

Artículos especiales

Medwave 2016 Jul;16(6):e6490 doi: 10.5867/medwave.2016.06.6490

El sonrojo social: ¿un trastorno neuropsiquiátrico?

Social blushing: a neuropsychiatric disorder?

Autor: Enrique Jadresic[1]

Filiación:

[1] Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: ejadresic@gmail.com

Citación: Jadresic E. Social blushing: a neuropsychiatric disorder? . *Medwave* 2016 Jul;16(6):e6490 doi: 10.5867/medwave.2016.06.6490

Fecha de envío: 14/5/2016

Fecha de aceptación: 15/6/2016

Fecha de publicación: 5/7/2016

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: blushing, adaptive behavior, social discomfort

Resumen

Hasta hace poco tiempo, rara vez se debatía sobre el sonrojo social en la literatura médica. Se le consideraba solo una reacción fisiológica normal y ocasional, provocada por situaciones sociales. Esto ha cambiado en años recientes pues se le presta cada vez mayor atención, ya sea en el contexto del trastorno de ansiedad social o por derecho propio. Algunos argumentan que sonrojarse tiene valor adaptativo y que por lo tanto no tiene sentido tratar a las personas que se sonrojan, visión que no compartimos porque la experiencia de ruborizarse no es igual en todos los individuos y porque los que consultan lo hacen debido a que las sucesivas experiencias de rubor van minando su calidad de vida. Más aún, el que un síntoma sea adaptativo no lo pone fuera del ámbito de la medicina. Al contrario: hay numerosos síntomas que tratamos los médicos, desagradables para el individuo -el dolor y los vómitos son buenos ejemplos-, los cuales pueden considerarse adaptativos y sin embargo pocos podrían en duda la legitimidad de tratarlos. Lo mismo es válido para el sonrojo. Reconocer su potencial valor adaptativo no hace ilegítimo su tratamiento. El sufrimiento de aquellos que se sonrojan fácilmente y buscan ayuda por ello, justifica los intentos de encontrar modos de ayudarlos. Este texto subraya la necesidad de distinguir entre el sonrojo social normal y el sonrojo social patológico y, a la vez, revisa los tratamientos actualmente disponibles para las personas que consultan por esta condición.

Abstract

Until recently, social blushing was rarely discussed in the medical literature. It was usually considered only a normal and occasional physiological reaction associated with emotions such as embarrassment brought on by social situations. This has changed in recent years with attention increasingly being paid to blushing, either in the context of social anxiety disorder or in its own right. Some argue that blushing has adaptive value, so it may not make sense to treat people for blushing, a view we do not agree with since the blushing experience is not the same for everyone and those who seek medical help do so because their blushing impairs their quality of life. Furthermore, the fact that a symptom is adaptive does not place it beyond the scope of medical treatment. Quite the contrary: physicians treat many symptoms that cause discomfort, e.g. pain and vomiting, which may be regarded as adaptive, yet few doubt the value of treating such problems. The same is true for blushing. Recognizing its potential adaptive value does not mean that it should not be treated. The distress of those who blush easily and seek help justifies attempts to find ways to help them. This article underlines the need to distinguish between normal social blushing and pathological social blushing and, at the same time, reviews current available treatments for individuals who seek help for this condition.

Introducción

Hasta hace poco tiempo, rara vez se debatía sobre el sonrojo social en la literatura y la práctica médica, y este permanecía como una entidad poco estudiada. Este abandono del sonrojo es sorprendente dado que la expresión facial de las emociones ha suscitado gran interés de los investigadores durante muchos años [1]. Dos hechos pueden haber contribuido a este estado de cosas: por una parte, las personas que se sonrojaban no solían consultar por vergüenza (lo cual ha cambiado con la Internet) y, por otra, la mayoría de las personas asumía que sonrojarse era solo una reacción humana natural a ciertas situaciones.

Charles Darwin, en su libro *La Expresión de las Emociones en el Hombre y los Animales* sostuvo que ruborizarse era "la más peculiar y la más humana de todas las expresiones" [2]. Destinó un capítulo entero al tema del sonrojo (*blushing*), fenómeno que describió como un enrojecimiento del rostro (especialmente las mejillas), orejas y cuello, y en ocasiones otras partes del cuerpo "provocado por lo que otros piensan de nosotros". En una revisión más reciente, se define la experiencia de ruborizarse como "un enrojecimiento u oscurecimiento del rostro, orejas, cuello, y parte superior del pecho, que ocurre en respuesta a percibir el escrutinio o la evaluación social" [3]. La denominación inglesa *flushing* se refiere al mismo fenómeno pero en ausencia de un precipitante psicológico. Tanto el sonrojarse como la experiencia del *flushing* se suelen acompañar de un sentimiento subjetivo de calor en el área afectada.

