupados por el juicio de los demás, y reducen su ansiedad cuando se enfrentan a situaciones sociales. Esto representa una ayuda considerable para estas personas, ya que les resulta más fácil asumir un planteamiento psicoterapéutico que las anime a enfrentarse a cada vez más situaciones.

Se han probado con éxito varias familias de antidepressivos para la fobia social, principalmente los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los

serotoninérgicos.⁷³

4. ¿Y los tranquilizantes?

Sabemos que Francia es una gran consumidora de tranquilizantes.⁷⁴ De hecho, muchas personas tímidas o con ansiedad social han tomado o toman regularmente tranquilizantes, principalmente de la clase de las benzodiacepinas, las más conocidas de todas (ya que son las más eficaces y mejor toleradas). En el caso de la ansiedad social, los beneficios son bastante moderados: si bien la tensión y la ansiedad suelen verse atenuadas, los comportamientos problemáticos (inhibición y evitación) suelen persistir, a pesar del tranquilizante. Y también presentan desventajas: el tratamiento genera dependencia (aunque sea moderada y bastante fácil de interrumpir en la mayoría de los casos), pero quizás también fomenta una tendencia a la cronificación de los trastornos por mecanismos complejos. Las benzodiacepinas podrían, por ejemplo, provocar una alteración del proceso de aprendizaje, de modo que la multiplicación de los contactos sociales, que normalmente conduce a una «habitación» gradual y, por tanto, a una reducción de la ansiedad, no se «memoriza» y, en consecuencia, cualquier nuevo contacto social alberga el mismo potencial ansiógeno.

Los tranquilizantes, a pesar del carácter lógico de su prescripción, son actualmente objeto de ciertas reticencias por parte del personal sanitario especializado en los problemas de ansiedad social. Ya no se prescriben sistemáticamente, sino solo cuando se espera un beneficio específico (otras manifestaciones de ansiedad asociadas a la ansiedad social, malestar y sufrimiento debido a la carga de ansiedad, etc.).

TERAPIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

Las terapias cognitivas y conductuales son psicoterapias diseñadas para provocar cambios concretos que sean perceptibles en el día a día de los pacientes y de quienes los rodean. Actualmente representan una de las tendencias más dinámicas de la investigación clínica a nivel internacional.⁷⁵ «Las terapias cognitivas y conductuales son hoy en día el tratamiento de preferencia para todos los problemas de ansiedad social en adultos, niños y adolescentes.»⁷⁶

¿Qué hay de los otros tratamientos psicoterapéuticos? A veces pueden ser eficaces para tratar la timidez o las manifestaciones de ansiedad social, pero hasta la fecha no ha habido un número suficiente de estudios controlados en este sentido. El psicoanálisis y las terapias de inspiración analítica, por ejemplo, nunca se han ocupado específicamente de los problemas de ansiedad social. No buscan directamente mejorar los síntomas, sino mejorar la autocomprensión y la autoaceptación. Las demás técnicas psicoterapéuticas no psicoanalíticas y no cognitivo-conductuales representan un conjunto muy heterogéneo, cuya eficacia se fundamenta principalmente en la experiencia y las cualidades humanas del terapeuta. En la actualidad, ninguna de ellas se puede recomendar de una manera sistemática a las personas tímidas.

Las terapias cognitivas y conductuales tienen cuatro características principales:

—son terapias con un objetivo científico: en otras palabras, están sujetas a la evaluación de sus resultados y son susceptibles de que se pongan en entredicho sus tesis iniciales si no superan la prueba de los hechos. En las revistas científicas de los terapeutas cognitivo-conductuales se publican regularmente resultados negativos que atestiguan el fracaso de planteamientos inicialmente basados en hipótesis atractivas...;

—se trata de terapias estratégicas, que definen claramente los objetivos precisos que desean alcanzar, con qué medios y cómo se evaluarán los resultados. Muchas psicoterapias son manipulativas en mayor o menor medida, en el sentido técnico y no moral del término, es decir, buscan producir efectos en el paciente

sin revelarle explícitamente las estrategias o los mecanismos implicados. 77 La preocupación por un contexto igualitario y colaborativo lleva a los terapeutas cognitivo-conductuales a buscar la mayor transparencia posible en los procesos mediante los cuales representan una influencia para sus pacientes;

—estas terapias se basan en las teorías del condicionamiento y del aprendizaje. Postulan que todo comportamiento ha sido objeto de aprendizaje, bajo el efecto de un condicionamiento más o menos evidente, y que siempre es posible, si la condición biológica del individuo lo permite, desaprenderlo o aprender nuevos comportamientos;

—estas terapias implican un tipo muy específico de relación terapeuta-paciente, una relación interactiva (el terapeuta interviene con frecuencia para dar su punto de vista, hacer sugerencias, dar consejos, etc.) y explícita (el terapeuta aclara cada vez que se torne necesario lo que hace o pide, y por qué).

Las terapias cognitivas y conductuales se fundamentan en una serie de técnicas de eficacia probada, que pueden utilizarse por separado o combinadas.

Estas cuatro técnicas cognitivo-conductuales en el fondo se apoyan en una lógica de sentido común: para superar la timidez, hay que obligarse a enfrentarse poco a poco a lo que uno teme, aprender a relajarse en situaciones sociales, adoptar una conducta interpersonal adecuada y no pensar por defecto que uno es inferior o que la gente juzga duramente... La persona tímida a menudo ya recibe este tipo de consejos o ha intentado seguirlos por su cuenta. Así que no basta prodigarlos vagamente para afirmar que se ha practicado la terapia cognitiva y conductual...

Ciertamente, estas técnicas solo serán eficaces a largo plazo si se aplican de forma metódica y regular y conforme a ciertas reglas fundamentales. Estas condiciones se cumplen mejor en el marco de una psicoterapia adecuada, que puede llevarse a cabo individualmente o en grupo, siendo este último formato especialmente adecuado para los problemas de ansiedad social.⁷⁸ Así pues, permite a los participantes conocer a otras personas con dificultades similares a las suyas, lo cual genera un efecto de apoyo mutuo y de desdramatización. También les permite hacer ejercicios como juegos de rol, obtener consejos y ayuda recíproca y fomentar su creatividad.

CUADRO 5

Principales técnicas cognitivas o conductuales utilizadas para la ansiedad social

Técnica	Principio
Exposición gradual.	Afrontar progresivamente situaciones
Relajación.	Aprender técnicas de relajación para a
Entrenamiento en competencias sociales.	Aprender técnicas de comunicación ef
Reestructuración cognitiva.	Identificar y modular los pensamiento:
Entrenamiento de la atención.	Aprender a ampliar el foco de atención
Conciencia plena.	Aprender a observar síntomas emocion

1. Exposición gradual

«Almorcé en otro hotel y no me atreví a volver a pasar por delante del Lion d'Or. A lo mejor todavía me esperan. “Vendrán a cenar”, pensé. ¿No me enviarán al comisario de la ciudad? Etc., etc. Maldita ansia...»

Diario, JULES RENARD

La ansiedad social hace que las personas eviten una serie de situaciones sociales, y solo se puede mejorar enfrentándose a estas temidas situaciones. Esto puede parecer una perogrullada, pero la tarea es difícil, dado que la realidad de las personas tímidas se compone de un increíble número de evasivas y huidas de todo tipo, de las que no siempre son conscientes. Estas evasivas adoptan diversas máscaras, que veremos a continuación. Pero, sobre todo, presentan un importante número de inconvenientes:

—deterioro de la calidad de vida, limitada a un número reducido de interlocutores y situaciones;

—una experiencia casi permanente de autodesprecio, ante el espectáculo constantemente renovado de las propias evasivas;

—empeoramiento de las dificultades, porque cada evitación hunde al tímido un poco más en su timidez.

A) Los distintos tipos de evasión

a) Evitación total: la renuncia. La forma más sencilla de evitar la ansiedad social es no enfrentarse a las situaciones ansiógenas. Estas evitaciones pueden ser fruto de una ansiedad anticipatoria: el sujeto renuncia a la acción de antemano, por

simple evocación de la situación. La vida de estas personas se compone, pues, de postergaciones, avances seguidos de retrocesos... Tras un cierto periodo de evolución, la evitación se convertirá en un proceso organizado: la persona con ansiedad social se buscará numerosas justificaciones y racionalizaciones para explicar su conducta a los demás, pero también a sí misma.

A veces, la evitación se refiere a situaciones bastante específicas y relativamente poco frecuentes, como tomar la palabra delante de un grupo. En otros casos, se extienden a un mayor número de situaciones: encontrarse con desconocidos, expresar sentimientos, defender los propios derechos, etc. En ciertas formas de fobia social generalizada, el sujeto tratará de evitar casi cualquier oportunidad de ser objeto de miradas ajenas.

Esta evitación puede ser sistemática o de carácter fluctuante, a veces debido a las características específicas de la situación, sobre todo en función del interlocutor (hombres o mujeres, personas mayores o más jóvenes, de un mismo nivel jerárquico o de uno superior, etc.). Pero a veces también pueden revestir una apariencia aleatoria, con días «buenos» y «malos», en función de si el miedo a la mirada ajena es más o menos manejable...

b) Evitación parcial: confrontación condicional. Con todo, es difícil evitar una situación de manera sistemática: no siempre se puede esquivar a las personas del sexo opuesto, a veces hay que aceptar una invitación o dar una charla...

