RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 22/10/2026 | aceito: 29/10/2026 | publicação: 03/11/2026

Bajo la mirada del otro: mecanismos de acción de las técnicas de la terapia cognitivo-conductual en el trastorno de ansiedad social

Sob o olhar do outro: mecanismos de ação das técnicas da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade social

Under the gaze of others: mechanisms of action of cognitive behavioral therapy techniques in social anxiety disorder

Rayane dos Santos Pedroso
Centro Universitário Campo Real. E-mail: psi-rayanepedroso@camporeal.com.br
Laryssa Karas
Centro Universitário Campo Real. E-mail: prof_laryssakaras@camporeal.edu.br

Resumen:
Este artículo tuvo como objetivo analizar cómo se articulan la reestructuración cognitiva, la exposición gradual y el entrenamiento en habilidades sociales en los protocolos de terapia cognitivo-conductual (TCC) para el trastorno de ansiedad social (TAS), y discutir los beneficios y los límites de esta integración. Se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque cualitativo, que priorizó las publicaciones entre 2016 y 2026 e incluyó estudios anteriores relevantes para el marco teórico y la comparación de las técnicas. Los estudios examinados indican que la reestructuración cognitiva aborda las interpretaciones relacionadas con la evaluación negativa, que la exposición favorece el afrontamiento de las situaciones temidas y la revisión de las expectativas, y que el entrenamiento en habilidades sociales contribuye al desarrollo y perfeccionamiento de recursos de interacción. También señalan un solapamiento entre los procesos de cambio, pues las intervenciones conductuales pueden ir acompañadas de cambios cognitivos. Algunas comparaciones identificaron beneficios adicionales de la integración en resultados específicos, mientras que otras no mostraron ventajas al añadir determinados componentes. Se concluye que las técnicas pueden ofrecer aportes complementarios al abordaje del TAS, aunque no se ha demostrado una superioridad general de su combinación para todos los pacientes y resultados. La selección y articulación de las intervenciones deben considerar las dificultades individuales, los objetivos terapéuticos y la evidencia disponible. Las diferencias entre los estudios y el carácter narrativo de la revisión limitan la generalización de los hallazgos.

Palabras clave:
Terapia cognitivo-conductual. Trastorno de ansiedad social. Reestructuración cognitiva. Exposición gradual. Entrenamiento en habilidades sociales.

Resumo:
Este artigo teve como objetivo analisar como a reestruturação cognitiva, a exposição gradual e o treino de habilidades sociais são articulados nos protocolos de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), discutindo os benefícios e os limites dessa integração. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa, priorizando publicações entre 2016 e 2026 e incluindo estudos anteriores relevantes para a fundamentação teórica e a comparação das técnicas. Os estudos examinados indicam que a reestruturação cognitiva trabalha interpretações relacionadas à avaliação negativa, a exposição favorece o enfrentamento das situações temidas e a revisão de expectativas, e o treino de habilidades sociais contribui para desenvolver e aperfeiçoar recursos de interação. Também apontam sobreposição entre os processos de mudança, uma vez que intervenções

comportamentais podem acompanhar mudanças cognitivas. Algumas comparações identificaram benefícios adicionais da integração em desfechos específicos, enquanto outras não demonstraram vantagem do acréscimo de determinados componentes. Conclui-se que as técnicas podem oferecer contribuições complementares ao manejo do TAS, mas sua combinação não apresenta superioridade geral demonstrada para todos os pacientes e resultados. A seleção e a articulação das intervenções devem considerar as dificuldades individuais, os objetivos terapêuticos e as evidências disponíveis. As diferenças entre os estudos e o caráter narrativo da revisão limitam a generalização dos achados.

Palavras-chave:
Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtorno de Ansiedade Social; Reestruturação cognitiva; Exposição gradual; Treino de habilidades sociais.

Abstract:
This article aimed to analyze how cognitive restructuring, gradual exposure, and social skills training are integrated into Cognitive Behavioral Therapy (CBT) protocols for Social Anxiety Disorder (SAD), discussing the benefits and limitations of this integration. A narrative literature review with a qualitative approach was conducted, prioritizing publications from 2016 to 2026 and including earlier studies relevant to the theoretical framework and comparison of techniques. The studies examined indicate that cognitive restructuring addresses interpretations related to negative evaluation, exposure promotes engagement with feared situations and the revision of expectations, and social skills training helps develop and refine interpersonal skills. They also suggest overlap among change processes, as behavioral interventions may be accompanied by cognitive changes. Some comparisons identified additional benefits of integration for specific outcomes, whereas others found no advantage from adding particular components. The review concludes that these techniques may offer complementary contributions to SAD treatment, but their combination has not demonstrated overall superiority across all patients and outcomes. The selection and integration of interventions should consider individual difficulties, therapeutic goals, and available evidence. Differences among studies and the narrative nature of the review limit the generalizability of the findings.

Keywords:
Cognitive Behavioral Therapy; Social Anxiety Disorder; Cognitive restructuring; Gradual exposure; Social skills training.