Ahora bien, ¿es el sonrojo solo una respuesta normal, involuntaria, a ciertas situaciones sociales? Con anterioridad hemos tratado de mostrar, a través de la descripción de casos clínicos, que a veces el ruborizarse es una fuente de sufrimiento y puede, si se justifica, ser tratado [4]. En el presente trabajo se subraya la necesidad de hacer la distinción entre el sonrojo social normal y aquel de connotación mórbida y, a la vez, se revisan los tratamientos actualmente disponibles para las personas que consultan por esta condición.

Diferentes tipos de sonrojo

Consideramos que el sonrojarse en el encuentro interpersonal es normal si es proporcional a la situación que lo provoca, no produce sufrimiento psíquico al individuo y no interfiere con su nivel de funcionamiento habitual. El simple hecho de ruborizarse no constituye un síntoma mórbido, una enfermedad o un trastorno. Es más, ponerse rojo en ciertas situaciones (por ejemplo, al ser objeto de un reconocimiento público o sufrir un percance social) es no solo apropiado sino esperable.

En cambio, estimamos que el sonrojarse es anormal si es intenso o frecuente, si genera sufrimiento a la persona, y si interfiere con su nivel de rendimiento acostumbrado y/o con su desenvolvimiento social. Por cierto, cuando el sonrojarse tiene este último carácter, la eritrofobia (fobia a sonrojarse) se presenta casi de regla.

Curiosamente, la literatura científica normalmente no diferencia los dos tipos de sonrojo descritos más arriba: aquel que es esperable en ciertos contextos y no limita al individuo, del que causa dolor emocional e interfiere en forma significativa con el funcionamiento académico/ocupacional o las relaciones interpersonales. Con el objeto de enfatizar la necesidad de distinguir conceptualmente los dos tipos de rubor, para este último hemos acuñado la expresión *sonrojo patológico* (SP) [5].

Desde el punto de vista de su velocidad de instalación y localización, se han descrito dos tipos de sonrojo: primero, el clásico rubor facial, de aparición rápida (en segundos), en el rostro, cuello y pabellones auriculares, que se propaga de modo uniforme por las áreas afectadas; y enseguida, el sonrojo en oleadas (*creeping blush*), que ocurre más lentamente, apareciendo primero como manchas rojas localizadas preferentemente en la parte superior del pecho o en el cuello. Posteriormente, a lo largo de minutos, se extiende hacia arriba, comprometiendo la parte superior del cuello, la zona de las mandíbulas y las mejillas. Aun en su momento de máxima intensidad, el enrojecimiento en oleadas se presenta en forma de manchas y no de manera uniforme [3]. Es útil tener presente esta distinción pues, como se verá más adelante, el tipo de sonrojo incide en la respuesta a tratamiento.

Perspectiva psiquiátrica

Pierre Janet (1903) incluyó el temor a sonrojarse (*eritrofobia*) dentro del grupo de las *fobias a situaciones sociales* [6]. Según las concepciones más actuales de los trastornos mentales, la enfermedad que más se asocia al rubor facial es el *trastorno de ansiedad social*, antiguamente denominado *fobia social*. Se trata de un trastorno que afecta al 13% de la población general en algún momento de la vida [7]. De acuerdo a un estudio, hasta el 50% de los pacientes que sufren de trastorno de ansiedad social declara ruborizarse frecuentemente [8].

La décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) [9] de la Organización Mundial de la Salud define la fobia social o trastorno de ansiedad social como un temor marcado a ser el foco de atención o a comportarse de manera embarazosa o humillante, lo que conduce a la evitación. La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (DSM-5) [10] caracteriza al trastorno de ansiedad social como un miedo persistente y marcado a distintas situaciones sociales o a desempeños en público por temor a que resulten bochornosos. En esta versión se sostiene por primera vez, a diferencia de las versiones anteriores, que el sonrojarse es una respuesta física que constituye un sello del trastorno de ansiedad social, lo que hace justicia a un síntoma en gran parte ignorado.

Ahora bien, siendo el sonrojo facial y sus concomitantes emocionales un componente tan habitual del trastorno de ansiedad social, ¿por qué centrarse en el sonrojo facial, fundamentalmente en el que tiene connotación patológica

(sonrojo patológico), y no en el trastorno de ansiedad social? Hay varias razones.

En primer lugar, nos interesa focalizarnos en las preocupaciones de los pacientes; y a los pacientes no les aflige el trastorno de ansiedad social sino el delator sonrojo de sus mejillas. Esto se muestra claramente en el hecho de que ellos, a menudo, solicitan tratamiento quirúrgico, muchas veces antes de consultar a profesionales de la salud mental [11],[12].

Una segunda razón para circunscribirnos al sonrojo es llamar la atención sobre un fenómeno que se suele trivializar, y se asume casi siempre que se trata de una experiencia normal, en circunstancias en que esa experiencia puede devenir en un síntoma mórbido.