Entonces, ¿cómo evitar llamar la atención? Jules Renard escribió en su Diario: «Mi anillo de Giges, lo que me vuelve invisible, es mi timidez». La persona con ansiedad social desarrolla metódicamente estrategias específicas para que las interacciones sociales sean posibles:

—adopción de comportamientos relacionales «de protección», bien en el sentido de inhibición («sobre todo, no llamar la atención»), bien en el sentido de frialdad y distancia hostil («que no me hagan caso»);

—recurrir a estratagemas para taparse los ojos (gafas oscuras), la cara (sombrero, mechones de pelo, etc.) y el rubor de la piel (maquillaje, abrir ventanas, etc.);

—bloquear la ansiedad social con alcohol o tranquilizantes ingeridos sistemáticamente antes de enfrentarse a situaciones temidas.

Estos «comportamientos de seguridad en situación» (in situation safety behaviors, en la bibliografía anglosajona) permiten así, pues, un relativo afrontamiento de la vida social, pero al mismo tiempo la empobrecen, ya que la persona suele centrarse en sí misma («¿alguien se habrá dado cuenta de que no estaba a gusto?»), en lugar de involucrarse en la interacción y en la relación. Podríamos hablar aquí de «estrategias de supervivencia», porque todavía estamos muy lejos de cualquier tipo de placer o confort en las relaciones.

c) Escape: la huida. La huida corresponde a las tentativas de acercamiento seguidas de subterfugios. Cada vez que la incomodidad es demasiado grande, la persona con ansiedad social huirá de la situación: abandona una velada antes de que termine, cuelga el teléfono antes de que la persona que está al otro lado lo coja, y situaciones similares. Otras veces, este fenómeno se produce a lo largo del tiempo: la persona, que se encuentra cómoda en los primeros encuentros, se sentirá cada vez más incómoda en las siguientes interacciones y poco a poco huirá o reducirá el contacto. Este tipo de comportamiento es bastante común en la vida amorosa de las personas con fobia social, que temen volverse cada vez más transparentes a los ojos de los demás a medida que se van repitiendo sus interacciones. Este miedo se debe a la convicción de que el interlocutor detectará los defectos insalvables de la persona y ello dará lugar a críticas, rechazo y burlas; por lo tanto, la persona prefiere evitar de antemano este tipo de proyección catastrófica.

B) Estrategias terapéuticas para la exposición a situaciones sociales temidas. La única solución a estas evitaciones múltiples es el afrontamiento. Este se fundamenta en un principio experimental ampliamente demostrado en todos los estudios sobre la ansiedad: huir de la ansiedad la refuerza (lo que los conductistas denominan «sensibilización»), mientras que enfrentarse a ella de forma regular y prolongada la hace desaparecer progresivamente (lo que se denomina «habitación»). La exposición controlada y planificada a los estímulos ansiógenos es el camino hacia cualquier mejoría; tanto si se trabaja de forma aislada como en combinación con otros ingredientes terapéuticos, se torna esencial.

El sujeto suele ser plenamente consciente de ello y, por lo general, ha intentado enfrentarse a sus miedos por sí mismo o bajo la presión de quienes lo rodean. Los resultados a menudo han sido decepcionantes. Pero si esos esfuerzos

espontáneos resultan infructuosos, no es que el planteamiento sea erróneo; es que debe cumplir una serie de criterios muy específicos, bien conocidos por los conductistas.

Las estrategias de exposición terapéutica están actualmente bien codificadas⁷⁹ y se basan en una serie de etapas en las que el terapeuta acompañará los esfuerzos del paciente.

a) Toma de conciencia y reconocimiento del problema. A los ojos de la persona tímida o con fobia social, muchas de sus evitaciones son legítimas y están bien fundadas: «Antes que estar mal, no estar». No obstante, son evitaciones y, como tales, deben considerarse inaceptables e injustificadas. No ir a una fiesta porque uno podría aburrirse, no pedir un favor porque podría molestar a alguien o sufrir rechazo, no charlar con un tendero por miedo a decir algo trivial: todos son argumentos aparentemente plausibles que en realidad maquillan el miedo a no dar una imagen satisfactoria de uno mismo.

b) Evaluación precisa del problema. Las personas con ansiedad social suelen tener una percepción poco nítida de los momentos en los que se sienten incómodas. Su discurso espontáneo suele ser del tipo: «No me siento bien en mi propia piel, no sé qué decir a la gente, parece que no sé dónde ponerme o cómo comportarme...».

Desde el momento en que el sujeto desea superar sus evasivas, debe observarlas con todo detalle: cuándo se produce, con quién, haciendo qué, etc. A continuación, se le pide que califique su intensidad, junto con la ansiedad asociada. Es lo que se denomina autoobservación. Este principio también se utiliza en algunas escalas de evaluación de la ansiedad social: se invita al paciente a que describa hasta qué punto un determinado número de situaciones sociales le producen ansiedad y con qué frecuencia las evita.⁸⁰ Una vez completada esta tarea de identificación, el terapeuta elaborará con el paciente una lista de objetivos progresivos, correspondientes a las situaciones a las que el paciente deberá ir enfrentándose poco a poco, empezando, por supuesto, por las menos ansiógenas.

c) La puesta en práctica. La secuencia de acontecimientos es, en apariencia, muy sencilla: se trata de enfrentarse gradualmente, con regularidad y de forma prolongada en el tiempo, a las situaciones de la lista. Entonces, el paciente descubre poco a poco que, tras un aumento muy rápido de la ansiedad y el

malestar, sigue un periodo de «estancamiento», durante el cual persistirá cierto grado de inquietud, seguido de una disminución constante de la ansiedad. Si el sujeto ha sido capaz de «aguantar» hasta este punto, la partida está ganada: ha aprendido que, tras una escalada súbita, la ansiedad siempre remite al final; por tanto, será capaz de repetir la experiencia y, a continuación, enfrentarse a situaciones de dificultad creciente. Si, por el contrario, el paciente ha huido de la situación durante la primera fase (lo que suele ocurrir con la exposición espontánea), seguirá firmemente convencido de que el aumento de la ansiedad no habría tenido límite y que se habría producido una catástrofe, en forma de pérdida de control sobre sus palabras o comportamiento.

