

*VI Jornadas científicas sobre  
LAS FOBIAS SOCIALES: PSICOPATOLOGÍA, GÉNESIS Y TRATAMIENTO  
Madrid, 29 y 30 de septiembre de 2006*

***FOBIA SOCIAL: DEL PSICOANÁLISIS A LA PSIQUIATRÍA***  
*(M<sup>a</sup> José Fdez. Guerrero)*

## **INTRODUCCIÓN**

Hasta este momento hemos podido disfrutar de las ideas y conocimientos aportados por nuestros compañeros acerca de la génesis y la personalidad previa de los pacientes con fobia social, de los aspectos fisiológicos del miedo como emoción... Mi exposición pretende aclarar algunos conceptos y delimitar ideas que siguen estando poco despejadas. Va a ser una exposición que pretende recordar aspectos que todos conocemos.

Al titular esta exposición “fobia social: del psicoanálisis a la psiquiatría” pretendo llamar la atención sobre cómo, a la hora de la verdad, los conceptos y términos psicoanalíticos y psiquiátricos se entremezclan, de cómo en nuestro campo de trabajo nos vemos inclinados a usar expresiones pertenecientes al ámbito de la psiquiatría (un buen ejemplo es el tema central de las jornadas que nos ocupan) y, como complemento, la psiquiatría más académica sigue utilizando los términos acuñados por el psicoanálisis hace muchos años, por mucho que los DSM renieguen de ello (como el término neurosis). Con todo ello queremos referirnos a que la expresión “fobia social” no pertenece al ámbito del psicoanálisis, estamos dedicando unas jornadas a una entidad nosológica más propia de la psiquiatría y que ha sido adjudicada a otros modelos psicoterapéuticos, como el cognitivo-conductual, sistema de tratamiento oficialmente recomendado por la mayoría de los comités internacionales. Curiosamente, el propio Freud, en 1919 (“*Los caminos de la terapia psicoanalítica*”) recomendó la terapia de

exposición directa al estímulo fobógeno como forma de disminuir el sufrimiento de los sujetos fóbicos.

Como todos sabemos, la fobia o histeria de angustia tiene una larga tradición en nuestro campo pero nunca se habló de algo como fobia social, ya que los síntomas que hoy día se adscriben bajo este cuño se adjudicaban a otras alteraciones, como veremos más adelante.

## **HISTORIA**

Aunque la fobia social ha sido reconocida como entidad clínica independiente hace muy pocos años, las primeras descripciones de vergüenza y timidez se remontan a los escritos de Hipócrates. Psiquiatras y psicólogos fundamentalmente europeos se ocuparon de este trastorno aunque con denominaciones diferentes. Por ejemplo, en 1807 Pitres y Regis describieron casos de angustia social en pacientes con “ereutofobia”. En 1879, Beard habló de la característica desviación de la mirada e inclinación de la cabeza hacia abajo que podemos encontrar en personas con fobia social. En 1895 (“*Obsesiones y Fobias*”), Freud separó las fobias comunes a cosas que la mayoría de las personas teme en mayor o menor medida (como a la muerte o a la enfermedad) de las fobias específicas a cosas o situaciones que no producen miedo en la mayoría de las personas, como la agorafobia.

Janet, en 1903, habló de las fobias a situaciones sociales (eritrofobia, dismorfofobia, fobias a aspectos específicos del cuerpo o de la cara, a los sirvientes o al matrimonio) para referirse a los pacientes con miedo a ser observados mientras hablaban, escribían o tocaban el piano. En 1910, Hartenberg había descrito diversas formas de ansiedad social bajo el término genérico de “timidez”.

A partir de aquí se produce un cierto silencio respecto al tema, excepto algunas menciones esporádicas a la “neurosis social”, el interés mostrado por Morita en Japón, alrededor de 1930, por la ansiedad social, o el artículo de Jacob Hoffmann “*Historia evolutiva de un caso de ansiedad social*”, de 1933.

La distinción y descripción de la fobia social como forma diferenciada de otros trastornos de ansiedad fue propuesta por Marks y Gelder en 1966 y sistematizada por Marks en 1970, que propuso una clasificación de las fobias en cuatro tipos:

- Agorafobia
- Fobia social
- Fobia animal
- Fobias específicas.