1. Introducción

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5a edición, texto revisado (DSM-5-TR), individuos con trastorno de ansiedad social (TAS) suelen tener las habilidades de comunicación social preservadas, pero dejan de usarlas debido a la ansiedad, al miedo o al sufrimiento ante las interacciones sociales (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023). El núcleo del trastorno, según el manual, está en el miedo de ser evaluado:

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 22/10/2026 | aceito: 29/10/2026 | publicação: 03/11/2026

> El individuo es temeroso, ansioso o se esquiva de interacciones y situaciones sociales que envuelven la posibilidad de ser evaluado. Se incluyen situaciones sociales como encontrar con personas que no son familiares, situaciones en que el individuo puede ser observado comiendo o bebendo y situaciones de desempeño delante de otras personas. La ideación cognitiva asociada es la de ser evaluado negativamente por los demás, quedar embaraçado, ser humillado o rechazado o ofender a los otros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023, p. 190).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 4,4% de la población mundial actualmente sufre de algún trastorno de ansiedad (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025). En 2021, 359 millones de personas en el mundo tenían algún trastorno de ansiedad, tornándolos los más comunes de todos los trastornos mentales (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2024). Además, entre los síntomas descritos por la OMS están el miedo y la preocupación excesiva delante de situaciones específicas, que persisten por períodos prolongados e interfieren directamente en la rutina, en el trabajo, en los estudios y en las relaciones del individuo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025).

A pesar de esa prevalencia, estudios indican que hay una significativa laguna global en el acceso al tratamiento de esos trastornos (ALONSO et al., 2018), lo que hace especialmente relevante el examen de intervenciones psicoterápicas estructuradas y sustentadas por evidencias. Eso porque el TAS se ha mostrado una condición bastante desafiante en el escenario clínico contemporáneo, especialmente en relación a la vida cotidiana, relaciones interpersonales, desempeño académico y participación en actividades sociales (STEIN; STEIN, 2008), lo que lleva a un ciclo persistente de evitación y sufrimiento.

En cuanto a su frecuencia, un análisis con más de 140 mil personas en 28 países mostró que cerca de 4% de la población presenta TAS en algún momento de la vida, y que las Américas, región que incluye Brasil, Colombia, México y Perú, están entre las que concentran las mayores tasas del trastorno (STEIN et al., 2017). En Brasil, un levantamiento realizado con 5.037 adultos de la Región Metropolitana de São Paulo encontró prevalencia de 5,6% a lo largo de la vida para la fobia social, nombre por el cual el TAS era conocido hasta entonces. El cuadro se mostró más frecuente entre mujeres y adultos jóvenes, de 18 a 34 años, y suele surgir todavía en la adolescencia, alrededor de los 14 años de edad (VIANA; ANDRADE, 2012).

En ese escenario, la Terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha consolidado como una de las respuestas clínicas más estructuradas para ese cuadro. Desenvolvida por Aaron Beck, es una psicoterapia breve, estructurada y enfocada en el presente, dirigida a modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales (BECK, 2022). En ese abordaje, el terapeuta

auxilia al paciente a reconocer que sus propias creencias sustentan su sufrimiento y a trabajar para cambiarlas (HOFMANN, 2014).

Entre las intervenciones disponibles para el tratamiento del TAS, la TCC está entre las de primera elección, al lado de la farmacoterapia, y se destaca por el mantenimiento de las ganancias después del término del tratamiento (ISOLAN; PHEULA; MANFRO, 2007). El abordaje actúa sobre los comportamientos de evitación que mantienen el trastorno, lo que la torna una alternativa relevante y sostenida por evidencias para su manejo. Analizar como algunas técnicas actúan en el tratamiento de individuos con TAS contribuye, por lo tanto, a una práctica clínica más humanizada y alineada a las necesidades reales de quien convive diariamente con ese diagnóstico. En ese sentido, este artículo parte del siguiente problema de investigación: como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual y el entrenamiento de habilidades sociales son articulados en los protocolos de Terapia cognitivo-conductual para el Trastorno de Ansiedad Social, y cuales beneficios y límites de esa integración son apuntados por la literatura?

Se parte del presupuesto de que esas técnicas pueden complementarse en el manejo del TAS, al trabajar las interpretaciones de las situaciones sociales, el enfrentamiento del miedo y el repertorio de interacción del individuo. Esa complementariedad, sin embargo, precisa ser examinada a la luz de los estudios, considerando si la asociación ofrece beneficios adicionales y en cuales aspectos esos beneficios son observados. Así, el análisis busca comprender las contribuciones y los límites de la integración de esas técnicas, teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente y las características de los protocolos investigados.

Por lo tanto, el objetivo general de este artículo es analizar, a partir de una revisión narrativa de la literatura, como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual y el entrenamiento de habilidades sociales son articulados en los protocolos de TCC para el TAS, discutiendo los beneficios y los límites de esa integración. Los objetivos específicos son: mapear la evolución histórica de la TCC y sus aplicaciones contemporáneas; analizar los efectos de la reestructuración cognitiva sobre las creencias que mantienen el trastorno; examinar el papel de la exposición gradual en el enfrentamiento de las situaciones temidas; describir la contribución del entrenamiento de habilidades sociales; y discutir lo que la literatura indica sobre los beneficios adicionales y las limitaciones de la combinación de esas técnicas. Los caminos recorridos para alcanzar esos objetivos están detallados en el método.

2. Marco teórico

2.1 Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La Terapia cognitivo-conductual (TCC) fue desarrollada por Aaron Temkin Beck (1921-2021), entre las décadas de 1960 y 1970, y originalmente llamada "terapia cognitiva". Beck estudió medicina y psiquiatría y actuó por un período como psicoanalista, sin embargo, insatisfecho con los abordajes tradicionales, desarrolló su propia teoría. Para eso, recurrió a diversas influencias teóricas y conceptuales, entre las cuales se destacan los primeros filósofos, como Epicteto, y teóricos como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus y Albert Bandura (BECK, 2022).