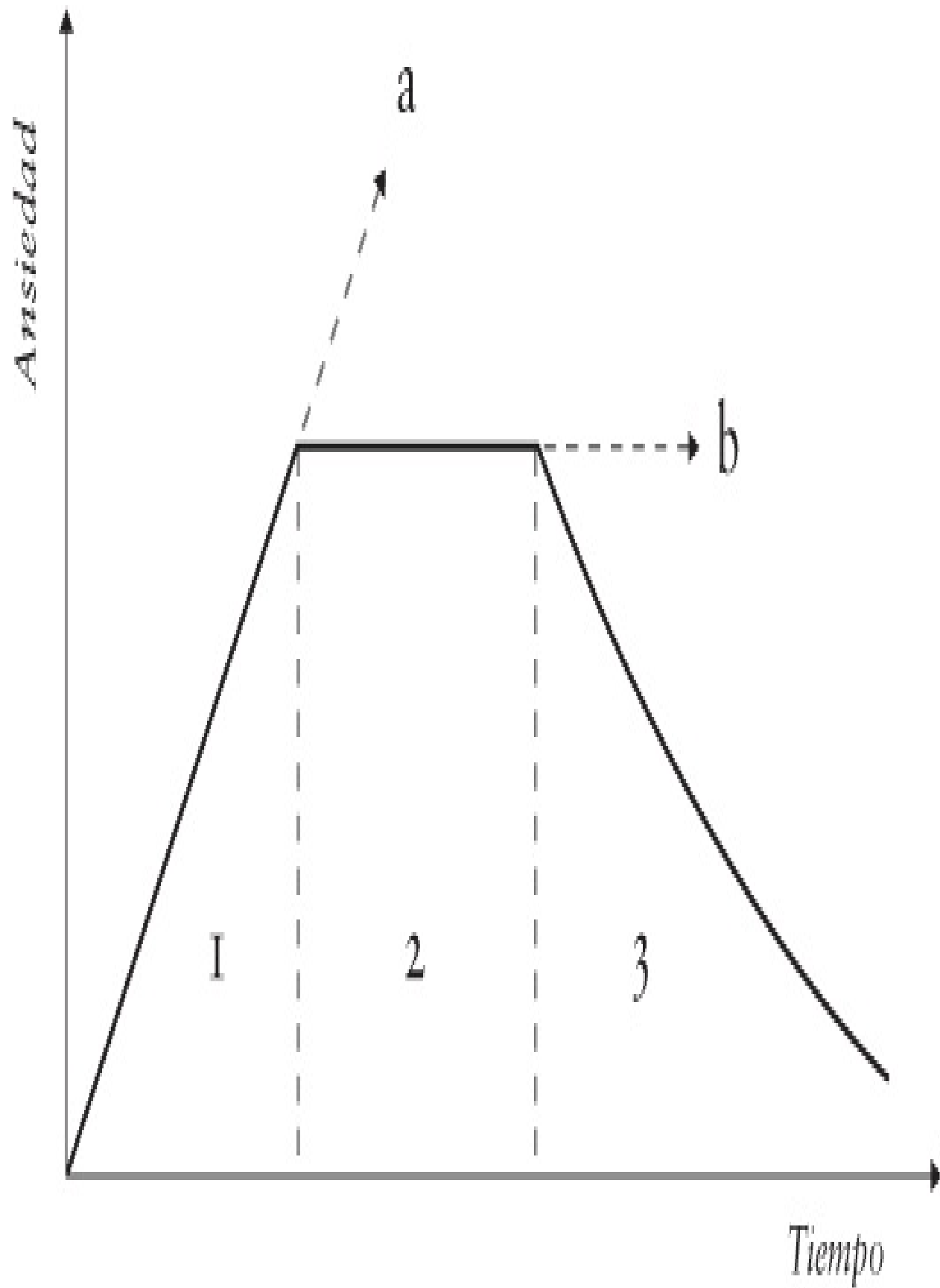
CUADRO 6

Extracto de la escala de ansiedad social de Liebowitz

Situación Participar en un pequeño grupo. Hablar con personas que detentan auto

FIGURA 8

La intensidad de la ansiedad durante una sesión de exposición



Fase 1: aumento de la ansiedad.

Fase 2: estabilización de la ansiedad.

Fase 3: disminución de la ansiedad.

Líneas punteadas: (a) anticipación de un aumento infinito de la ansiedad (proyección catastrofista); (b) anticipación de un estancamiento infinito de la ansiedad a su nivel máximo.

d) Precauciones. El apoyo regular del terapeuta es esencial en esta fase del tratamiento para motivar y animar al paciente. Aunque las tareas son de dificultad creciente, todas siguen siendo arduas para la persona con ansiedad social. Por ello, el terapeuta preparará sistemáticamente al paciente para enfrentarse a cada una de las situaciones previstas: por un lado, mediante juegos de rol destinados a aumentar su control —¿qué decir en una fiesta para iniciar una conversación? ¿Cómo resistir ante una petición insistente? ¿Cómo coordinar gestos y palabras al comunicarse en público?— y, por otra parte, fijando objetivos realistas. En realidad, la gente suele rehuir las situaciones en las que cree que no estará a la altura, pero un análisis cuidadoso de sus propios criterios para juzgar el «éxito» de una interacción suele revelar unas expectativas de desempeño excesivas. Alejarse de estándares poco realistas y fijarse objetivos modestos es un primer paso esencial: por ejemplo, no esperar ser capaz de hablar con todo el mundo o con todas las personas interesantes en una fiesta, sentirse y parecer totalmente a gusto, demostrar sentido del humor, etc., pero sí hacer un esfuerzo por entablar conversación con dos personas desconocidas, aunque sea de una forma rápida y superficial.

Tras los ejercicios de exposición, se revisan sistemáticamente los progresos y las dificultades y se comentan con el terapeuta, de manera que se puedan definir los

siguientes pasos y las estrategias que deben desarrollarse.

C) El recurso de la relajación. Cuando la ansiedad es demasiado grande, y el sujeto es incapaz de enfrentarse siquiera a las primeras situaciones que ha previsto, el terapeuta llevará a cabo lo que se conoce como «desensibilización sistemática». Tras enseñar al paciente a relajarse, le pedirá que se imagine inmerso en la situación temida: mientras esta visualización siga provocando ansiedad, habrá que repetirla, y la transición a la situación real solo podrá producirse después.

En este contexto, las técnicas de relajación utilizadas son el entrenamiento autógeno de Schultz (en el que el sujeto aprende a relajar los músculos, controlar la respiración y la frecuencia cardiaca, etc.) o la relajación muscular progresiva de Jacobson (en la que la relajación se alcanza tras una tensión previa de los músculos).

En general, la relajación ofrecida de forma aislada para la ansiedad social produce pocas mejoras: no es un tratamiento en sí mismo. Pero, utilizada como coadyuvante, puede ayudar al sujeto a controlar mejor los signos de tensión física en situaciones sociales ansiógenas.

2. Entrenamiento en habilidades sociales

«Cuando conviene obrar, no sé qué hacer; si hablar, no sé qué decir; si me miran, me turbo...».

Las confesiones, JEAN-JACQUES ROUSSEAU

La persona tímida se siente incómoda ante sus semejantes, o al menos ante un cierto número de ellos. Esta incomodidad relacional tiene una dimensión

objetiva: la mayoría de los estudios demuestran que a las personas tímidas se las percibe como menos agradables y menos cálidas que las no tímidas. Pero este fenómeno tiene también una dimensión subjetiva: en igualdad de condiciones en una misma intervención, las personas tímidas se quedan menos satisfechas consigo mismas, al no saber si se han comportado «como debían». Así pues, tiene sentido ayudar a las personas tímidas a desarrollar sus habilidades sociales.

A) La noción de habilidad social

a) Contrariamente a lo que a veces se piensa, las capacidades comunicativas no son ni un don ni una cualidad innata. Detrás de la impresión general que nos causan nuestros interlocutores, que percibimos claramente, aunque rara vez seamos capaces de analizarla con precisión, se esconde todo un conjunto de componentes específicos: las «habilidades sociales». Estas implican dos canales de comunicación, el verbal y el no verbal.

En el plano no verbal, la ansiedad social implica una tendencia a mirar menos a los demás, a producir menos expresiones faciales, a atenuar la voz al final de las frases, etc.

En el plano verbal, también encontramos un estilo generalmente marcado por la inhibición, con escasa información sobre uno mismo, pocas preguntas dirigidas a los demás y numerosas pausas y silencios.

Las habilidades sociales son competencias en gran parte adquiridas y no tanto rasgos innatos de la personalidad. A través de los modelos parentales, el estímulo educativo y las primeras experiencias de socialización, todo individuo adquirirá la capacidad de interactuar con los demás y también de forjar su propio estilo personal. Por lo tanto, cada uno de nosotros posee un cierto know-how en materia de comunicación, que siempre podemos mejorar y desarrollar. En las personas con ansiedad social, que por lo general tienden a evitar las situaciones sociales en lugar de encararlas de frente, el repertorio relacional suele ser más pobre y estereotipado que la media. Por tanto, el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es enseñarles nuevas herramientas de comunicación o ayudarles a dominar y utilizar mejor aquellas de las que ya disponen.

CUADRO 7

Componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales

Comunicación no verbal

ROSTRO: Mirada Expresiones faciales VOZ: Intensidad Timbre Ritmo Cadenci.

Comunicación verbal

Reformulaciones Expresión de sí mismo (opiniones personales, sentimientos, inf

c) La importancia de este dominio de las herramientas de comunicación es evidente, sobre todo en sociedades como la nuestra, donde las competencias interpersonales, por no decir «mediáticas», cobran cada vez más relevancia. A título ilustrativo, una encuesta realizada entre directivos y ejecutivos⁸¹ señalaba que, de todas las cualidades necesarias para tener éxito, «saber comunicar y explicar» se situaba muy por delante de las demás. Lo cierto es que esto siempre ha sido así: un estudio sobre grandes personalidades de distintas épocas demostró que, contrariamente a las ideas preconcebidas sobre el «genio solitario» que se inspira en el aislamiento y la incompreensión de sus contemporáneos, la mayoría de los grandes científicos y artistas de los dos últimos siglos eran individuos profundamente integrados en una red social y con muy buenas dotes de comunicación.⁸²

B) Los fundamentos del entrenamiento en habilidades sociales

a) Elección de las situaciones objetivo: como ocurre siempre en el planteamiento conductual, se definen objetivos precisos con el sujeto. En función de sus dificultades o expectativas, la persona puede desear específicamente trabajar el contacto con personas del sexo opuesto, la posibilidad de defender sus puntos de vista en una conversación y otros propósitos similares. Se trabaja sistemáticamente sobre la capacidad de la persona con ansiedad social para hablar de sus dificultades sin vergüenza, acercándose así a la verdad fundamental enunciada por el escritor V. S. Naipaul: «Yo sé que, en el momento en que uno admite su vergüenza, esta desaparece».

CUADRO 8

Ejemplos de situaciones trabajadas durante el entrenamiento en habilidades sociales

Establecer contacto con alguien desconocido, poco familiar o imponente. Expres

b) El entrenamiento se lleva a cabo mediante juegos de rol conductuales. Estos no son más que simulaciones de situaciones de la vida real, reconstruidas con el terapeuta o con otros pacientes si se trabaja en grupo. El trabajo se desarrolla a partir de una secuencia de tres etapas: juego de rol «espontáneo» («haz lo que harías en la vida cotidiana»), comentarios y consejos específicos del terapeuta («esto es lo que puedes hacer si quieres mejorar la eficacia de tu planteamiento»), un nuevo juego de rol en el que se aplican los consejos dados, y así sucesivamente.

c) Puesta en práctica. El objetivo de este tipo de entrenamiento se centra al cien por cien en la aplicación rápida, en forma de ejercicios y tareas que deben realizarse entre dos sesiones. El terapeuta invita así a los pacientes a poner a prueba sus habilidades sociales en una serie de situaciones cotidianas; estos ejercicios in vivo se repetirán y analizarán durante la siguiente sesión.