Entendía como fobia social los miedos a comer, beber, temblar, ponerse rojo, hablar, escribir o vomitar en presencia de otras personas. Este autor observó que las personas que padecían este problema se situaban entre la fobia específica y la agorafobia, ya que presentaban más miedos que las personas con fobias simples (a los animales, por ejemplo) pero menos que los agorafóbicos.

A partir de esta descripción, en 1980 (10 años después de la descripción anterior) se produjo el reconocimiento oficial de la fobia social como entidad clínica independiente, con la publicación del DSM-III de la APA. En la revisión de 1987 (DSM-III-R) se incluyeron los subtipos generalizada y no generalizada para diferenciar a las personas que presentaban miedo a muchas situaciones sociales de aquellas que lo sufrían en situaciones determinadas.

En 1985 Liebowitz señala la ansiedad social como un “trastorno de ansiedad olvidado”, dando lugar desde entonces a su estudio en profundidad y a su consideración como alteración no trivial que causa malestar significativo. La consecuencia de este

mayor interés es, entre otras cosas, la propuesta de cambiar su denominación, pasándose a llamar **trastorno de ansiedad social**. Este nombre, según Liebowitz, expresa mejor el sentido de omnipresencia, hace más hincapié en lo clínico que en las manifestaciones comportamentales y en el deterioro que el trastorno conlleva.

## **PSICOANÁLISIS**

Desde el psicoanálisis, como ya hemos señalado, la consideración de las fobias en general tiene una amplia tradición. Freud incluyó las neurosis de angustia como categoría nosológica especial, la cual, junto a la hipocondría y la neurastenia, formaban el grupo de las neurosis actuales, mientras que las fobias (o histeria de angustia), la histeria y la neurosis obsesiva formaban el grupo de las psiconeurosis o neurosis de defensa. Como nos expuso en la descripción de la fobia de Juanito, en 1905, y en “*Inhibición, síntoma y angustia*”, las fobias eran consideradas como una expresión de la ansiedad relacionada con fantasías inconscientes y la defensa contra ella. El mecanismo básico es el desplazamiento de la angustia hacia representaciones en principio neutras, que pasan a ser cargadas simbólicamente, constituyendo el objeto fóbico externo.

Fenichel, en 1945, nos habla del “*carácter fóbico*” para referirse a aquellas personas que tratan de evitar no tanto las situaciones externas, sino toda clase de sentimientos intensos como la ira o el amor. Se ha considerado esta conceptualización como un antecedente del trastorno de personalidad por evitación, del que hablaremos más tarde, aunque en nuestra opinión esta forma de rehuir sentimientos intensos es más afín a las personalidades esquizoides. Pero ese es otro tema.

Fenichel también aludió a la angustia social como una forma de actitud patológica frente al Super-Yo, señalando el constante temor de ser criticado, excluido y

castigado, la hipervigilancia respecto a las reacciones del ambiente a los propios actos y la consideración errónea de las críticas y castigos esperados. Habla, en este sentido, de la eritrofobia, miedo al tablero o miedo a los exámenes, donde “la idea de ser juzgado por los demás reemplaza a la idea de contacto sexual con los demás” (p. 580).

Autores posteriores han atribuido una especial importancia a la pérdida de objeto (Bowlby, 1973, Mahler, 1974) o a catástrofes narcisísticas como el miedo a la fusión, desintegración del yo o humillación (A. Freud, 1946).

Rodríguez Sutil (2002) nos llama la atención sobre el “*estado sobreideacional*” de alerta o hipervigilancia, a lo que Marks (1987) se refiere como “*sensibilidad a la ansiedad*”, propio de todo paciente fóbico. Ha de estar siempre atento al ambiente, a los peligros potenciales, a evitar los daños que pueda recibir, gestándose un temple fóbico, es decir, una alerta tensa y una exploración permanente más evidente, si cabe, en los casos de ansiedad social, ya que lo que el fóbico teme es ser dañado por no ser capaz de dar lo mejor de sí mismo.