Al atender individuos con depresión, Beck identificó que ellos relataron dos tipos de pensamiento: una vertiente de libre asociación y otra de pensamientos rápidos, con evaluaciones sobre sí mismos. Con eso, el autor percibió que todos tenían pensamientos "automáticos" negativos, íntimamente ligados a sus emociones. Posteriormente, al ayudar a sus pacientes a identificar, evaluar y responder a esos pensamientos irrealistas y mal-adaptativos, observó que ellos mejoraron rápidamente (BECK, 2022).

Luego, el médico psiquiatra A. John Rush, entonces residente jefe de la Universidad de Pennsylvania, discutió con Beck la posibilidad de conducir una investigación científica para demostrar la eficacia de la entonces denominada terapia cognitiva. El ensayo clínico controlado aleatorio con pacientes deprimidos, publicado en 1977, constató que la terapia cognitiva era tan efectiva como la imipramina, un antidepresivo común (BECK, 2022).

Ya al final de la década de 1970, Beck y sus colegas de postdoctorado en la Universidad de Pennsylvania utilizaron el mismo proceso para estudiar ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, problemas de parejas, hostilidad, trastorno bipolar y otras cuestiones. Primero, hacían observaciones clínicas sobre el trastorno y describían los factores de mantenimiento y las principales cogniciones, esto es, pensamientos y creencias subyacentes, emociones y comportamientos. Después de eso, testaban sus teorías, adaptaban el tratamiento y realizaban ensayos clínicos controlados y aleatorios (BECK, 2022).

En esas investigaciones, Beck nombró como pensamientos automáticos los flujos de pensamientos negativos que parecían surgir espontáneamente y que contribuyeron para una evaluación cognitiva maladaptativa de la situación o del evento, llevando a una respuesta emocional. Tales pensamientos se basan en creencias centrales que la persona tiene sobre sí misma, el mundo y el futuro, y determinan como el individuo interpreta una situación específica (BECK, 2022; HOFMANN, 2014).

Esos estudios también resultaron en el desarrollo de la TCC como psicoterapia breve, estructurada y orientada al presente, dirigida a resolver problemas actuales y a modificar los pensamientos y los comportamientos disfuncionales (BECK, 2022). Según Hofmann (2014), el terapeuta auxilia al paciente a reconocer que sus propias creencias pueden contribuir significativamente para el mantenimiento y hasta para el origen de sus problemas psicológicos. Este abordaje busca llevar al individuo a percibir la irracionalidad y la rigidez de sus pensamientos, incentivando la modificación activa de creencias y comportamientos disfuncionales.

Conforme destaca Judith Beck (2022), hija de Aaron T. Beck, renomada psicóloga clínica americana, profesora y una de las mayores referencias mundiales en TCC actualmente, el terapeuta busca, de diversas formas, producir el cambio cognitivo, esto es, la modificación del pensamiento y del sistema de creencias del paciente, objetivando promover un cambio emocional y comportamental duradero. La autora resalta también que el abordaje fue adaptado para personas de diferentes niveles socioeconómicos y educacionales y para diversas franjas etarias, de niños a ancianos. En las décadas siguientes, Aaron Beck e investigadores de todo el mundo continuaron a estudiar, teorizar, adaptar y probar tratamientos para una lista creciente de problemas. La TCC pasó a ser aplicada en hospitales, clínicas, escuelas, programas vocacionales, prisiones y otros contextos, en formatos individuales y de grupo, incluyendo pareja y familia, y hoy está entre las terapias más practicadas en el mundo (BECK, 2022).

Por lo tanto, se comprende que la Terapia cognitivo-conductual representa un hito significativo en la historia de la psicología clínica, no sólo por la solidez de sus bases científicas, sino por la forma como aproximó la práctica terapéutica de la realidad cotidiana del paciente. Al centrarse en los pensamientos automáticos y en las creencias disfuncionales, la TCC ofrece al individuo herramientas concretas para transformar su relación con el sufrimiento, lo que la torna un abordaje de gran relevancia para la actuación clínica contemporánea.

2.2 Trastorno de ansiedad social (TAS)

El trastorno de ansiedad social (TAS) fue reconocido por primera vez como condición psiquiátrica en 1980, con la publicación de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III), por la American Psychiatric Association (HOFMANN, 2024). El DSM define los trastornos mentales al listar un conjunto de criterios que identifican las características más importantes de cada cuadro. La versión más reciente es el texto revisado de la quinta edición, el DSM-5-TR, publicado en los Estados Unidos en

2022 y traducido en Brasil en 2023 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023). Además del miedo de ser evaluado por los otros, el manual establece que, para el diagnóstico, ese miedo debe ser desproporcionada a la amenaza real, persistir en general por seis meses o más y causar sufrimiento o perjuicio significativo en el funcionamiento social, profesional o en otras áreas importantes de la vida. El manual prevé también el especificador "somente desempeño", para los casos en que el miedo se restringe a hablar o actuar en público (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