C) Algunas observaciones

a) El trabajo en grupo es especialmente adecuado para el entrenamiento en habilidades sociales.⁸³ Como suele ocurrir en psicoterapia, el trabajo en grupo es más eficaz por varias razones, la más importante de las cuales es, sin duda, que permite a los participantes conocer a personas que sufren las mismas dificultades que ellos; las oportunidades de identificación y apoyo mutuo son mayores que con una terapia individual.

b) Una de las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales más utilizadas se basa en la noción de asertividad. Introducida por primera vez a finales de los años sesenta en Estados Unidos, en el contexto del movimiento de emancipación de la mujer y la lucha por mejorar la situación de las personas negras, la asertividad se define simplemente como la capacidad de un individuo de comunicarse con su entorno sin inhibiciones ni agresividad.

CUADRO 9

Definición de asertividad (según Alberti y Emmons, 1970)

La asertividad es la capacidad de expresar lo que uno piensa, siente o quiere de l

CUADRO 10

Los tres tipos de comportamiento relacional

Comportamiento inhibido	Compor
Defiende mal sus derechos por miedo a molestar o provocar conflictos.	Defiend
Espera que se adivinen o se comprendan sus necesidades.	Sabe exp
Resuelve problemas retirándose.	Tiende a
No expresa sus posturas con claridad.	Activo,
A menudo sufre incomprensión, olvido o explotación.	Ve que l
Transmite una imagen efímera, incluso fría, distante o desmotivada.	Es aprec
A menudo frustrado e infravalorado.	Tiene cc
Rumia sus dificultades.	Actúa lc
Se juzga dura y negativamente.	No se au

El comportamiento asertivo, así definido, es un comportamiento aprendido, a diferencia del comportamiento de inhibición o de agresividad. Cada uno de estos tres tipos de comportamiento relacional responde a sus propias características en las situaciones sociales.

Simple y especialmente operacionales, los conceptos aplicados en el entrenamiento de la asertividad se adaptan muy bien al desarrollo de las habilidades sociales.⁸⁴

c) Los mecanismos exactos que subyacen a la eficacia demostrada de estos enfoques terapéuticos siguen sin estar claros. Además de la mejora objetiva de las habilidades sociales, es probable que el aumento de la sensación subjetiva de control sobre la situación tenga un papel importante,⁸⁵ al igual que el aumento de la eficacia personal percibida.⁸⁶

d) Sin embargo, el entrenamiento en habilidades sociales no es una panacea y, obviamente, tiene sus límites. Los sujetos más perjudicados por su ansiedad social, como las personas con fobia social, sufren muchas dificultades para aprender nuevas habilidades sociales, especialmente en grupo, y, sobre todo, a la hora de aplicarlas, en tanto su nivel de ansiedad en situaciones sociales no se haya reducido de alguna otra forma (por exposición o prescripción de fármacos).

e) También hay que subrayar que estos entrenamientos, destinados a mejorar el control de los procesos relacionales, no prescinden nunca de una reflexión más profunda y personalizada sobre las dificultades de cada paciente: no se trata solo de aprender «trucos» para comunicarse mejor (aun siendo esto más legítimo y útil de lo que acostumbramos a decir), sino también de ayudar al sujeto a adoptar una mirada diferente sobre sí mismo en cuanto que objeto social y a cambiar su visión de lo que son los vínculos sociales.⁸⁷ Pero este enfoque no puede ser especulativo, y requiere que la persona adopte una actitud activa como agente y deje de ser un observador pasivo de sus dificultades.

3. Reestructuración cognitiva

«Si pudiéramos vernos a través de los ojos de los demás, desapareceríamos en el acto».

Del inconveniente de haber nacido, CIORAN

El estudio del contenido del pensamiento de los sujetos con ansiedad social es sin duda uno de los prismas más fascinantes de la ansiedad social. El enfoque cognitivo tiene por objeto comprender (y, si es necesario, modificar) la forma en que el sujeto percibe e interpreta su entorno: ¿por qué tengo siempre la sensación de que los demás me juzgan? ¿Por qué tengo la impresión de que mi vergüenza es visible como si yo fuera transparente para los demás? ¿Por qué me inhibo cuando me apetece hablar?

La premisa básica del enfoque cognitivo se basa en la teoría del procesamiento de la información, según la cual el sujeto no es pasivo con respecto a la información procedente de su entorno, sino que la selecciona e interpreta activamente, si bien a riesgo de incurrir en ciertos errores... Lo cierto es que, como hemos visto, la ansiedad social es ante todo una ansiedad de evaluación, por la cual el sujeto teme constantemente ser objeto de observación, examen y juicio por parte de los demás. De ahí la importancia vital de los mecanismos cognitivos en su génesis.⁸⁸

A) Los elementos básicos. Los elementos cognitivos están presentes en todas las fases de la ansiedad social: antes, durante y después del afrontamiento de situaciones sociales...

a) El tormento de la anticipación. La ansiedad social suele ser una ansiedad anticipatoria, o dicho de otra manera, su aparición está ligada a la evocación de la escena temida. Al prepararse para afrontar situaciones sociales, las personas suelen construir, sin ser siempre claramente conscientes de ello, verdaderos escenarios catastróficos, en los que repasan todo lo desagradable o humillante que podría ocurrir y los peores desenlaces posibles, y se acompañan del recuerdo de todas las dificultades o fracasos del pasado. La intensidad de esta ansiedad anticipatoria es tal que puede dar lugar por sí misma a verdaderas oleadas de

angustia, que conducen a una evitación radical de la situación o a una huida anticipada de la misma.

b) En el fragor de la acción. Mientras el sujeto está inmerso en la acción, cometerá involuntariamente una serie de errores y distorsiones en su forma de «leer» la situación.⁸⁹ Veamos cuáles son en el caso de un joven tímido que intenta charlar con una joven que le acaban de presentar:

—conclusión sin pruebas, que consiste en transformar impresiones o dudas en certezas: «Me escucha sin decir nada, lo que significa que me está juzgando y es hostil conmigo.» Esta tendencia a «leer la mente» es casi constante en la ansiedad social;

—la personalización, que hace que el sujeto se atribuya la responsabilidad sobre los elementos de la situación que quizás no dependan de él: «Si no sonrío es porque la aburro», o se convence de que otros lo harían mejor por defecto: «Yo debería ser capaz de hacerle sonreír mucho más, estoy seguro de que cualquier otra persona en mi lugar sería capaz de lograrlo sin esfuerzo»;

—la focalización, que empuja al sujeto a polarizar la atención hacia un detalle de una interacción global: «Seguro que se da cuenta de que me sonrojo, es lo único que va a ver»;

—la generalización, que maximiza en exceso las posibles consecuencias de una situación: «Pensaré que soy completamente ridículo y que carezco de interés»;

—el catastrofismo, que consiste en imaginar el peor desenlace posible: «No querrá volver a verme, se reirá de mí, se lo contará a todo el mundo, seré el hazmerreír de todo el grupo».

Numerosos estudios experimentales han confirmado esta intensidad de los procesos mentales disfuncionales: el sujeto tímido suele estar tan atrapado en sus dudas que descuida la interacción en curso a causa de la parálisis que le provocan sus propios pensamientos y fenómenos emocionales. Por ejemplo, después de una interacción, las personas con ansiedad social recuerdan muchos menos detalles del contexto que las personas que no padecen ansiedad social.⁹⁰ Ante acontecimientos de naturaleza social ambigua (es decir, en los que la interpretación es incierta), por ejemplo, recibir a amigos que se irán pronto por la

noche, las personas tímidas interpretarán la situación de forma más negativa («se van porque mi compañía los aburre») que las personas no tímidas, que también serán capaces de decirse a sí mismas: «Estos amigos se van pronto porque están cansados».91

c) El après-coup (después del golpe). Una vez superadas las situaciones, los fenómenos cognitivos evidentemente no se detienen, y la persona tímida se recrea en la interacción como si fuera una película para extraer una serie de rumiaduras dolorosas. Son numerosos los estudios que han demostrado que las personas con ansiedad social recuerdan la información negativa sobre sí mismas mucho mejor que las personas que no padecen ansiedad social.92 La teoría de las atribuciones93 también puede proporcionar un marco para comprender el fenómeno del procesamiento de la información en el après-coup por parte de las personas con fobia social. Esta teoría postula que tendemos a atribuir un cierto número de factores causales a cualquier acontecimiento: internalidad o externalidad, estabilidad o inestabilidad, naturaleza global o específica, etc. Para las personas con depresión, estas atribuciones están sesgadas, es decir, no dependerán del acontecimiento ni de su contexto, sino simplemente de la tendencia de la persona a no retener más que el aspecto negativo de lo que está experimentando. Lo mismo parece ocurrir a muchas personas con ansiedad social. Por ejemplo, tras un fracaso en una relación, como el hecho de no haber sido capaz de hablar en una reunión (un acontecimiento negativo), la persona tiende a interiorizar («ha sido culpa mía», y no «no ha sido fácil»), a maximizar («es un auténtico desastre», en lugar de «es un fastidio, pero nada terrible»), a atribuir un carácter estable («siempre será así», en lugar de «la próxima vez lo haré mejor») y global («soy un fracaso», en lugar de «imponerme en las reuniones no es mi fuerte»). Por el contrario, existe el riesgo de que, ante una situación positiva de la misma importancia, el sujeto haga valoraciones muy diferentes. Por ejemplo, si ha sido capaz de expresar su postura por primera vez en una reunión de trabajo, puede restar importancia al carácter favorable del acontecimiento atribuyéndole una condición de externalidad («fueron amables por dejarme intervenir»), restándole importancia («no estaban inspirados por el tema de la reunión») o imputándole una dimensión inestable («la próxima vez no me dejarán decir ni una palabra») y específica («por haber dicho tres palabras no va a cambiar mi imagen en la empresa»).