Como hemos señalado, desde Freud se considera que en los pacientes fóbicos el conflicto se desplaza de la persona que lo evoca a un objeto o situación irrelevante y aparentemente sin importancia que más tarde tendrá el poder de provocar una constelación de afectos, incluyendo señales de ansiedad. El objeto o situación fóbica puede ser una conexión asociativa directa y simbólica con la principal fuente de conflicto. A partir de aquí puede ponerse en marcha el mecanismo de evitación para escapar de las situaciones evocadoras de angustia. Sin embargo la fobia social puede proceder de una sensación de déficit de autoestima, no constituyendo tanto un desplazamiento de la angustia hacia un objeto simbolizado, ni una perturbación de la representación del objeto. Podría constituir, más bien, una consecuencia de un déficit

narcisista, una alteración de la representación del propio sujeto que se representa a sí mismo como impotente e indefenso, incapaz de cumplir las expectativas y expuesto a las miradas críticas de los demás, que han sido investidos como objetos persecutorios. Esto puede deberse a la internalización de representaciones de padres, cuidadores o hermanos que avergüenzan, humillan o abandonan. Estas introyecciones se establecen muy tempranamente, proyectándose sobre personas del ambiente que, entonces, son evitadas.

## **DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

La fobia social se define como un miedo marcado y evitación de situaciones en las que la persona puede actuar de modo embarazoso, ridículo o humillante delante de otros, o a que se noten sus síntomas de ansiedad. Son situaciones en las que la persona cree que puede ser evaluada u observada por los demás: hablar en público, comer en restaurantes, escribir delante de otra persona o utilizar aseos públicos (a lo que se ha llamado “vejiga vergonzosa”). Esto es auténticamente una fobia social porque las personas no tienen dificultades para comer, escribir u orinar en privado. Sólo se deteriora su comportamiento cuando los demás están mirándolos. Hay que tener en cuenta que el miedo no es a la gente en sí misma, sino a parecer ridículo o a no saber lo que se espera de él.

Muchas situaciones interpersonales y sociales suponen la aparición de un cierto grado de ansiedad en la mayoría de las personas sin que ello suponga la existencia de una enfermedad. El sentir nerviosismo cuando se va a hablar con alguien de autoridad, o cuando se va a realizar una exposición pública, es una reacción frecuente y normal.

Además, en la mayoría de las personas la ansiedad es proporcional a la trascendencia que para ellos tenga la situación, como defender una tesis. En realidad,

esta ansiedad se reduce cuando se ha pasado por situaciones similares en otras ocasiones.

Sin embargo, en los fóbicos sociales la ansiedad no guarda relación con la amenaza real de la situación, es desproporcionada y no se reduce a medida que se enfrentan a situaciones sociales similares, sino que siempre se anticipa la posibilidad de que algo salga mal (Miguel-Tobal, 1996).

A veces el miedo se generaliza, llegando a evitar casi todas las situaciones sociales. Cuando el sujeto ha de exponerse a las situaciones temidas experimenta ansiedad y el típico cortejo vegetativo: ritmo cardíaco acelerado, falta de aire, inquietud, sudoración, enrojecimiento facial, náuseas o necesidad de ir al baño, pudiendo sobrevenir un auténtico ataque de pánico.

Que el trastorno se perciba como incapacitante o no depende de la naturaleza y extensión del miedo (es decir, de la cantidad de situaciones percibidas como fobógenas), así como de la ocupación y posición social que se tenga. Por ejemplo, un profesor universitario que ha de dar clase sufrirá mayor discapacidad por una fobia social que un pastor con sus ovejas, o que un farero.

Ha habido diferentes intentos de establecer una tipología de las fobias sociales. Entre ellas están los tipos contemplados en el DSM: generalizada y no generalizada (o fobia social específica) establecidos en función del grado en que la ansiedad se generaliza a diferentes escenarios.

Según los tipos de situaciones, se apunta la existencia de una fobia social de actuación (o ejecución) y otra de interacción. La fobia social de ejecución implica

aquellas situaciones en las que el sujeto ha de hacer algo delante de otras personas: hablar en público, escribir, comer o beber delante de otros, entrar en una sala en la que están otras personas, etc. La fobia de interacción supone que es el mismo contacto interpersonal lo que provoca la ansiedad: ir a una fiesta, iniciar conversaciones, acudir a citas, hablar con alguien de autoridad, preguntar en una tienda, etc.