La Organización Mundial de la Salud también publica un manual diagnóstico, actualmente en su 11a revisión, denominado Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-11). Los criterios de la CID-11 para el TAS son muy semejantes a los del DSM-5-TR. Entre ellos están el miedo o la ansiedad acentuados y excesivos que ocurren de forma consistente en una o más situaciones sociales, la preocupación de actuar de determinada manera o de demostrar síntomas de ansiedad que sean evaluados negativamente por los otros, la evitación de situaciones sociales relevantes, la persistencia de los síntomas por un largo período y el sufrimiento o perjuicio significativo en las áreas personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otra área importante de funcionamiento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Se trata, por lo tanto, de un trastorno caracterizado por el miedo excesivo de ser juzgado o evaluado

negativamente

en

contextos

sociales

(AMERICAN

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023), que puede impactar significativamente las relaciones interpersonales, las tareas del cotidiano y el funcionamiento social y académico (SPENCE; RAPEE, 2016; STEIN; STEIN, 2008). Además, difiere de la timidez por la gravedad, por la persistencia, por el perjuicio y por el sufrimiento resultantes de los síntomas ansiosos (SCHNEIER, 2006). Individuos con ansiedad social tienden a mantener una atención selectiva y autofocada, por creer que están bajo constante observación y juzgamiento. Esa autopercepción intensifica el recuerdo de experiencias negativas, generalmente provenientes de interpretaciones distorsionadas de interacciones sociales (HOFMANN, 2007; LEIGH; CLARK, 2018).

Aunque los criterios diagnósticos del DSM-5-TR y de la CID-11 ofrezcan parámetros importantes para la identificación del TAS, la delimitación clínica entre el trastorno y manifestaciones culturalmente esperadas de timidez o reserva social permanece un desafío. Es necesaria, por lo tanto, cautela en la aplicación de esos criterios, considerando que factores socioculturales pueden influenciar tanto la expresión de los síntomas como la percepción de perjuicio funcional, lo que apunta para la necesidad de una evaluación contextualizada y sensible a la realidad del individuo. El TAS va mucho más allá del miedo de situaciones sociales. Se trata de una experiencia profundamente subjetiva, que afecta la forma como el individuo se percibe y se relaciona con el mundo a su alrededor. Reconocer esa dimensión humana del trastorno es fundamental para una práctica clínica acogedora, capaz de percibir detrás de los síntomas un sujeto que busca pertenencia, aceptación y seguridad en sus relaciones.

2.3 Modelos de mantenimiento del trastorno de ansiedad social

Entender cómo las técnicas de la TCC actúan en el TAS exige, antes, mirar los procesos que mantienen el trastorno. Knijnik y Trachtenberg (2015) describen esos procesos como un ciclo de la ansiedad social, formado por percepciones distorsionadas, comportamientos de evitación y refuerzo negativo, que perpetúan el miedo de la evaluación social. En ese ciclo, los pensamientos automáticos de autodepreciación y de amenaza social aumentan la activación fisiológica y refuerzan la fuga. Para interrumpir ese estándar, los autores proponen la intervención cognitivo-conductual y lo que llaman de ciclo alternativo de la ansiedad social, en el cual el paciente aprende a reinterpretar las situaciones sociales, probar creencias disfuncionales y enfrentar la incomodidad a los pocos. Para ellos, el cambio terapéutico involucra, además de la reducción del miedo social, la construcción de formas más adaptativas de interpretar y enfrentar las situaciones sociales.

Los modelos cognitivos de mantenimiento ofrecen una base teórica para comprender los procesos sobre los cuales las técnicas de la TCC pueden actuar. En el modelo de Clark y Wells (1995 apud LEIGH; CLARK, 2018), la persona con TAS, al entrar en una situación social, vuelve la atención para sí misma. Ella recurre a comportamientos de seguridad, como evitar el contacto visual o ensayar mentalmente las frases, y rumina antes y después del evento. Con eso, deja de percibir las reacciones reales de los otros, y sus predicciones negativas no llegan a ser desmentidas.

Leigh, Chiu y Clark (2021) probaron esa hipótesis en un experimento con 57 adolescentes. Cuando orientados a enfocar la atención en sí mismos y a usar comportamientos de seguridad durante una conversación, los participantes relataron más ansiedad, parecían más ansiosos a los ojos de los observadores y tuvieron peor desempeño en la interacción. O sea, las estrategias que traen alivio inmediato son las mismas que mantienen el miedo a lo largo del tiempo.

3. Material y método

Se trata de una revisión narrativa de la literatura, modalidad que permite describir y discutir el estado del arte de un tema bajo el punto de vista teórico y contextual, sin la aplicación de protocolos sistemáticos de búsqueda y análisis (ROTHER, 2007). En cuanto a la finalidad, la investigación se caracterizó como básica, ya que tuvo como propósito ampliar el conocimiento científico sobre la Terapia cognitivo-conductual (TCC) en el manejo del Trastorno de Ansiedad Social (TAS). La investigación buscó reunir fundamentos teóricos para comprender la actuación de la reestructuración cognitiva, de la exposición gradual y del entrenamiento de habilidades sociales, así como los beneficios y los límites de su integración.

En lo que se refiere a la naturaleza de la investigación, se trata de una investigación bibliográfica, fundamentada en materiales ya publicados, como libros y artículos científicos especializados, en que el investigador no manipula variables o realiza experimentos. La investigación adoptó un abordaje cualitativo, dirigido a la interpretación de como las técnicas de la TCC son descritas, articuladas y evaluadas en los estudios sobre el TAS.

En cuanto al objetivo, la investigación fue exploratoria, ya que buscó mapear y discutir las contribuciones de la TCC para el manejo del TAS, con atención a los mecanismos de acción de las técnicas y a los beneficios y límites de su integración. El recorte de las publicaciones priorizó el período de 2016 a 2026, con inclusión de estudios anteriores considerados relevantes para la fundamentación teórica y para la discusión de las combinaciones investigadas.