Interpretación de las situaciones relacionales en la ansiedad social

Tipo de situación social

Situaciones ambiguas: un camarero te hace esperar en un restaurante; alguien no

Situaciones positivas: un amigo te felicita tras una presentación en público; te in

Situaciones negativas: a tu interlocutor claramente no le interesa lo que dices; alg

La implicación de estas evaluaciones de après-coup cobra una gran relevancia para algunos pacientes vulnerables, y puede llegar a obstaculizar sus esfuerzos, ya que se menospreciarán sistemáticamente sus progresos y se magnificarán sus fracasos.

CUADRO 12

Atribuciones causales en la ansiedad social

Características atribuidas a los acontecimientos negativos

Interna («viene de mí»). Estable («va a durar»). Máxima («es grave»). Global («

d) Predicciones autocumplidas. Las distorsiones cognitivas que acabamos de ver no solo afectan al bienestar del sujeto, sino que también alteran la calidad de sus relaciones con los demás. Convencidas de que no están a la altura y de que serán objeto de juicio negativo por parte de los demás, las personas con ansiedad social suelen adoptar comportamientos marcados por esta experiencia subjetiva, sin ser claramente conscientes de ello. Por ejemplo, una persona que está convencida de que nadie se interesa por ella en una fiesta se quedará en su rincón, fingiendo estar fascinada por los cuadros de la pared o los libros de la biblioteca; mientras tanto, no hará nada por establecer el más mínimo contacto con nadie, y al final de la velada tenderá a concluir que sus convicciones de que no es interesante están bien fundadas, puesto que han quedado demostradas por los hechos. Pero los hechos no han hecho más que demostrar el peso de sus pensamientos...

La prueba de este mecanismo por el que nuestros pensamientos influyen en nuestros actos la han aportado varios experimentos científicos, uno de los más interesantes de los cuales consistía en hacer una entrevista a estudiantes voluntarios con una tercera persona (uno de los organizadores del experimento). Al final de la entrevista, a los estudiantes se les proporcionaba información estereotipada falsa: a algunos se les decía que habían caído bien al entrevistador, a otros que habían parecido desagradables o francamente poco interesantes. Una vez recibida esta información falsa, los estudiantes mantuvieron una segunda entrevista con la misma persona. A continuación, se pidió a esta persona que evaluara el comportamiento de los estudiantes durante la entrevista, sin saber qué información, positiva o negativa, habían recibido. Resultó que los estudiantes que habían sido «víctimas» de comentarios negativos se mostraron, en opinión de su entrevistador, menos cálidos y amables que los que habían recibido comentarios positivos.⁹⁴ El hecho de creer que su interlocutor les juzgaba desfavorablemente los había llevado a adoptar una actitud poco cordial, lo que a su vez amplificaba el presunto juicio de su interlocutor.

B) La terapia cognitiva. Desarrollada en los años sesenta con pacientes con depresión, la terapia cognitiva se lleva aplicando desde entonces en casos de otras manifestaciones psicopatológicas, como la ansiedad social.⁹⁵ Tiene como objetivo ayudar a los pacientes a ser más conscientes del peso de sus percepciones subjetivas, a menudo erróneas e innecesariamente ansiógenas, en sus dificultades sociales y relacionales. Las diferentes variables cognitivas se

abordan en diferentes etapas, de lo superficial a lo profundo.

a) La identificación de cogniciones o «pensamientos automáticos». Las cogniciones representan el discurso interior del sujeto. Presentes en todos los individuos, adquieren una dimensión excesiva e incapacitante cuando existen trastornos psicológicos, debido a su naturaleza negativa. En las personas con ansiedad social, es frecuente observar que se dividen en tres familias:

—cogniciones sobre uno mismo, en torno a temas de incapacidad o fracaso: «No estoy a la altura», «soy demasiado emocional», «mi voz se vuelve muy aguda cuando paso vergüenza...»;

—cogniciones sobre lo que pueden pensar los interlocutores, basadas en la sensación de ser objeto de observación y juicio negativo: «Se están fijando en cómo me tiemblan las manos», «piensan que no soy competente para este trabajo...»;

—cogniciones sobre lo que probablemente harán los interlocutores, basadas en la anticipación de actitudes de agresión, crítica o rechazo: «Si el empleado de la gasolinera me ve temblar al firmar el recibo, me montará un escándalo», «me he sonrojado al despedirme de ella, no me va a volver a proponer quedar», «me harán preguntas que no sabré responder...».

El terapeuta enseñará al paciente a identificar estas cogniciones en las sesiones, pero también le pedirá que haga un trabajo de autoobservación a través de sus experiencias cotidianas, a partir de los registros que anote el sujeto. Estos enseñarán gradualmente a la persona con ansiedad social a alejarse de un discurso interior insidiosamente derrotista o angustiante.

b) El debate de las cogniciones. A menudo confundimos nuestra percepción del mundo con el mundo en sí: la convicción de que alguien no nos quiere nos lleva a menudo a actuar como si no nos quisiera. El debate sistemático de las cogniciones que se ponen de manifiesto («¿qué me hace pensar eso?») y la elaboración de un discurso alternativo («¿qué otras formas posibles de ver las cosas puede haber?») representan, por tanto, una segunda etapa del trabajo cognitivo. También aquí, a partir del trabajo realizado en la sesión, se invita al paciente a extender este trabajo a su vida cotidiana, tomando los registros de referencia.

CUADRO 13

Ejemplo de registro de autoobservación cognitiva a tres columnas (paciente de 43 años, alto directivo)

Situación

Me encontré con mi vecino en las escaleras, pero no supe responder a su comentario.

Tuve que hacer una presentación en la empresa ante mis superiores.

Me invitan a una fiesta, no hablo mucho porque no conozco a casi nadie.

c) Evidenciar las creencias. En terapia cognitiva, las creencias representan un conjunto de reglas personales estrictas que rigen la percepción del sujeto del mundo. También conocidas como «esquemas cognitivos», las creencias más comunes en la ansiedad social se refieren a lo siguiente:

—la sumisión y la inhibición para obtener aprobación y reconocimiento: «No debo contrariar, molestar ni ponerme en evidencia, de lo contrario me rechazarán».

En general, la tendencia a percibir las relaciones sociales como relaciones de fuerza (que lo son en parte, pero no siempre ni exclusivamente) es bastante característica de los esquemas de pensamiento de las personas con ansiedad social. La adopción de actitudes de autodesprecio, de no enemistarse nunca con los demás, de no decir nunca que no, etc., corresponde a lo que los etólogos llamarían «conductas de sumisión», que se dan, por ejemplo, en los primates,⁹⁶ y cuya finalidad es evitar, al menos a sus ojos, los posibles conflictos que imaginan detrás de cada interacción;

—la necesidad de un desempeño perfecto: «No debo cometer ni un solo error ni sufrir ningún contratiempo, de lo contrario me saldrá el tiro por la culata».

La segunda característica de las personas con ansiedad social es su alto nivel de exigencia: para sentirse satisfechas con un intercambio o una intervención, suelen autoexigirse cumplir un altísimo número de condiciones draconianas. De ahí la sensación casi permanente de insatisfacción asociada a cada una de sus salidas. Todos los estudios de este ámbito demuestran que, cuando tienen que evaluar su interacción social, las personas tímidas se juzgan a sí mismas con mucha más dureza y severidad que las personas no tímidas. Es sin duda esta característica la que da origen a la noción generalizada del «orgullo de los tímidos»;

—la importancia de controlar el entorno: «Tengo que prestar suma atención a las actitudes de los demás, de lo contrario se me escapará lo serio e importante».