A menudo surgen sin un precipitante manifiesto claro, aunque pueden sensibilizar a ello determinadas situaciones emocionales. Otras veces aparecen de repente después de acontecimientos precipitantes que superan la capacidad de relación social del sujeto. En otros pocos casos ha existido una sensibilidad social o inhibición comportamental desde la infancia, que aumenta gradualmente tras la pubertad.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Unas breves palabras sobre el diagnóstico diferencial. Puesto que el aislamiento y alejamiento social son síntomas que se observan en otros cuadros, sólo vamos a mencionar las diferencias evidentes con tres alteraciones: la personalidad esquizoide, la depresión y los cuadros paranoides.

- En el **trastorno esquizoide de la personalidad** (y, por añadidura, en todo el espectro esquizofrénico) hay una retirada del mundo, aunque en este caso no es la ansiedad o el miedo lo que provoca esa retirada, sino una falta de interés. Asistimos a una evitación de lo social porque el sujeto lo ha desinvertido, los demás no le interesan.
- En la **depresión**, la conducta social y el miedo al escrutinio no es el aspecto central, no produciéndose una evitación social activa, sino que



asistimos a un retraimiento derivado de la anhedonia propia del depresivo.

- En los **cuadros paranoides** el objeto persecutorio se sitúa en el exterior, al igual que en la fobia. Pero la diferencia la establecemos en función de qué es lo que temen: el paranoide tiene miedo de que los objetos externos le hagan daño, el fóbico teme ser humillado o hacer el ridículo.

Pero dentro de este diagnóstico diferencial no podemos olvidar mencionar una delimitación escurridiza y que es objeto de un encarnizado debate: la diferencia (si existe) con el **trastorno de la personalidad por evitación** y, a mayores, con la **timidez** como rasgo de carácter.

La primera descripción de la **personalidad evitativa** fue realizada por Millon en 1969, denominándola *personalidad evasiva: patrón activo-retraído*. Se refería a ella en los siguientes términos:

*“personas pendientes de los estímulos sociales y que son hipersensibles al estado de ánimo y sentimientos de los demás, sobre todo de los que implican rechazo o humillación. Su gran ansiedad a este respecto interfiere y perturba su pensamiento y comportamiento efectivo y les predispone a evitar a los demás como medida defensiva para contrarrestar la sobretensión que temen que se produzca” (Millon, 1969, p. 262).*

Estando aún en vigor el DSM-II, este patrón se incluía en la personalidad esquizoide o en la dependiente.

Al igual que la fobia social, el trastorno de personalidad por evitación hace su aparición oficial en 1980, en el DSM-III. Hasta ese momento fue denominado de

muchas formas: disfunción social, inadecuación social, habilidades sociales deficientes, personalidad inadecuada, ansiosa (CIE-10) o insegura, timidez extrema...

Estas personas buscan ser aceptadas y reconocidas, pero al mismo tiempo se sienten tan inseguras y poco valiosas que consiguen establecer vínculos personales con gran dificultad. Muchas veces sólo inician una relación cuando consideran que existe poco riesgo de ser rechazados. Las situaciones de la vida diaria se suelen vivir como situaciones de riesgo, hecho que condiciona en gran medida su estilo de vida.

En realidad, la descripción que acabamos de hacer se asemeja al estilo del paciente con fobia social, sobre todo al tipo generalizado, con el cual se equipara. Tanto es así que los expertos abogan considerar el trastorno de personalidad por evitación como una forma de trastorno de ansiedad social, más que como una alteración separada perteneciente al eje II. Aun siendo ésta la propuesta de modificación para las futuras clasificaciones, sigue habiendo autores que acentúan la diferencia entre ambos cuadros:

- El problema nuclear del TEv es la relación con otras personas. En la FS es la actuación en situaciones públicas.
- Los pacientes con TEv son menos hábiles socialmente y presentan mayores tasas de ansiedad que la FS.
- Los pacientes con TEv presentan mayor deterioro en todas las áreas de funcionamiento que la FS.
- El TEv, como todo trastorno de la personalidad, es un patrón permanente, estable y de larga duración, que surge en la infancia o primeros años de la adultez. La FS puede aparecer en cualquier momento, incluso en la edad adulta.

