



5.1.2. Criterios diagnósticos CIE

La conceptualización de la fobia social en la CIE es similar a la descrita en el DSM. Según la CIE-10, las fobias sociales giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Considera que algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), mientras que otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico de **fobia social** en CIE-10

Pautas para el diagnóstico:

- a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La primera diferenciación debe hacerse con el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia. Para distinguirlos

hay que tener en cuenta que en el caso de aparecer también ataques de pánico en la fobia social, éstos son en situaciones sociales, mientras que en el trastorno de pánico son inesperadas y no se limitan a esas situaciones.

En el caso de la agorafobia sin pánico, también hay miedo a presentar un síntoma embarazoso; para decidir entre ambos diagnósticos, hay que ver el peso que aporta el temor a la evaluación negativa (mayor en la fobia social). Por otro lado, en la agorafobia los acompañantes reducen la ansiedad habitualmente.

El trastorno generalizado del desarrollo y en el trastorno esquizoide de la personalidad se distinguen de la fobia social porque en aquéllos no hay interés por relacionarse, mientras que en este último sí lo hay, pero aparece sufrimiento y por eso se evita la situación social.

La evitación social aparece en muchos otros trastornos, pero si se explica mejor por estos otros (por ejemplo, depresión mayor) no se diagnostica fobia social.

Cuando una enfermedad médica o un trastorno mental pueden originar síntomas embarazosos que ocasione temor a la observación (temblores en Parkinson, imagen física en anorexia, etc.) no debe diagnosticarse de fobia social, si bien esta última puede preceder a un trastorno pudiendo diagnosticarse ambos (por ejemplo, fobia social y luego anorexia).

5.3. EPIDEMIOLOGÍA, CURSO Y COMORBILIDAD

5.3.1. Epidemiología

La prevalencia vital oscila entre el 3 y el 13%, siendo el tipo mayoritario el miedo a hablar en público (Vallejo, 2016). El DSM-5 estima que la tasa de prevalencia anual para la fobia social es de aproximadamente en 7% en los Estados Unidos. En gran parte del mundo se observan cifras menores de prevalencia estimada anual utilizando el