La tendencia compulsiva a «leer la mente» es, como hemos dicho, un rasgo característico de la ansiedad social. Podría decirse que la persona tímida está constantemente al acecho de «señales de peligro» en su entorno (es decir, cualquier cosa que pueda significar observación atenta, juicio, rechazo, crítica, desaprobación, etc.), mientras que con demasiada frecuencia descuida las «señales de seguridad» (es decir, cualquier cosa que pueda significar neutralidad, amabilidad, aceptación...);

—el deseo de autocontrol: «No debo dejar entrever mi vergüenza o mis emociones».

A nadie le resulta agradable sentirse inquieto delante de otra persona. Pero todo el mundo puede conmoverse, perturbarse o entristecerse ante determinados acontecimientos. Muchas personas con ansiedad social intentan a toda costa enmascarar estos movimientos emocionales y parecen estar en una búsqueda constante del autocontrol total. Así, cometen dos grandes errores: se privan de la herramienta de intercambio y comunicación, a veces importante, que es la expresión controlada y adaptada de las emociones, y malgastan una energía considerable intentando dominarlas;

—la sensación de transparencia ante los demás: «Los arrebatos emocionales que siento se me notan muy fácilmente».

Las personas con ansiedad social tienden a sobrestimar el papel de sus sensaciones fisiológicas internas en la impresión que causan a los demás y a centrarse en estos fenómenos. Hay estudios que demuestran que, ante una situación social, los sujetos con fobia social son capaces de medir con gran precisión su frecuencia cardiaca, mientras que los sujetos que no padecen ansiedad social solo tenían una ligera idea, porque se concentraban más bien en la interacción;⁹⁷

—vigilancia potencialmente hostil o de rechazo de los demás: «La gente vigila las actitudes de los demás y juzgan negativamente a los débiles, rechazándolos o atacándolos».

La sensación de un riesgo permanente oculto tras cualquier intercambio, por

muy banal que sea, como comprar una barra de pan o cruzarse con un vecino en las escaleras, es un elemento frecuente en el mundo de las personas con fobia social. Toda situación social tiene un componente potencial de evaluación. Existe un cuestionario utilizado con frecuencia en psicología para diagnosticar la ansiedad social que se fundamenta únicamente en este mecanismo, el cuestionario del «miedo a la evaluación negativa».98

CUADRO 14

Ejemplo de registro de autoobservación cognitiva a cuatro columnas (paciente de 26 años, estudiante con eritrofobia)

Situación

Me sonrojo en una reunión con uno de mis profesores.

Me siento incómoda en la sala de espera del médico: cuando dicen mi nombre, te

Me hago un lío al hablar con el fontanero para de entender lo convencerlo de que

La adhesión excesiva e inconsciente a tales reglas conducirá a una radicalización de la percepción de los acontecimientos por parte del sujeto: casi cualquier situación social representará un reto angustioso, por lo que será interpretada inmediatamente de forma dicotómica (escapar o no del desastre, en términos de imagen social).

d) Cambiar las creencias. Tomar conciencia de estas creencias será el primer paso para flexibilizarlas. A continuación, con la ayuda del terapeuta, se animará al sujeto a evaluar las ventajas y los inconvenientes de su propio enfoque de la interacción social: ¿no resulta a la larga agotador el seguimiento minucioso del juicio social de los demás, aunque permita cierto grado de adaptación? El deseo de control total de las emociones, ¿no tiene a veces el efecto contrario, al provocar una vigilancia ansiosa en todo momento, lo que a su vez conduce a la fragilidad en el plano emocional? Seguidamente, también se programarán lo que los terapeutas cognitivistas denominan «pruebas de realidad» (tomar medidas para verificar el carácter excesivo de las creencias y aprender progresivamente a «desobedecerlas»). Todo este planteamiento debe efectuarse de manera especialmente flexible y respetando las creencias erróneas del paciente: estas vienen de hace mucho tiempo y forman parte de un sistema de valores familiares y sociales adquiridos en la infancia; la identificación del sujeto con sus creencias es, por tanto, muy fuerte.

e) El enfoque cognitivo en la terapia. La toma de conciencia y el posterior dominio gradual de todos estos fenómenos cognitivos por parte de la persona que padece ansiedad social son esenciales para su recuperación. La intervención cognitiva en el contexto de las fobias sociales consiste, en el fondo, en una serie de preguntas, formuladas por un terapeuta experimentado en el arte del «diálogo socrático» y destinadas a ayudar a la persona a descubrir por sí misma sus errores de razonamiento lógico y emocional:

—se entrena al sujeto para que identifique las cogniciones que le provocan ansiedad y las diferencie de la realidad tal y como la perciben, por ejemplo, los demás, lo cual no siempre es fácil.

«Cuando sentí que me habían tomado el pelo, ¿seguro que mis interlocutores notaron lo mismo?»;

—es entonces cuando aprende a evaluar la validez de sus cogniciones y a cuestionarlas imaginando otras alternativas posibles.

«El hecho de que la gente se riera en la calle a mi paso puede deberse a que estaban hablando entre ellos de algo gracioso»;

—aquí se encauza a la persona a suavizar sus creencias gradualmente.

«¿Están los demás tan atentos como yo creo a observar la más mínima manifestación de mi emotividad?».

Los beneficios de estos diversos tipos de intervención cognitiva, que aquí nos hemos limitado a enunciar, pueden observarse a varios niveles:

—permiten a la persona concentrarse más en la interacción social que en lo que siente o piensa;

—ofrecen expectativas más realistas en relación con las exigencias verdaderas de las situaciones sociales;

—alientan a darse ánimos y no menospreciarse en situaciones sociales.

CUADRO 15

Principales creencias en la ansiedad social

Creencia

«No debo contrariar, molestar ni ponerme en evidencia, de lo contrario me recha

«No debo cometer ni un solo error ni sufrir ningún contratiempo, de lo contrario

«Tengo que prestar suma atención a las actitudes de los demás, de lo contrario se

«No debo dejar entrever mi vergüenza o mis emociones».

4. Técnicas de entrenamiento de la atención

Estas técnicas, de reciente introducción, consisten en ayudar a los pacientes, mediante ejercicios regulares y repetidos, a ampliar su campo de atención cuando se encuentran bajo los efectos de la ansiedad.⁹⁹ En esos momentos, su atención tiende a estrecharse y a focalizarse únicamente en determinados detalles: en sus interlocutores, en una palabra, una mirada, una expresión facial; en ellos mismos, en sus signos internos de malestar. Centradas en estos elementos, las personas con ansiedad social tienden a quedarse aprisionadas en ellos y dejan de ver la situación en su conjunto y, en particular, sus aspectos tranquilizadores y reconfortantes. Una cosa es saber que se tiende a reaccionar así y otra muy distinta es ser capaz de dejar de hacerlo: de ahí la necesidad de un entrenamiento de la atención regular y supervisado. Estas técnicas son las más utilizadas actualmente en el tratamiento de la eritrofobia.¹⁰⁰

5. Conciencia plena

La meditación conocida como «de conciencia plena» engloba una serie de técnicas inspiradas en la meditación budista y transformadas en una herramienta de tratamiento protocolizada y validada. Evaluada inicialmente en el contexto de los trastornos relacionados con el estrés¹⁰¹ y la depresión,¹⁰² la meditación de conciencia plena se ofrece desde hace varios años a los pacientes con ansiedad, sobre todo en el caso de la ansiedad social.¹⁰³ Sus principales beneficios terapéuticos son una mayor capacidad para alejarse de las emociones y los pensamientos ansiosos en situaciones sociales: los sujetos siguen viéndolos surgir, pero son más capaces de dissociarse de ellos y tolerarlos, sin perder el contacto con la realidad externa. Como resultado, al dejar el paciente de alimentarlo y de adherirse a ello, estos sentimientos y pensamientos disminuyen poco a poco en intensidad.

CONCLUSIÓN

LAS IDEAS PRECONCEBIDAS

SON DIFÍCILES DE ERRADICAR

Cuando se trata de la timidez, hay que combatir y denunciar enérgicamente la imagen que se tiene de ella como una dificultad anecdótica, benigna o incluso agradable.

Sin duda, la ansiedad social forma parte de la esencia de la naturaleza humana: nacer humano es poder sentir, en un momento u otro de nuestras vidas, ansiedad en nuestras relaciones con nuestros semejantes. Pero que la ansiedad social sea un problema común no significa que no cause sufrimiento.

Muy a menudo, la ansiedad social solo provoca un malestar moderado, compatible con un cierto nivel de adaptación. Pero el simple hecho de que algunas formas sean benignas no significa que debamos desatender enfermedades verdaderamente incapacitantes, como la fobia social.

La ansiedad social suele enmarcarse en los rasgos de la personalidad o el temperamento. Pero que esté «en el carácter» de una persona no significa que no debamos sugerir nada a la persona que pide ayuda para cambiar.

Nos construimos a través de los intercambios con los demás. Este «alimento» relacional nos es tan indispensable como su contrapartida material. Son numerosos los estudios que han confirmado la importancia de lo que se conoce como «apoyo social» en la prevención de las dificultades psicológicas: un individuo que dispone de una red de relaciones de calidad a su alrededor está mejor protegido que uno que no la tiene. Además, el desarrollo armonioso de una persona y la construcción de su vida son inconcebibles sin vínculos sólidos con los demás.