En tercer lugar, se debe tener presente que la creencia de que los criterios diagnósticos psiquiátricos actuales corresponden a entidades biológicas que existen en la realidad es solo una ilusión. Este cuestionamiento ha sido hecho por el psiquiatra español Julio Sanjuán y descansa en la tremenda paradoja que supone no contar, hasta la fecha, con un solo marcador biológico que tenga la suficiente especificidad como para ser incluido dentro de los criterios diagnósticos en ningún trastorno psiquiátrico [13]. De allí que, como señala este autor, hoy muchos investigadores están más en la búsqueda del correlato biológico con síntomas concretos (entre otros, alucinaciones, desconcentración, angustia) que buscando el vínculo de la biología con enfermedades incluidas en las clasificaciones actuales, cuyo estatus nosológico es incierto. Así, sería perfectamente razonable buscar el, o los, correlato(s) biológico(s) del sonrojo patológico.

Finalmente, es cierto, según nuestra experiencia, que el sonrojo patológico se asocia comúnmente al trastorno de ansiedad social, pero ello no excluye que a veces se presente el sonrojo patológico sin el trastorno de ansiedad social, en el sentido de que si bien hay síntomas de ansiedad social, no se cumplen todos los criterios para el diagnóstico [14],[15].

Emociones autoconscientes

Las emociones autoconscientes como la vergüenza, la culpa y el orgullo se agrupan en forma conjunta por el rol central que ocupa la autoevaluación en cada una de ellas. También se han llamado emociones superiores, o secundarias, porque se presume que requieren un procesamiento más extenso por la corteza cerebral que emociones más básicas, inferiores, independiente de las cogniciones, tales como el miedo y la tristeza. El sonrojo puede ser considerado un cambio corporal que acompaña a algunas emociones autoconscientes, como la turbación o embarazo (*embarrassment*), pero no al orgullo o la culpa [16].

Varias de estas emociones dependen en parte de lo que la persona que las experimenta piensa sobre los demás pero también de lo que esta persona cree que los otros están pensando sobre ella. En el caso de la turbación o embarazo, se trata de un estado emocional desagradable que se experimenta al saber que un acto o condición individual, ya

sea social o profesionalmente inaceptable, ha sido presenciado o puesto en evidencia por otros. La turbación se parece a la vergüenza, excepto que la vergüenza puede ser motivada por un acto que sólo uno, en su intimidad, conoce. En la turbación, en cambio, la presencia del otro es indispensable*. Además, por lo general se entiende que la turbación es producida por un acto meramente inaceptable en lo social, más que por una conducta reprochable desde el punto de vista moral [17].

Perspectiva evolucionaria

Las emociones son connaturales a la experiencia humana y, cuando son normales, promueven una adecuada respuesta adaptativa ante situaciones de tensión, peligro o amenaza. Es más, muchos piensan que no existen las emociones negativas y que sólo dos factores las convierten en potencialmente negativas: el tiempo de permanencia y las cogniciones, es decir, los pensamientos que las acompañan. Según esta lógica, dentro de ciertos límites, la rabia puede servir para proteger un territorio que se cree amenazado, la tristeza puede ayudarnos a sanarnos a través de la introspección, el miedo nos protege de los peligros circundantes y la culpa nos permite redimirnos. Por analogía, el sonrojo facial podría cumplir una función social, representando un modo de comunicación. Esto nos lleva de inmediato a la necesidad de distinguir el sonrojo como experiencia subjetiva, del sonrojo como señal, es decir, como mensaje para los miembros de la propia especie. Al respecto, hay evidencia empírica para la hipótesis de que el sonrojo que acompaña al embarazo (*embarrassment*) puede atenuar la evaluación negativa de los congéneres. En experimentos, se le ha mostrado a una serie de sujetos viñetas con imágenes de incidentes públicos (como botar una pila de tarros en un supermercado), manipulando la situación para que en un caso el actor que se veía en las viñetas apareciera sonrojado; en otra mirara avergonzado a su alrededor y, como tercera opción, saliera de la tienda sin mostrar reacción alguna. Cuando a los sujetos que observaron las imágenes se les pidió que juzgaran las situaciones, se vio que interpretaban los incidentes como menos graves cuando el actor se sonrojaba o se mostraba avergonzado. De los protagonistas de los incidentes simulados, se percibía al actor que se ruborizaba, como el menos responsable de los tres, y este era evaluado menos negativamente que aquél que aparecía avergonzado o aquél que dejaba el supermercado sin mostrar reacción alguna. El que se ponía rojo era percibido como más confiable, simpático y merecedor de afecto que el que se avergonzaba [17].