Para la realización del levantamiento bibliográfico, fueron priorizados estudios que investigaron la aplicación de la TCC en adolescentes, jóvenes adultos y adultos con síntomas de ansiedad social. Fueron consultadas las siguientes bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Electrónicos en Psicología (PePSIC), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Portal de Periódicos de la CAPES y PubMed/MEDLINE. Las búsquedas fueron conducidas con los descriptores: “Transtorno de Ansiedad Social”, “Terapia cognitivo-conductual”, “TCC”, “ansiedade social”,

"fobia social", "reestructuración cognitiva", "exposición gradual", "adolescentes", "jovens adultos" y "adultos", combinados por medio de los operadores booleanos AND y OR. Complementaria, fueron incluidos estudios identificados en búsquedas adicionales y en las referencias de los trabajos seleccionados, conforme su pertinencia a los objetivos de la investigación.

Fueron incluidos artículos científicos, revisiones sistemáticas, disertaciones y tesis publicados entre 2016 y 2026, disponibles en portugués o inglés. También fueron incluidos estudios anteriores a ese período considerados clásicos o de referencia para el tema, además de libros y documentos oficiales utilizados para la fundamentación teórica. Fueron considerados estudios sobre las técnicas aisladas, su aplicación en protocolos con múltiples componentes y comparaciones que investigaron los beneficios adicionales de la asociación entre intervenciones cognitivas y comportamentales. Fueron aceptados, también, estudios con muestras que abrangiam niños y adolescentes, por incluir el intervalo etario en que el trastorno suele iniciarse, y trabajos teóricos sobre los mecanismos de cambio de la TCC aplicables al TAS. Fueron excluidos trabajos sin relación directa con el tema y artículos publicados en periódicos sin revisión por pares.

Ya el análisis de los materiales fue realizado por medio de lectura crítica de los textos en su totalidad e interpretación cualitativa, conforme la propuesta de revisión narrativa. Los estudios fueron organizados en ejes temáticos referentes a la Terapia cognitivo-conductual, al Trastorno de Ansiedad Social, a los modelos de mantenimiento del trastorno, a los mecanismos de acción de las técnicas y a los beneficios y límites de su integración. En la discusión de las combinaciones, fueron consideradas, cuando disponibles, informaciones sobre las técnicas utilizadas, las características de las poblaciones, el formato del tratamiento, las condiciones de comparación, los resultados evaluados y los períodos de acompañamiento. Esa organización orientó la distinción entre los resultados sobre la eficacia de los protocolos completos y aquellos relacionados a la contribución adicional de determinados componentes. Los hallazgos son presentados en la sección de Resultados y Discusión. Por tratarse de investigación bibliográfica, sin participación directa de participantes, el estudio dispensó la apreciación por Comité de Ética en Investigación.

4. Resultados y discusión

4.1 Reestructuración cognitiva en el manejo del TAS

La reestructuración cognitiva trabaja las interpretaciones que contribuyen para el miedo de la evaluación negativa en las situaciones sociales. En el TAS, la persona puede anticipar que cometerá errores, demostrará ansiedad o será rechazada, tratando esas previsiones como si fuesen acontecimientos ciertos. El trabajo terapéutico implica reconocer esos pensamientos automáticos, examinar posibles errores de interpretación y construir alternativas más realistas (HOFMANN, 2007). Este proceso exige la participación activa del paciente y del terapeuta, que investigan juntos las dificultades experimentadas en las interacciones sociales. Esa postura colaborativa orienta el tratamiento presentado por Hope, Heimberg y Turk (2019), en el cual la intervención se lleva a cabo a partir de la comprensión de cada caso.

En la práctica, el paciente aprende a observar la relación entre sus pensamientos y la ansiedad, cuestionar las conclusiones que saca de las situaciones y formular respuestas alternativas. En el protocolo descrito por Hofmann (2007), ese aprendizaje está articulado a las experiencias de exposición, siendo que las interpretaciones son examinadas antes y después del enfrentamiento de las situaciones temidas, tanto en las sesiones como en las actividades realizadas durante la semana. Por ejemplo, la previsión de que una pausa en la conversación provocará rechazo puede ser comparada al que ocurrió en la interacción. Así, la reestructuración cognitiva ofrece una forma de evaluar las propias previsiones con base en las experiencias, favoreciendo interpretaciones menos rígidas sobre el propio desempeño y las reacciones de los otros (HOFMANN, 2007).

Entre los procesos investigados está el costo social estimado, esto es, la gravedad que la persona atribuye a las consecuencias de un posible error o juzgamiento negativo. En un ensayo clínico aleatorio con 90 participantes, Hofmann (2004) comparó TCC en grupo, exposición en grupo sin intervención cognitiva explícita y un grupo de participantes en lista de espera para tratamiento. Los dos tratamientos redujeron la ansiedad social y no difirieron entre sí al final de la intervención. Sin embargo, apenas el grupo de TCC presentó mejoría adicional en el acompañamiento de seis meses, asociada a la reducción del costo social estimado durante el tratamiento. El estudio también identificó cambios en esa estimación entre los participantes que recibieron exposición. Esos resultados sustentan la importancia de los cambios cognitivos en el manejo del TAS, pero muestran que ellas también pueden ocurrir sin reestructuración cognitiva explícita. Por lo tanto, la contribución de esa técnica debe ser comprendida en relación al protocolo utilizado y a los demás componentes del tratamiento (HOFMANN, 2004).