Es importante que esta dimensión fundamental del individuo se tenga más en

cuenta, a través de políticas de detección y prevención más sistemáticas por parte de médicos y psicólogos, ya que ahora disponen de herramientas eficaces. Pero la estrategia más eficaz a largo plazo será sin duda que los pedagogos empiecen a pensar en cómo enseñar a los niños a dominar la comunicación interpersonal. Para cualquiera que haya oído las historias de adultos cuya escolarización y vida social en la infancia se vieron mermadas por la ansiedad social, resulta asombroso que sigamos comportándonos como si estos fenómenos no existieran.

Todavía nos queda mucho camino por recorrer para que, en el futuro, nadie diga, como Montesquieu, que «la timidez ha sido la perdición de mi vida».

NOTAS

1Encuesta del IFOP (Institut français d'opinion publique) realizada para la revista Top-Santé en 1992.

2Encuesta del IFOP (Institut français d'opinion publique) realizada para la revista Globe Hebdo en 1993.

3Leary, M. R. y Kowalski, R. M., Social Anxiety , Guilford Press, 1995.

4Buss, A. H., «Two Kinds of Shyness», en Schwarzer, R. (ed.), Anxiety and Cognitions , Erlbaum, 1985.

5Thomson, R. A. y Limber, S. P., «Social Anxiety in Infancy», en Leitenberg, D. (ed.), Social and Evaluation Anxiety , Plenum Press, 1990.

6Buss, A. H. et al ., «The Development of Embarrassment», Journal of Psychology , n.º 103, 1979, págs. 227-230.

7Holt, C. S. et al ., «Situational Domains of Social Phobia», Journal of Anxiety Disorders , n.º 6, 1992, págs. 63-77.

8Cheek, J. M. y Watson, A. K., «The Definition of Shyness», Journal of Social Behaviour and Personality , n.º 4, 1989, págs. 85-95.

9Jones, W. H. y Carpenter, B. N., «Shyness, Social Behavior and Relationships», en Jones, W. H. (ed.), Shyness, Perspectives on Research and Treatment , Plenum Press, 1986.

[10 Vilain, P., Confession d'un timide , Grasset, 2010.](#)

[11 Davies, F. et al ., «The Relationship between Types of Anxiety and Depression», Journal of Nervous and Mental Diseases , n.º 183, 1995, págs. 31-35.](#)

[12 Bourgeois, M., «Psychopathologie et psychobiogenèse du génie et de la créativité», Annales médicopsychologiques , n.º 151, 1993, págs. 408-415.](#)

13 [Zimbardo, P. G., Shyness , Addison-Wesley, 1977.](#)

14 [Ibidem .](#)

15 [Bruce, T. J. y Barlow, D. H., «The Nature and Role of Performance Anxiety in Sexual Dysfunction», en Leitenberg, D. \(ed.\), op. cit ., pág. 5.](#)

16 [Grubin, D., «Sexual murder», British Journal of Psychiatry , n.º 165, 1994, págs. 624-629.](#)

17 [Davidson, J. R. et al ., «The Epidemiology of Social Phobia», Psychological Medicine , n.º 23, 1993, págs. 709-718.](#)

18 [Alberti, R. E. y Emmons, M. L., Your Perfect Right , Impact Publishers, 1970.](#)

19 [Stein, M. B. et al ., «Public-Speaking Fears in a Community Sample», Archives of General Psychiatry , vol. 53, 1996, págs. 169-174.](#)

20 [Wesner, R. B. et al ., «The Occurrence of Performance Anxiety among Musicians», Journal of Affective Disorders , n.º 18, 1990, págs. 177-185.](#)

21 [André, C. et al ., La Gestion du stress , Bernet-Danilo, 1995.](#)

22 [Hartemberg, P., Les Timides et la Timidité , Alcan, 1910.](#)

23 [Sempé, Marcellin Caillou , Gallimard, 1982.](#)

24 [Morris, M., La Clé des gestes , Grasset, 1978.](#)

25 [Janet, P., Les Névroses , Flammarion, 1909.](#)

26 [André C. y Légeron, P., «La phobie sociale : approche clinique et thérapeutique», L'Encéphale , n.º 21, 1995, págs. 1-13.](#)

27 [American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 1994.](#)

28 [Lépine, J. P., «Diagnosis and Epidemiology of Social Phobia», European Neuropsychopharmacology , n.º 3, 1993, págs. 186-187.](#)

- [29 Davidson, J. R. et al ., «The Boundary of Social Phobia: Exploring the Threshold», Archives of General Psychiatry , vol. 51, 1994, págs. 975-983.](#)
- [30 Schneier, F. et al ., «Functional Impairment in Social Phobia», Journal of Clinical Psychiatry , n.º 55, 1994, págs. 322-331.](#)
- [31 Lépine, J. P., «Aspects épidémiologiques actuels des phobies sociales», Thérapie comportementale et cognitive , n.º 4, 1994, págs. 105-107.](#)
- [32 Liebowitz, M. R. et al ., «Social Phobia: Review of a Neglected Anxiety Disorder», Archives of General Psychiatry , vol. 42, 1985, págs. 729-736.](#)
- [33 World Psychiatry Association Social Phobia Task Force, Pocket Reference to Social Phobia , Science Press, 1995.](#)
- [34 Zimmerman M. y Coryell, W. H., «Diagnosing Personality Disorders in the Community», Archives of General Psychiatry , vol. 47, 1990, págs. 527-531.](#)
- [35 Stein, M. B., «Social Phobia in Adults with Stuttering», American Journal of Psychiatry , n.º 153, 1996, págs. 278-280.](#)
- [36 Lanteri-Laura, G. et al ., «Paranoïa», Encyclopédie médicochirurgicale de psychiatrie , 37299 D 10, 1985.](#)
- [37 Las referencias de este párrafo proceden de Corraze, J. , Les Communications non verbales , PUF, 1983.](#)
- [38 Lazarus, R. S. y Folkman, S., Stress , Appraisal and Coping , Springer, 1984.](#)
- [39 Schlenker, B. R. y Leary, M. R., «Social Anxiety and Self-Presentation: a Conceptualization and Model», Psychological Bulletin , n.º 92, 1982, págs. 641-669.](#)
- [40 Cheek, J. M. y Melchior, L. A., «Shyness, Self-Esteem, and Self-Consciousness", en Leitenberg, D. \(ed.\), Social and Evaluation Anxiety , op. cit ., pág. 5.](#)
- [41 Artkin, R. M., «Shyness and Self-Presentation», en Jones, W. H. et al ., Shyness , op. cit ., pág. 8.](#)

42 Stemberger, R. T. et al ., « Social Phobia: an Analysis of Possible Developmental Factors », Journal of Abnormal Psychology , n.º 104, 1995, págs. 526-531.

43 Morin, E., Introduction à la pensée complexe , ESF, 1990.

44 Mathew, S. J. et al ., «Neurobiological Mechanisms of Social Anxiety Disorder», American Journal of Psychiatry , vol. 158, 2001, págs. 1558-1567.

45 Hariri, A. R. y Holmes, A., «Genetic of Emotional Regulation: the Role of the Serotonin Transporter in Neural Function», Trends in Cognitive Sciences , n.º 10, 2006, págs. 182-191.

46 Furmark, T. et al ., «Serotonin Transporter Polymorphism Related to Amygdala Excitability and Symptom Severity in Patients with Social Phobia», Neuroscience Letters , vol. 362, n.º 3, 2004, págs. 189-192.

47 Cloninger, C. R. et al ., «A Psychobiological Model of Temperament and Character», Archives of General Psychiatry , vol. 50, 1993, págs. 975-990.

48 Kagan, J., «Temperamental Contributions to Social Behavior», American Psychologist , n.º 44, 1989, págs. 668-674.

49 Kendler, K. S. et al ., «The Genetic Epidemiology of Phobias in Women», Archives of General Psychiatry , vol. 49, 1992, págs. 273-281.

50 Bandura, A., L'Apprentissage social , Mardaga, 1980.

51 Rosenbaum, J. F. et al ., «Behavioral Inhibition in Children: a Possible Precursor to Panic Disorder or Social Phobia», Journal of Clinical Psychiatry , n.º 52, 1991, págs. 5-9.

52 Buss, A. H., «A Theory of Shyness», en Jones, W. H. et al ., Shyness , op. cit ., pág. 8.

53 Zimbardo, op. cit ., pág. 10.

54 Zimbardo, op. cit ., pág. 10.

55 Kleinknecht, R. A. et al ., «Cultural Variation in Social Anxiety and Phobia»,

Behavior Therapist , n.º 17, 1994, págs. 175-178.

56 Chan, D. W., «Components of Assertiveness and their Relationships with Assertive Rights among Chinese College Students in Hong Kong», Behavior Research and Therapy , n.º 31, 1993, págs. 529-538.