A pesar de que Darwin reconoció no tener explicación para el fenómeno del sonrojo facial, la visión evolucionaria ha establecido similitudes entre el sonrojarse de los humanos y conductas de despliegue o exposición (*display*) que exhiben ciertos animales, útiles para apaciguar a sus pares. En efecto, las conductas de despliegue de los animales reducen las posibilidades de ataque de miembros de su misma especie. De la misma manera, se ha sostenido que, entre los humanos, el sonrojo facial reduciría las reacciones negativas de los observadores [18].

A la luz de la lógica evolucionaria, uno se podría plantear: ¿por qué si el ruborizarse desdibuja la amenaza, la gente podría querer no sonrojarse? Pues bien, a los pocos médicos que trabajamos en esta área, la realidad nos muestra que la mayoría de las personas que nos consultan no lo hacen por el sonrojo facial normal, ocasional, que, sabemos, es un ingrediente de la vida misma, sino porque se sonrojan más y/o tienen un mayor grado de activación general que los que no se sonrojan** [19], y porque la experiencia se torna invalidante y deteriora la calidad de vida.

Nos parece que los que argumentan que tratar el sonrojo no tiene sentido porque es adaptativo a menudo no hacen la distinción entre el rubor normal y el rubor patológico. Es más, el que un síntoma sea adaptativo no lo pone fuera del ámbito de competencia de la medicina. Al contrario, hay numerosos síntomas que tratamos los médicos, desagradables para el individuo -el dolor y los vómitos son buenos ejemplos-, que pueden considerarse adaptativos y sin embargo pocos pondrían en duda la legitimidad de tratarlos. Lo mismo es válido para el sonrojo. Reconocer su potencial valor adaptativo no hace ilegítimo su tratamiento.

Tratamiento psicofarmacológico

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

Hace algunos años llevamos a cabo un estudio sobre la eficacia del tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad social que consultaban por sonrojarse. Nuestros resultados [12] confirman los hallazgos de Connor *et al.* [20] en cuanto a que pacientes con trastorno de ansiedad social reportan efectos beneficiosos de la sertralina en el sonrojo, no así en el temblor o la sudoración [20]. Además, otro estudio demostró que la fluvoxamina era superior al placebo para tratar el sonrojo asociado a los trastornos de ansiedad en niños [21]. En relación al miedo a sonrojarse, autores franceses encontraron una disminución significativa después de cuatro semanas de tratamiento con escitalopram, decremento que fue más pronunciado al concluir el tratamiento de 12 semanas ya que los síntomas se redujeron en un 60% [22].

Beta-bloqueadores

Tiene sentido usar beta-bloqueadores para el sonrojo patológico porque diversos estudios han mostrado que la etapa aguda del sonrojo está regulada primariamente por nervios simpáticos beta-adrenérgicos, los cuales son responsables de la dilatación de los vasos sanguíneos en el rostro [23],[24]. Pueden utilizarse en administración continuada (atenolol, metoprolol, propranolol) o en forma solo ocasional (propranolol). En nuestra experiencia el uso de 20 a 40 mg de propranolol, asociado a 0,25 mg de alprazolam, tomados en conjunto 45 a 60 minutos antes de la situación de exposición suele ser muy eficaz. Nuestros pacientes acostumbran llamar a esta combinación "el combo mágico". Representa una alternativa terapéutica interesante pero tiene el inconveniente de que si los pacientes sortean con éxito las situaciones sociales tienden a atribuir dicho logro a la medicación y no a sí mismos. Dicho de otro modo, es una estrategia que refuerza el

consumo de medicamentos, en desmedro de las técnicas de psicoterapia cognitivo conductual, que tienen la ventaja de involucrar procesos de aprendizaje.

Otros fármacos

La clonidina, un agonista α_2 adrenérgico selectivo, ha sido utilizado para tratar el sonrojo [25], los bochornos de la menopausia [26] y la coloración rojiza de la rosácea [27]. Para el sonrojo también se han usado los anticolinérgicos [28]. Por último, un interesante estudio reciente sugiere que el ibuprofeno, un conocido antiinflamatorio, administrado en las mejillas en formato de gel, reduce tanto el *blushing* (relacionado con experiencia de turbación o vergüenza) como el *flushing* (desencadenado, por ejemplo, por el ejercicio). La razón es que el ibuprofeno disminuye la formación de prostaglandinas, sustancias que intervendrían en fenómenos inflamatorios del rostro, asociados al rubor facial [29].

Psicoterapia

La psicoterapia, más que intentar disminuir la intensidad y/o la frecuencia de los episodios de ruborización facial, se focaliza en controlar el miedo a sonrojarse, es decir, la eritrofobia. Esto ayuda indirectamente a que las personas se sonrojen menos ya que se ha visto que la expectativa de sonrojarse actúa como una profecía autocumplida, favoreciendo la aparición del rubor facial [30].