4.2 Exposición gradual en el enfrentamiento de las situaciones sociales

La exposición gradual consiste en el enfrentamiento planificado de situaciones sociales que provocan miedo y suelen ser evitadas por la persona con TAS. En los protocolos cognitivo-conductuales, ese trabajo puede comenzar con situaciones consideradas menos difíciles y avanzar para desafíos mayores, incluyendo ejercicios en las sesiones y actividades en lo cotidiano. En el protocolo descrito por Hofmann (2007), el paciente participa de situaciones sociales simuladas y, posteriormente, practica el enfrentamiento en contextos reales. Una persona que evita conversar con desconocidos, por ejemplo, puede trabajar diferentes situaciones de interacción, conforme sus dificultades y los objetivos del tratamiento. Esas experiencias permiten observar lo que sucede durante el contacto social y comparar los eventos a las previsiones negativas que antecederon la interacción (HOFMANN, 2007).

Aunque la exposición haya sido tradicionalmente explicada por la habituación, entendida como la disminución de la ansiedad a lo largo del contacto con la situación temida, Craske et al. (2014) destacan la importancia del aprendizaje inhibitorio. En esa perspectiva, el enfrentamiento favorece a nuevos aprendizajes que compiten con las asociaciones anteriores de amenaza, sin necesariamente apagándolas. La experiencia permite verificar si las consecuencias temidas ocurren como esperado. Por eso, la reducción inmediata de la ansiedad no es el único criterio para evaluar el ejercicio, ya que es posible aprender aun cuando la incomodidad permanece. Los autores también proponen variar las situaciones y los contextos de exposición y reducir los comportamientos de seguridad que puedan dificultar ese aprendizaje. Así, la planificación considera tanto la dificultad de la tarea como la expectativa que será colocada a la prueba y aquello que el paciente podrá aprender con la experiencia (CRASKE et al., 2014).

Además de favorecer el enfrentamiento de la evitación, la exposición puede estar asociada a cambios en la manera de interpretar las situaciones sociales. Kampmann, Emmelkamp y Morina (2019) investigaron 60 adultos con TAS que recibieron exposición en situaciones reales o en realidad virtual. Los participantes que presentaron mayor reducción del costo social estimado durante el tratamiento también relataron mayor mejora de los síntomas al final de la intervención. Ese resultado indica una asociación entre la revisión de las consecuencias atribuidas a las situaciones temidas y la mejoría clínica, aunque no demostrando, aisladamente, una relación de causa y efecto. El hallazgo también ayuda a comprender que los efectos de las técnicas pueden sobreponer, ya que una intervención centrada en el enfrentamiento comportamental puede acompañar cambios cognitivos. Esa aproximación es relevante para discutir la integración de las técnicas, pero no basta para concluir que su combinación será siempre superior a la exposición aislada (KAMPMANN; EMMELKAMP; MORINA, 2019).

4.3 Entrenamiento de habilidades sociales en el manejo del TAS

El entrenamiento de habilidades sociales busca desarrollar y perfeccionar recursos para las relaciones interpersonales, considerando las dificultades y las necesidades de cada paciente. Su aplicación en el TAS exige distinguir la falta de una habilidad de la dificultad para utilizarla delante de la ansiedad. Algunas personas saben cómo iniciar una conversación o expresar una opinión, pero el miedo de la evaluación negativa interfiere en su desempeño; otras también presentan dificultades en el propio repertorio de interacción. Herbert et al. (2005) discuten esa diversidad y destacan la importancia de ajustar el énfasis del entrenamiento a las dificultades identificadas, sin presumir que todas las personas con TAS tengan déficits de habilidades sociales.

Entre los procedimientos utilizados están la orientación sobre la habilidad, la demostración de cómo realizarla, el ensayo comportamental y el feedback. En el protocolo de Beidel et al. (2014), fueron trabajadas habilidades de conversación, construcción de amistades, asertividad y habla en público, con actividades para practicarlas en lo cotidiano. Así, una dificultad para expresar discordancia puede ser trabajada por medio de una simulación, seguida de observaciones sobre la interacción y de nuevos intentos. El entrenamiento ofrece oportunidades de practicar y perfeccionar comportamientos relevantes para los objetivos del paciente (BEIDEL et al., 2014).

En un ensayo clínico randomizado con 106 adultos, Beidel et al. (2014) compararon exposición, exposición asociada al entrenamiento de habilidades sociales y lista de espera. La combinación presentó ventaja en habilidades sociales y estado clínico general. Sin embargo, la diferencia entre los tratamientos en la proporción de participantes que dejó de llenar los criterios diagnósticos para TAS no fue estadísticamente significativa. Los resultados indican posibles beneficios adicionales en aspectos específicos del funcionamiento social, sin demostrar superioridad en todos los resultados. Eso refuerza la importancia de evaluar tanto los síntomas como las dificultades de interacción al discutir la contribución de la técnica.

4.4 Integración de las técnicas en los protocolos de TCC

La integración de las técnicas en los protocolos de TCC permite trabajar dificultades que se relacionan en lo cotidiano de la persona con TAS. Al enfrentar una situación social, el paciente puede examinar sus previsiones negativas y practicar formas de interacción relevantes

para sus objetivos. Esa articulación aparece en el estudio de Herbert et al. (2005), que comparó la TCC en grupo, compuesta por reestructuración cognitiva y exposición, con una versión que incorporaba entrenamiento de habilidades sociales. Los dos tratamientos produjeron mejoría, pero el protocolo integrado presentó ganancias mayores en medidas evaluadas. El estudio ofrece, por lo tanto, evidencia favorable a la asociación de las tres técnicas en ese contexto, sin establecer que todos los pacientes necesiten de los mismos componentes o obtengan beneficios equivalentes con su combinación.