57 Seligman, M., «Phobias and Preparedness», Behavior Therapy , n.º 2, 1971, 307-320.

58 De Waal, F., La Politique du chimpanzé , Éditions Odile Jacob, 1995.

59 Hanson, R. O., «Shyness and the Elderly», en Jones, W.H. et al ., Shyness , op. cit ., pag. 8.

60 Weiller, E. et al ., «Social Phobia in General Health Care: an Unrecognised Undertreated Disabling Disorder», British Journal of Psychiatry , n.º 168, 1996, págs. 169-174.

61 Stein, M. B., «How Shy is too Shy?», Lancet , vol. 347, 1996, págs. 1131-1132.

62 Debray, Q. y Nollet, D., Les Personnalités pathologiques , Masson, 1995.

63 Cottraux, J. y Blackburn, I. M., Thérapies cognitives des troubles de la personnalité , Masson, 1995.

64 Cuisin, P., L'Art de briller en société , Sanson, 1824.

65 Jagot, P., La Timidité vaincue , Dangles, 1940.

66 Ross, J., «Social Phobia: the Consumer's Perspective», Journal of Clinical Psychiatry , n.º 54, 1993, págs. 5-9.

67 Carducci, B. J. y Zimbardo, P. G., «Are you Shy?», Psychology Today , n.º diciembre 1995, págs. 34-82.

68 Terra, J. L., «L'Évaluation des traitements et de leur qualité», en Rouillon, F. (ed.), Épidémiologie psychiatrique , IEEP, 1995.

69 André, C., «Quel avenir pour les psychothérapies ?», Abstract Neuro-Psy , n.º

134, 1995, págs. 15-19.

70 Huber, W., Les Psychothérapies: quelle thérapie pour quel patient ? , Nathan, 1993.

71 Granville-Grossman, K. L. y Turner, P., «The Effect of Propranolol on Anxiety», Lancet , vol. 1, 1966, págs. 788-790.

72 Dictionnaire Vidal , OVP, 1996.

73 Jefferson, J. W., «Social Phobia: a Pharmacology Treatment Overview», Journal of Clinical Psychiatry , n.º 56, 1995, págs. 18-24.

74 Zarifian, E., Le Prix du bien-être , Éditions Odile Jacob, 1996.

75 Cottraux, J., Les Thérapies comportementales et cognitives , Masson, 1995.

76 Albano, A. M., «Treatment of Social Phobia in Adolescents», Cognitive and Behavioral Practice , n.º 2, 1995, págs. 271-298.

77 Joule, R. V. y Beauvois, J. L., Petit traité de manipulation , Presses Universitaires de Grenoble, 1987.

78 Guérin, J. et al ., «L'affirmation de soi en groupe dans les phobies sociales et les troubles de la personnalité», Thérapie comportementale et cognitive , n.º 4, 1994, págs. 108-115.

79 Hope, D. A., «Exposure and Social Phobia: Assessment and Treatment Considerations», Behavior Therapist , n.º 16, 1993, págs. 7-12.

80 Liebowitz, M. R., «Social Phobia», Modern Problems of Pharmacopsychiatry , n.º 22, 1987, págs. 141-173.

81 L'Express , n.º 2308, 28 de septembre de 1995.

82 Post, F., «Creativity and Psychopathology: a Study of 291 World-Famous Men», British Journal of Psychiatry , n.º 165, 1994, págs. 22-34.

83 Fanget, F. y Chambon, O., «Groupes d'affirmation de soi: méthodologie, résultats», Thérapie comportementale et cognitive , n.º 4, 1994, págs. 116-126.

- 84 Boisvert, J. M. y Beaudry, M., S'affirmer et communiquer , Éditions de l'Homme, 1979.
- 85 Dubois, N., La Psychologie du contrôle , Presses Universitaires de Grenoble, 1987.
- 86 Bandura, , op. cit ., pág. 32.
- 87 Wilson, K. y Gallois, C., Assertion and US social context , Pergamon Press, 1993.
- 88 André, C. y Légeron, P., «Thérapies cognitives de l'anxiété sociale et de la phobie sociale», Psychologie française , n.º 32, 1993, págs. 231-240.
- 89 André, C., Les Thérapies cognitives , Bernet-Danilo, 1995.
- 90 Hope, D. A. et al ., «Social Anxiety and the Recall of Interpersonal Information», Journal of Cognitive Psychotherapy , n.º 4, 1990, págs. 185-195.
- 91 Clark, D. M. y Wells, A. A., «A Cognitive Model of Social Phobia», en Heimberg, R. G. (ed.), Social Phobia, Diagnosis, Assessment and Treatment , Guilford Press, 1995.
- 92 O'Banion, K. y Arkowitz, H., «Social Anxiety and Selective Memory for Affective Information about the Self», Social Behavior and Personality , n.º 5, 1977, págs. 321-328.
- 93 Abramson, L. et al ., «Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation», Journal of Abnormal Psychology , n.º 87, 1978, págs. 49-74.
- 94 Curtis, R. C. y Miller, K., «Believing Another Likes or Dislikes you: Behaviors Making the Beliefs Come True», Journal of Personality and Social Psychology , n.º 51, 1986, págs. 284-290.
- 95 Beck, A. T. y Emery, G., Anxiety Disorders and Phobias , Basic Books, 1985.
- 96 De Waal, F., De la réconciliation chez les primates , Flammarion, 1989.
- 97 Johansson, J. y Öst, L. G., «Perception of Autonomic Reactions and Actual Heart Rate in Phobic Patients», Journal of Behavioral Assessment , n.º 4, 1982,

págs. 133-143.

98 Watson D. y Friend, R., «Measurement of Social-Evaluative Anxiety», Journal of Consulting and Clinical Psychology , n.º 33, 1969, págs 448-457.

99 Schmidt, N. B. et al ., «Attention Training for Generalized Social Anxiety Disorder», Journal of Abnormal Psychology , vol. 118, n.º 1, 2009, págs. 5-14.

100 Pélissolo, A. y Roy, S., Ne plus rougir et accepter le regard des autres , Éditions Odile Jacob, 2009.

101 Kabat-Zinn, J., Au coeur de la tourmente, la pleine conscience , De Boeck, 2009.

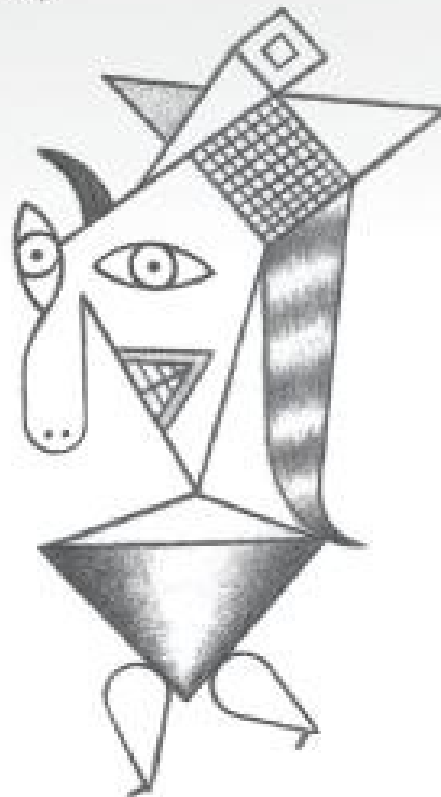
102 Segal, Z. et al ., La Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression , De Boeck, 2006.

103 Koszycki, D. et al ., «Randomized Trial of a Meditation-Based Stress Reduction Program and Cognitive Behavior Therapy in Generalized Social Anxiety Disorder», Behaviour Research and Therapy , vol. 45, n.º 10, 2007, págs. 2518-2526.

Cómo tratar con personalidades difíciles

Christophe André François Lelord

Narcisistas, ansiosos, obsesivos,
depresivos, dependientes... Cómo vivir
en paz con personas que sufren por culpa
de su carácter (incluido tú mismo)



arpa

La vida sería mucho más fácil si todo el mundo estuviera siempre de buen humor, relajado y atento a los demás. Incluso tú mismo. Pero como esto no ocurrirá nunca, vale la pena aprender a convivir con los aspectos más complicados de la personalidad humana.

En este libro, Christophe André y François Lelord, psiquiatras de reconocido prestigio internacional y autores de varios best sellers, presentan las principales personalidades difíciles hacia las que tendemos las personas, para ayudarnos a gestionarlas mejor.

«Un apasionante desfile de personalidades. Tiene el inmenso mérito de leerse tan bien como una novela». Le Nouvel Observateur

El problema de ser demasiado bueno

Xavier Guix

El peligro de renunciar a ser uno mismo por la necesidad de complacer, encajar y portarse bien

«Ilumina el sendero hacia la verdadera realización personal». Àlex Rovira



arpa

Un manual de psicología para los que confunden ser una persona buena con dejar de ser uno mismo, no generar ningún conflicto, no desobedecer o cumplir siempre con las expectativas ajenas.

Xavier Guix nos proporciona en este libro un impagable mapa de situación. Disecciona la «mala bondad», su origen y consecuencias. Asimismo, pone en valor la importancia de sanar nuestras heridas, y nos orienta al cambio con pautas concretas para dejarla atrás en nuestra vida diaria.

«Hacía años que no me sorprendía tanto un libro de psicología».
FRANCESC MIRALLES