- El miedo del evitador es al rechazo. El del fóbico social es a la humillación y a hacer el ridículo.

Pero dadas las enormes tasas de coocurrencia y que las investigaciones no apoyan significativamente estas premisas, los expertos consideran que el TEv representa una forma grave y generalizada del trastorno de ansiedad social, que aparece tempranamente en la vida del sujeto y que se caracteriza por una evitación interpersonal extensa, autoestima pobre, elevada sensibilidad al rechazo y miedo a correr riesgos. Así, las diferencias entre ambos son de tipo cuantitativo y no cualitativo, formando parte de un mismo continuo (Bobes et al. 2001; Ralevski et al., 2005), aunque, hasta ahora, el DSM se ha empeñado en colocarlas como categorías independientes.

Pero también hemos de contemplar la **timidez** dentro de este espectro de alteraciones vinculadas con lo social ¿los fóbicos sociales son, en esencia, grandes tímidos? No, en realidad el trastorno por ansiedad social es algo más que timidez. Esta es considerada un rasgo de carácter más que un trastorno, aludiendo a personas con reserva social y con componentes conductuales, afectivos, cognitivos y fisiológicos parecidos a los fóbicos. Se podría situar en un continuo donde el extremo más grave lo ocuparía el trastorno por evitación y el más leve la timidez, aunque eso equivaldría a darle la categoría de patología cuando, como hemos dicho, no la tiene. También hemos de tener en cuenta el grado de deterioro, siendo mayor en el caso de la ansiedad social: aunque los tímidos se encuentran incómodos en situaciones sociales, no están tan perturbados como para que su funcionamiento vea afectado. Lo que parece claro es que, aun siendo problemas que aluden al mismo tipo de situaciones no tienen por qué ir íntimamente unidos. Sí parece probable que la timidez sea un factor de vulnerabilidad

para el desarrollo de fobia social, pero también para otras alteraciones como esquizoides o depresivos.

En realidad, la distinción que se plantea entre fobia social, trastorno de personalidad por evitación y timidez, considerada, como hemos visto, muy sutil y débil, es el equivalente a la controversia sobre los límites existentes entre el Eje I, Eje, II y los parámetros caracteriales o variaciones normales de la personalidad. Es decir ¿dónde situamos la frontera exacta entre los trastornos clínicos, los de personalidad y la llamada normalidad?

### **ANSIEDAD SOCIAL SECUNDARIA**

Como clínicos tenemos claro que la ansiedad social puede estar presente en muchos otros trastornos mentales y orgánicos. Según nuestro DSM, la ansiedad social por circunstancias médicas no se diagnostica como fobia social, sino como “*trastorno de ansiedad no especificado*” o ansiedad social secundaria. Así, podríamos hacer dos definiciones del concepto de fobia social:

- En sentido estricto, la delimitación oficial, es decir, que la alteración no se deba a otros trastornos.
- En sentido amplio correspondería a cualquier situación relacionada con la interacción o ejecución ante personas en donde se produzca temor a la valoración negativa o miedo a hacer el ridículo. Por ello, y en este sentido amplio, deberíamos incluir como fobia social aquella ansiedad secundaria a otras alteraciones o complejos físicos, toda ansiedad que, sea por la causa que sea, produzca inhibición o evitación relacionada con lo social.

En este sentido puede producirse como quejas menores o como síntoma de muchas alteraciones: trastornos depresivos, esquizoides o psicossomáticos suelen ir acompañados de un cortejo de angustia basada en el enfrentamiento con las demás personas, viéndose cómo la angustia social se deriva de otros temores centrales, como el miedo al aspecto externo o a desarrollar síntomas psicossomáticos. Lo que parece claro es que, en estos casos, en principio tratando el problema principal puede resolverse el secundario, aunque no siempre la teoría se cumple.