Entrenamiento en concentración en la tarea (TCT)

Hasta ahora, se dispone de tan sólo dos o tres métodos terapéuticos diseñados específicamente para tratar la fobia a sonrojarse. El más conocido es el entrenamiento en concentración en la tarea (*task concentration training*, o TCT), desarrollado por Bögels y colaboradores [31]. Parte de la base de que aquellos que se sonrojan prestan excesiva atención a sí mismos durante la interacción social (a sus emociones, conducta, apariencia física y nivel de activación) y poca atención a las tareas que les incumben, a la(s) otra persona(s) y al medio ambiente. En estos individuos, cualquier manifestación de activación de su sistema nervioso simpático, como sentir palpitaciones, sudoración en las manos y, en especial, percibir calor en las mejillas, aumenta la atención centrada en sí mismo (*self-focused attention*). A su vez, sonrojarse es claramente visible para los demás, lo que puede incrementar aún más la atención centrada en sí mismo.

La terapia consiste en enseñarle al paciente a dirigir su atención hacia fuera durante el sonrojo, focalizándose en las tareas propias de la interacción social (por ejemplo, atender a un cliente), y no en sí mismo. Se distinguen tres etapas: (1) familiarizarse con los procesos de atención y tomar conciencia de los efectos negativos de un incremento de la atención centrada en sí mismo; (2) focalizar la atención hacia fuera en situaciones no amenazantes (como ver televisión, hacer una llamada telefónica, caminar por una plaza o escuchar la letra de una canción) y (3) focalizar la atención hacia fuera en situaciones amenazantes.

En la primera etapa se le explica al paciente cómo el sonrojarse y la atención centrada en uno mismo se

refuerzan mutuamente y cómo, debido a esto, aparecen la ansiedad, los pensamientos negativos sobre sí mismo, los problemas en la concentración y la torpeza conductual. Enseguida se le muestra cómo, a través de centrar la atención hacia fuera (hacia las tareas que implica la interacción social y el medio ambiente), en vez de hacia adentro, es posible romper con el círculo vicioso que perpetúa el sonrojo. Se le pide que lleve un registro diario de los episodios de rubor, que anote cuan ansioso estaba y que estime el porcentaje de concentración dirigido a sí mismo, hacia la tarea y hacia el ambiente en ese momento. El paciente efectúa ejercicios de concentración guiados por el terapeuta, tanto a través de escuchar como de relatar historias. Más adelante se utilizan los registros diarios en tareas encomendadas para la casa.

Durante los ejercicios de focalización no amenazantes, se le indica al paciente, por ejemplo, que debe caminar por una plaza (tranquila) prestando atención a todos los estímulos (visuales, auditivos, olfatorios, cinestésicos) de ella, como también a su propio cuerpo. La instrucción es focalizarse en un aspecto a la vez, y luego en todos los aspectos simultáneamente (atención integrada). Un ejercicio que se suele indicar para la casa es tener una conversación telefónica y luego resumirla.

Para practicar los ejercicios en situaciones amenazantes, se elabora una lista de alrededor de 10 situaciones sociales en las que el/la paciente tiende a sonrojarse y que son significativas en su vida. La lista se ordena según una jerarquía creciente en que el primer ítem es el que menos intimida al paciente. El objetivo es concentrarse en la tarea en cada situación y volver a focalizarse en ella cada vez que se distraiga como resultado de (pensar en) sonrojarse o de centrarse en sí mismo. En la medida de lo posible, al principio estos ejercicios más complejos se practican en la consulta del terapeuta, mientras que después se efectúan como tareas para la casa, llevando un registro escrito. Si surgen dificultades el paciente las discute con su terapeuta en la sesión siguiente.

El entrenamiento en concentración en la tarea se considera una terapia de afrontamiento (*coping strategy*). Debe ser hecho por un terapeuta debidamente entrenado. Por lo general se efectúan entre seis y ocho sesiones, semanales, de 45-60 minutos de duración.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Después del entrenamiento en concentración en la tarea, se suelen realizar otras seis a ocho sesiones, también semanales, de terapia cognitivo-conductual. El procedimiento es similar al que se implementa en pacientes con trastorno de ansiedad social / fobia social pero se le presta especial atención a las conductas en busca de seguridad (*safety-seeking behaviors*) que adoptan las personas con miedo a enrojecer, que son contraproducentes, con el objeto de cambiarlas. Estas conductas son las cosas que la persona hace, o deja de hacer, para tranquilizarse o impedir la emergencia o visibilidad del rubor. Una de las más comunes es, por supuesto, la evitación o minimización del contacto social (por ejemplo, sentarse en la última fila en una conferencia

previando el hecho de levantarse para ir al toilette). Otras son usar maquillaje, taparse la cara con el pelo, ponerse a contraluz, usar anteojos; o, (en el caso de los varones) dejarse barba; o bien tratar de controlar todos los aspectos de una presentación que se va a hacer, aprendiéndosela de memoria, asegurándose que la sala esté lo más oscura posible, tomar un ansiolítico previamente, etcétera.