Las comparaciones entre intervenciones cognitivas y comportamentales también aparecen en investigaciones anteriores. Mattick, Peters y Clarke (1989) investigaron exposición, reestructuración cognitiva y la combinación de esas técnicas en un estudio con 43 participantes y control por lista de espera. La intervención combinada superó la exposición en dos medidas de fobia. Sin embargo, los resultados variaron conforme el resultado y el momento de la evaluación: la reestructuración cognitiva aislada presentó resultados inferiores en las medidas de aproximación de las situaciones temidas al final del tratamiento, pero continuó produciendo mejora durante el acompañamiento. Estos hallazgos muestran que la discusión sobre combinaciones existe hace décadas y que su interpretación exige considerar cuales cambios fueron evaluados y por cuanto tiempo los participantes fueron acompañados (MATTICK; PETERS; CLARKE, 1989).

La investigación de los componentes sigue siendo actual. Šipka et al. (2025) realizaron un ensayo clínico con 464 adultos, distribuidos entre 16 condiciones de TCC por Internet, para examinar la contribución de la psicoeducación, de la reestructuración cognitiva, del entrenamiento de atención y de la exposición. Las condiciones que incluían psicoeducación y exposición presentaron mayor reducción de los síntomas al final del tratamiento en comparación a las condiciones sin esos componentes. La inclusión de reestructuración cognitiva y entrenamiento de atención, a su vez, no demostró una ventaja adicional en ese momento. En el acompañamiento, la ventaja de la psicoeducación y de la exposición dejó de ser estadísticamente significativa. Como el estudio investigó una intervención por Internet y no incluyó entrenamiento de habilidades sociales, sus resultados no responden directamente a la combinación de las tres técnicas discutidas en este artículo, pero muestran que añadir componentes no garantiza un mayor beneficio en todos los momentos de la evaluación.

En conjunto, los estudios permiten reconocer beneficios de la integración, pero también límites para afirmar su superioridad de forma general. Como presentado en la sección anterior, Beidel et al. (2014) encontraron ventajas de la asociación entre exposición y entrenamiento de habilidades sociales en aspectos del funcionamiento social, sin diferencia estadísticamente

significativa en la proporción de participantes que dejó de llenar los criterios diagnósticos para TAS. Así, reducir síntomas, mejorar el desempeño en las interacciones y dejar de llenar los criterios del trastorno son resultados relacionados, pero distintos. La literatura examinada sustenta la discusión de la integración conforme a las dificultades del paciente, los componentes del protocolo y los objetivos evaluados, en vez de presuponer que la reunión de las técnicas produzca, por sí solo, resultados superiores (BEIDEL et al., 2014; HERBERT et al., 2005; ŠIPKA et al., 2025).

5. Consideraciones finales

Esta revisión narrativa analizó como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual y el entrenamiento de habilidades sociales son articulados en los protocolos de Terapia cognitivo-conductual para el Trastorno de Ansiedad Social, considerando los beneficios y los límites de esa integración. El recorrido por la literatura permitió contextualizar los fundamentos del abordaje y relacionar las intervenciones a los procesos de manutención del trastorno. La reestructuración cognitiva trabaja las interpretaciones asociadas a la evaluación negativa; la exposición favorece el enfrentamiento de las situaciones temidas y la revisión de expectativas; y el entrenamiento de habilidades sociales ofrece oportunidades para desarrollar y perfeccionar recursos de interacción, conforme las dificultades identificadas en cada caso.

Ya en respuesta al problema de investigación, la literatura examinada indica que esas técnicas pueden ser articuladas en protocolos que trabajan tanto el miedo y la evitación en cuanto a las dificultades presentes en las relaciones interpersonales. Sus efectos, sin embargo, no son totalmente separados, ya que experiencias de exposición también pueden acompañar cambios cognitivos, mientras que la práctica de habilidades sociales envuelve el contacto con situaciones temidas. La integración puede, por lo tanto, ofrecer oportunidades complementarias de aprendizaje, pero la contribución de cada componente precisa ser comprendida en el contexto del tratamiento en que fue utilizado.

El presupuesto de complementariedad encontró apoyo en los estudios discutidos, aunque los resultados no permitan afirmar una superioridad general de la combinación de las tres técnicas. Algunas investigaciones identificaron beneficios adicionales en medidas específicas, mientras que otras no demostraron ventaja del aumento de determinados componentes. La interpretación de esos hallazgos depende de la población, del formato de la intervención, de los resultados y del período de acompañamiento. De esa forma, la eficacia de

un protocolo completo no debe ser tomada, aisladamente, como demostración de que todos sus componentes son indispensables o producen beneficios adicionales para todos los pacientes.

Entre las limitaciones de este trabajo, se destaca el carácter narrativo de la revisión, cuya selección e interpretación de los materiales no siguieron un protocolo sistemático, lo que limita la amplitud de las conclusiones y puede favorecer vieses de selección. Además de eso, las diferencias entre los estudios en cuanto a las muestras, los procedimientos y las formas de evaluación dificultan comparaciones directas. La inclusión de investigaciones de diferentes períodos contribuyó para comprender el desarrollo de las intervenciones, pero también exigió cautela delante de los cambios en los criterios diagnósticos y en los protocolos de tratamiento. La revisión tampoco permite establecer relaciones causales entre cada técnica y los mecanismos de cambio propuestos.