Cuando consideramos la fobia social como síndrome no es un síntoma acompañante de otro cuadro, sino que conforma la entidad anteriormente definida, con un origen independiente y no debida a otras alteraciones. Pero sea síntoma o sea síndrome no podemos dejar que quede enmascarado tras otras quejas o comportamientos del paciente (planteémonos, por ejemplo, si muchas adicciones a Internet o a los chat son, en realidad, la manifestación, compensación o sustitución de un trastorno de ansiedad social).

Espero haber aclarado dudas aunque, también, haber creado incertidumbres. Hemos planteado, sobre todo, una cuestión de nombres, de matices y de exactitudes diagnósticas y nosológicas. Pero lo que nos interesa es el paciente que ante un grupo de personas siente que la angustia le inunda y le inutiliza.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Alnæs, R. (2001). Social phobia: Research and clinical Practice. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55: 419-425.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2001). *Introducción a la psiquiatría*. Madrid: Aula Médica, 2005.
- APA (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2004.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2000). *Psicopatología*. Madrid: Thompson, 2003.
- Bleichmar, E.D. (1991). *Temores y Fobias. Condiciones de génesis en la infancia*. Barcelona: Gedisa.
- Bobes García, J.; González García-Portilla, M.P.; Sáiz Martínez, P.A.; Bascarán Fernández, M.T. & Bousoño García, M. (2001). Revisión conceptual a propósito de la fobia social. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(3): 195-198.
- Bobes, J.; Bascarán, M.T.; Bousoño, M.; García-Portilla, M.P. & Saiz, P.A. (2003). Trastorno de ansiedad social. *Salud Mental en Atención Primaria*, 6: 1-7
- Botella, C.; Baños, R.M. & Perpiñá, C. (comps.) (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cervera Enguix, S.; Roca Benassar, M. & Bobes García, J. (1998). *Fobia social*. Barcelona: Masson.
- Chartier, M.J.; Walker, J.R. & Stein, M.B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12): 728-734.
- Fenichel, O. (1945). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Barcelona: Paidós, 1984.
- Freud, A. (1946). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós, 1982.
- Freud, S. (1895). *Obsesiones y Fobias*. O.C. I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Freud, S. (1905). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. O.C. II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Freud, S. (1919). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. O.C. III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. O.C. III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

- Gabbard, G.O. (2000). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Madrid: Médica Panamericana, 2002.
- Heiser, N.A.; Turner, S.N. & Beidel, D.C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2): 209-221.
- Iwase, M.; Nakao, K.; Takaishi, J.; Yorifuji, K.; Ikezawa, K. & Takeda, M. (2000). An empirical classification of social anxiety: performance, interpersonal and offensive. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54: 67-75.
- Machleidt, W.; López-Ibor, J.J.; Bauer, M.; Lamprecht, F.; Rose, H.K. & Rohde-Dachser, C. (2004). *Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia*. Barcelona: Masson.
- Mahler, M.(1974). Simbiosis e individuación: el nacimiento psicológico del infante humano. En *Estudios 2. Separación-Individuación*. Barcelona: Paidós, 1990.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and Their Disorders*. Oxford University Press.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Aguilar.
- Millon, Th. (1969). *Psicopatología Moderna*. Barcelona: Salvat, 1981.
- Millon, Th., Grossman, S.; Millon, C.; Meagher, S. & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Pelissolo, A. & Lepine, J.P. (1995). Social Phobia: historical and conceptual perspectives. *Encephale*, 21(1): 15-24.
- Ralevski, E.; Sanislow, C.A.; Grilo, C.M.; Skodol, A.E.; Gunderson, J.G. et al. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 208-214.
- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European Psychiatry*, 15(3): 151-159.
- Rettew, D.C. (2000). Avoidant Personality Disorder, Generalized social Phobia, and Shyness: Putting the Personality Back into Personality Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(6): 283-297.
- Rodríguez Sutil, C. (2002). *Psicopatología Psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sánchez, R.O. (2001). Trastorno de Adicción a Internet: ¿manifestación de un trastorno de ansiedad social?. *Interpsiquis*. Extraído el 9-9-2006 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/2354/>