Recuerdo el caso de una paciente que cada vez que debía hacer una presentación en público dedicaba el día anterior a exponerse al sol, sin protector solar. Así, argumentaba, "llegaba" roja a exponer y evitaba "ponerse" roja. Por cierto, eso implicaba poner en riesgo su salud. Pero, además, el método no era infalible pues, naturalmente, el día previo a su exposición podía estar nublado.

Si bien en el corto plazo las conductas en búsqueda de seguridad proporcionan cierto alivio a la persona que se sonroja, son contraproducentes porque si las catástrofes que anticipan los pacientes no ocurren, ellos lo atribuyen a esas conductas en vez de concluir que la situación era menos amenazante de lo que ellos pensaban. En otros términos, se trata de conductas que impiden aprender que las consecuencias temidas corresponden a ideas distorsionadas, y que dificultan la adopción de estrategias de afrontamiento más productivas. Para reducir estas conductas se usan diversas técnicas, tales como practicar en un ámbito protegido simulaciones o escenificaciones de cada problema, antes de intentar aplicar las habilidades aprendidas en la vida real.

Otras modalidades terapéuticas que se usan en personas con miedo a enrojecer son el entrenamiento en habilidades sociales [32], la terapia cognitiva basada en *mindfulness* [33] y la intención paradójica [34].

Duración del tratamiento

Debido a que los estudios con fármacos no suelen prolongarse más allá de unos pocos meses, no se dispone de una respuesta de base científica a la pregunta de por cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento (por ejemplo con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina). Sin embargo, la práctica clínica indica que las personas que suspenden los medicamentos después tienen más chance de volver a presentar síntomas que aquellos que continúan tomándolos.

La terapia cognitivo-conductual es, como hemos visto, de tiempo limitado, y se prolonga, por lo general, sólo algunos meses. Tiene la ventaja de que, como involucra un aprendizaje, sus efectos son más duraderos.

Una alternativa interesante, considerando que los pacientes tienden a responder más rápido a la medicación que a la terapia cognitivo-conductual, es comenzar el tratamiento usando simultáneamente ambas modalidades terapéuticas y, después de un tiempo, ir quitando de a poco los remedios. Otra opción es iniciar el tratamiento con medicamentos, suspenderlos luego gradualmente y, enseguida, instaurar la terapia cognitivo-conductual para prevenir recurrencias.

Tratamiento quirúrgico

Para los pacientes con rubor facial intenso, que no hayan respondido a la terapia cognitivo-conductual o a los medicamentos, la *simpatectomía torácica endoscópica* es otra opción terapéutica [28].

Brevemente, el uso de esta técnica quirúrgica se sustenta en el supuesto de que la actividad del sistema nervioso simpático de estos pacientes no funciona en forma apropiada. En este sentido, un trabajo de investigación sugiere que la eritrofobia se asocia a una tendencia del rubor facial a disiparse más lentamente [35]. A su vez, otra investigación mostró que pacientes con trastorno de ansiedad social que reportaron ruborizarse a menudo tenían una respuesta fisiológica de ruborización diferente a la de aquellos sin esta característica [19].

Los beneficios de la simpatectomía en el tratamiento de la sudoración facial se conocieron en la década de 1930; y en el tratamiento de la sudoración palmar, en la de 1950. Si bien la operación se propuso para tratar el sonrojo facial por primera vez en 1985 [36], recién en la década de 1990, con la introducción de las técnicas de videocirugía, se tornó un procedimiento sencillo.

La intervención, aunque lógicamente no está exenta de los riesgos inherentes a cualquier cirugía, es bastante segura. Su duración es inferior a una hora y, por lo general, el paciente permanece hospitalizado una noche, para ser dado de alta el día siguiente en la mañana. El paciente, en algunos casos, puede ser operado en forma ambulatoria.

La mejoría sintomática es rápida y habitualmente en horas, días, o semanas, se aprecian las ventajas de la operación. Entre el 80 y 90% de los pacientes refiere disminución significativa de la frecuencia e intensidad del sonrojo facial y una mejoría ostensible en su calidad de vida [12],[28],[37]. En la mayoría de los casos esto se traduce en creciente seguridad en uno mismo, mayor participación en actividades sociales (las cuales antes solían evitarse) y en, no rara vez, progresos en el ámbito laboral, o de las relaciones interpersonales.

El estudio de seguimiento de pacientes sometidos a simpatectomía torácica endoscópica más largo hasta ahora, incluyó 536 operados y mostró un porcentaje de éxito, como de satisfacción de los pacientes, de 73% después de 14 años. Según los autores, el menor grado de satisfacción de los pacientes, en comparación a lo expresado por ellos después de un período de seguimiento más corto, podría deberse a que los recuerdos asociados al sonrojo tienden a desvanecerse, en cambio la sudoración compensatoria persiste [38].