Investigaciones futuras pueden contribuir por medio de comparaciones directas entre componentes aislados y combinados, con descripción clara de los procedimientos y acompañamiento de los resultados a lo largo del tiempo. También es relevante investigar cuales características de los pacientes están asociadas a los mayores beneficios de cada combinación, considerando tanto la reducción de los síntomas como la participación y el funcionamiento social. Para la práctica clínica, los hallazgos refuerzan la importancia de comprender las dificultades y los objetivos de cada persona al seleccionar y articular las técnicas. Más que reunir intervenciones, se trata de construir un tratamiento fundamentado en evidencias y sensible a las necesidades de quien convive con el TAS.

Referencias

ALONSO, Jordi et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. Depression and Anxiety, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 195–208, 2018. DOI: 10.1002/da.22711.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BECK, Judith S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BEIDEL, Deborah C.; ALFANO, Candice A.; KOFLER, Michael J.; RAO, Patricia A.; SCHARFSTEIN, Lindsay; SARVER, Nina Wong. The impact of social skills training for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, [S. l.], v. 28, n. 8, p. 908–918, 2014. DOI: 10.1016/j.janxdis.2014.09.016.

CRASKE, Michelle G.; TREANOR, Michael; CONWAY, Christopher C.; ZBOZINEK, Tomislav; VERVLIET, Bram. Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. Behaviour Research and Therapy, Oxford, v. 58, p. 10–23, 2014. DOI: 10.1016/j.brat.2014.04.006.

HERBERT, James D.; GAUDIANO, Brandon A.; RHEINGOLD, Alyssa A.; MYERS, Valerie H.; DALRYMPLE, Kristy; NOLAN, Elizabeth M. Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. Behavior Therapy, [S. l.], v. 36, n. 2, p. 125–138, 2005. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80061-9.

HOFMANN, Stefan G. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Washington, v. 72, n. 3, p. 392–399, 2004. DOI: 10.1037/0022-006X.72.3.392.

HOFMANN, Stefan G. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. Cognitive Behaviour Therapy, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 193–209, 2007. DOI: 10.1080/16506070701421313.

HOFMANN, Stefan G. Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HOFMANN, Stefan G. Ansiedade social: enfrentando seus medos e aproveitando os contatos sociais com a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Porto Alegre: Artmed, 2024.

HOPE, Debra A.; HEIMBERG, Richard G.; TURK, Cynthia L. Managing social anxiety, therapist guide: a cognitive-behavioral therapy approach. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2019. DOI: 10.1093/med-psych/9780190247591.001.0001.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global Burden of Disease (GBD) 2021. Seattle: IHME, 2024. Banco de dados online. Disponível em: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/. Acesso em: 14 jun. 2026.

ISOLAN, Luciano; PHEULA, Gabriel; MANFRO, Gisele Gus. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 125–132, 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000300004.

KAMPMANN, Isabel L.; EMMELKAMP, Paul M. G.; MORINA, Nexhmedin. Cognitive predictors of treatment outcome for exposure therapy: do changes in self-efficacy, self-focused attention, and estimated social costs predict symptom improvement in social anxiety disorder? BMC Psychiatry, London, v. 19, art. 80, 2019. DOI: 10.1186/s12888-019-2054-2.

KNIJNIK, Daniela Zippin; TRACHTENBERG, Eduardo. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade social: uma proposta de exercício sistemático: ciclo da ansiedade social e ciclo alternativo da ansiedade social. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 16–20, 2015. DOI: 10.25118/2236-918X-5-5-3.

LEIGH, Eleanor; CHIU, Kenny; CLARK, David M. Self-focused attention and safety behaviours maintain social anxiety in adolescents: an experimental study. PLOS ONE, San Francisco, v. 16, n. 2, e0247703, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0247703.

LEIGH, Eleanor; CLARK, David M. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). Clinical Child and Family Psychology Review, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 388–414, 2018. DOI: 10.1007/s10567-018-0258-5.

MATTICK, Richard P.; PETERS, Lorna; CLARKE, J. Christopher. Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. Behavior Therapy, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 3–23, 1989. DOI: 10.1016/S0005-7894(89)80115-7.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.

SCHNEIER, Franklin R. Social anxiety disorder. The New England Journal of Medicine, Boston, v. 355, n. 10, p. 1029–1036, 2006. DOI: 10.1056/NEJMcp060145.

ŠIPKA, Dajana; LOPES, Rodrigo; KRIEGER, Tobias; KLEIN, Jan Philipp; BERGER, Thomas. Active components in internet-based cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: a randomized full factorial trial. Psychotherapy and Psychosomatics, Basel, v. 94, n. 1, p. 40–59, 2025. DOI: 10.1159/000542425.

SPENCE, Susan H.; RAPEE, Ronald M. The etiology of social anxiety disorder: an evidence-based model. Behaviour Research and Therapy, Oxford, v. 86, p. 50–67, 2016. DOI: 10.1016/j.brat.2016.06.007.

STEIN, Dan J. et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC Medicine, London, v. 15, art. 143, 2017. DOI: 10.1186/s12916-017-0889-2.

STEIN, Murray B.; STEIN, Dan J. Social anxiety disorder. The Lancet, London, v. 371, n. 9618, p. 1115–1125, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60488-2.

VIANA, Maria Carmen; ANDRADE, Laura Helena. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249–260, 2012. DOI: 10.1016/j.rbp.2012.03.001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://icd.who.int/. Acesso em: 1 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Anxiety disorders. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders. Acesso em: 14 jun. 2026.