Se debe tener presente que solo el sonrojo facial de instalación rápida, desencadenado por situaciones sociales, responde bien a la cirugía. El sonrojo de la parte superior del pecho o del cuello, al igual que el rubor de instalación lenta y de larga duración, responden en forma deficiente [38],[39].

Las complicaciones son raras pero están descritas [28]. La sudoración compensatoria, es decir, la tendencia a sudar en forma excesiva en distintas partes del cuerpo, es el efecto secundario, irreversible, más frecuente y se observa en casi todos los pacientes sometidos a simpatectomía torácica endoscópica. El grado de sudoración varía según las personas, pero el 10% de los pacientes se arrepiente de haberse operado, principalmente debido a la sudoración compensatoria excesiva [40].

Debido a los riesgos asociados a la cirugía, los pacientes que consultan por sonrojarse solo deben ser operados como último recurso. Como se expresó con anterioridad, el sonrojo a menudo se presenta en el contexto del trastorno de ansiedad social, una condición para la cual existen tratamientos farmacológicos y psicológicos, cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada.

Conclusión

Con el advenimiento de Internet, las personas con rubor, antes demasiado avergonzadas para pedir ayuda, crecientemente han buscado la asistencia de los profesionales de la salud, incluso la cirugía. A cambio, los investigadores ahora le prestan más atención al sonrojo, por derecho propio o como parte del trastorno de ansiedad social. Si bien muchos pacientes con trastorno de ansiedad social se sonrojan, un número considerable de pacientes que se sonrojan no reúnen los criterios para dicho trastorno. Normalmente, la literatura científica no diferencia entre el sonrojo que es esperable en ciertos contextos y no limita al individuo, en comparación al rubor que causa dolor emocional e interfiere en forma importante con el funcionamiento académico/ocupacional de una persona, o sus relaciones interpersonales. Para destacar la importancia de hacer la distinción conceptual entre el sonrojo normal y su contraparte patológica, hemos acuñado la expresión *sonrojo patológico*. Solo en los últimos 10 a 15 años, esta condición ha sido una causa frecuente de consulta. Sin embargo, diversos tipos de tratamiento ya han mostrado su eficacia, aunque no están desprovistos de limitaciones y, por lo tanto, se están intentando nuevas estrategias terapéuticas, especialmente en el ámbito psicológico y farmacológico.

Notas

* No obstante, se ha descrito, y también me ha tocado entrevistar, personas que reportan haberse sonrojado en privado. Cuando ello ocurre, las situaciones que describen son, aunque solitarias, de carácter interpersonal. Varios pacientes me han relatado ruborizarse mientras hablaban por teléfono (o, por ejemplo, al recibir un llamado telefónico obscuro). En estos casos, se trata de personas que si bien están físicamente solas, viven una situación interpersonal y, además, están expuestas a una atención social que no buscaron y que les resulta desagradable.

** Esta investigación muestra que los pacientes que se quejan de sonrojo se ruborizan más y / o tienen una excitabilidad en general aumentada en situaciones sociales que los que no se quejan de sonrojo.

Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Financiamiento

El autor declara que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

1. Crozier WR, de Jong PJ. *The Psychological Significance of the Blush*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press; 2013.
2. Darwin C. *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (200th Anniversary Edition). New York: Oxford University Press; 1872/2009.
3. Leary MR, Britt TW, Cutlip WD 2nd, Templeton JL. Social blushing. *Psychol Bull*. 1992 Nov;112(3):446-60. | [PubMed](#) |
4. Jadresic E. *When Blushing Hurts: Overcoming Abnormal Facial Blushing* (2nd Edition). Bloomington: iUniverse, Inc; 2014.
5. Jadresic E. *When Blushing Hurts. Overcoming Abnormal Facial Blushing* (1st Edition). New York: iUniverse, Inc; 2008.
6. Janet P, Raymond F. *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Paris: Félix Alcan; 1903.
7. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Feb;53(2):159-68. | [PubMed](#) |
8. Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. Social Phobia: A comparative clinical study. *Br J Psychiatry* 1983; 142:174-179.
9. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO; 1993.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: APA; 2013.
11. Nicolaou M, Paes T, Wakelin S. Blushing: an embarrassing condition, but treatable. *Lancet*. 2006 Apr 22;367(9519):1297-9. | [PubMed](#) |
12. Jadresic E, Suárez C, Palacios E, Palacios F, Matus P. Evaluating the efficacy of endoscopic thoracic sympathectomy for generalized social anxiety disorder with blushing complaints: a comparison with sertraline and no treatment-santiago de chile 2003-2009. *Innov Clin Neurosci*. 2011 Nov;8(11):24-35. | [PubMed](#) |
13. Sanjuan J. *Evolución cerebral y psicopatología*. Madrid: Editorial Triacastela; 2000.
14. Jadresic E. Facial blushing: relevance of psychiatric consultation prior to surgery. *Clin Auton Res*. 2016 Apr;26(2):157-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
15. Licht PB, Pilegaard HK. Management of facial blushing. *Thorac Surg Clin*. 2008 May;18(2):223-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
16. Crozier W. *Blushing and the Social Emotions*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006.
17. De Jong PJ. Communicative and remedial effects of social blushing. *J Nonverbal Behav*. 1999;23:197-217. | [CrossRef](#) |
18. MacCurdy J. The biological significance of blushing and shame. *Br J Psychol*. 1930;21:174-182. | [CrossRef](#) |
19. Voncken MJ, Bögels SM. Physiological blushing in social anxiety disorder patients with and without blushing complaints: two subtypes? *Biol Psychol*. 2009 May;81(2):86-94. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Connor KM, Davidson JRT, Chung H, Yang R, Clary CM. Multidimensional effects of sertraline in social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2006;23:6-10.
21. Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Oct;45(10):1179-87. | [PubMed](#) |
22. Pelissolo A, Moukheiber A. Open-label treatment with escitalopram in patients with social anxiety disorder and fear of blushing. *J Clin Psychopharmacol*. 2013 Oct;33(5):695-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Mellander S, Andersson PO, Afzelius LE, Hellstrand P. Neural beta-adrenergic dilatation of the facial vein in man. *Acta Physiol Scand*. 1982;114:393-399.
24. Drummond PD, Lance JW. Facial flushing and sweating mediated by the sympathetic nervous system. *Brain*. 1987 Jun;110 (Pt 3):793-803. | [PubMed](#) |
25. van der Meer C. Pharmacotherapy of "idiopathic" excessive blushing and hyperhidrosis. *Acta Neurochir (Wien)*. 1985;74(3-4):151-2. | [PubMed](#) |
26. Krause MS, Nakajima ST. Hormonal and nonhormonal treatment of vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015 Mar;42(1):163-79. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
27. Blount BW, Pelletier AL. Rosacea: a common, yet commonly overlooked, condition. *Am Fam Physician*. 2002 Aug 1;66(3):435-40. | [PubMed](#) |
28. NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Endoscopic thoracic sympathectomy for primary facial blushing. Issued: February 2014. NICE interventional procedure guidance 480. | [Link](#) |
29. Drummond PD, Minosora K, Little G, Keay W. Topical ibuprofen inhibits blushing during embarrassment and facial flushing during aerobic exercise in people with a fear of blushing. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 Dec;23(12):1747-53. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Drummond PD. The effect of true and false feedback on blushing in women. *Pers Individ Dif* 2001; 30: 1329-1343. | [CrossRef](#) |
31. Bögels SM, Mulken S, de Jong PJ. Task concentration training and fear of blushing: practitioner report. *Clin Psychol Psychother*. 1997;4:251-258.
32. Bögels SM, Voncken MJ. Social skills training versus cognitive therapy for social anxiety disorder characterized by fear of blushing, trembling or sweating. *Int J Cogn Ther*. 2008; 1(2):138-150. | [CrossRef](#) |
33. Piet J, Hougaard E, Hecksher MS, Rosenberg NK. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive

- therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. Scand J Psychol 2010; 51: 403-410. | [CrossRef](#) |
34. Boeringa JA. Blushing: A modified behavioral intervention using paradoxical intention. Psycho Theor Res Pract. 1983;20: 441-444. | [CrossRef](#) |
35. Drummond PD, Back K, Harrison J, Helgadottir FD, Lange B, Lee C, et al. Blushing during social interactions in people with a fear of blushing. Behav Res Ther. 2007 Jul;45(7):1601-8. | [PubMed](#) |
36. Wittmoser R. Treatment of sweating and blushing by endoscopic surgery. Acta Neurochir (Wien). 1985;74(3-4):153-4. | [PubMed](#) |
37. Licht PB, Ladegaard L, Pilegaard HK. Thoracoscopic sympathectomy for isolated facial blushing. Ann Thorac Surg. 2006 May;81(5):1863-6. | [PubMed](#) |
38. Smidfelt K, Drott C. Late results of endoscopic thoracic sympathectomy for hyperhidrosis and facial blushing. Br J Surg. 2011 Dec;98(12):1719-24. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
39. Hashmonai M, Cameron AE, Licht PB, Hensman C, Schick CH. Thoracic sympathectomy: a review of current indications. Surg Endosc. 2016 Apr;30(4):1255-69. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
40. Licht PB, Pilegaard HK. Management of facial blushing. Thorac Surg Clin 2008; 18: 223-228.

Correspondencia a:

[1] Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
 Facultad de Medicina
 Universidad de Chile
 Avenida La Paz 1003
 Santiago de Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.