



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD
SOCIAL EN ADOLESCENTES EN EL CANTÓN
NABÓN.**

Autoras:

Soraya Cuesta Vallejo.; Andrea Machuca Brito.

Directores:

Mg. María Fernanda Coello Nieto

Cuenca – Ecuador

2022

Dedicatoria:

A mis padres, Mónica y Genaro que han sido un ejemplo de esfuerzo, responsabilidad y dedicación, a mis hermanos Genaro y Fernando quienes han estado presentes, preocupados y dispuestos a ayudarme en cada paso dado a lo largo de esta etapa tan importante en mi vida.

A todos mis amigos, especialmente a Dany y Mace que han estado conmigo desde hace muchos años; y a todos mis familiares que siempre mostraron su apoyo y creyeron en mí, cada uno de ellos ha sido un pilar fundamental para el cumplimiento de esta meta.

Soraya Cuesta Vallejo.

Dedicatoria:

Dedico esta tesis a mi mamá, Ignacia, el pilar fundamental de mi vida, quien ha sido ejemplo de perseverancia, de lucha, de humildad y amor. A mi hermana Adriana que junto con mi cuñado Pedro me han acompañado y apoyado en cada decisión que he tomado; y a mis sobrinos, Pedrito y Nathaly, quienes han sido mi motivación y la alegría de mis días.

También se la dedico a mi familia, maestros, amigos y cada persona que ha sido parte directa o indirectamente de este logro, Y, por último, a mi “yo” del pasado, quien no se hubiera imaginado todo lo que ha alcanzado y los obstáculos que ha superado.

Andrea del Rocío Machuca Brito.

Agradecimientos:

Gracias a mis padres y hermanos por siempre precautelar mi bienestar, ser mi motivación y por su apoyo incondicional no solo a lo largo de toda la carrera, sino, de toda mi vida; gracias por confiar en mí cada día, incluso en los momentos más difíciles y hacerme sentir llena de cariño, por cada una de sus palabras y consejos que me han guiado hasta aquí y me guiarán por el resto de mi vida, gracias por ser los motores fundamentales para el cumplimiento de esta meta, por esforzarse y proporcionarme cada cosa que he necesitado pero sobre todo, gracias por permitirme hoy ser parte de su orgullo.

Gracias a todos mis amigos y familiares, pues cada uno ha aportado un granito de arena para lograr este sueño; gracias Angie por pintar de colores estos cinco años de carrera con tu compañía.

Soraya Cuesta Vallejo.

Agradecimientos:

Agradezco principalmente a Dios por haberme guiado en todo este camino, por brindarme salud y por haberme puesto todas las oportunidades que he tenido en frente.

Le agradezco a mi mami, mi motivación más grande, por haberme regalado la oportunidad de estudiar, por, a pesar de las dificultades que ha tenido, no dejarme sola y hacer hasta lo imposible para que yo me siga preparando, gracias por amarme, por haberme sostenido en todas mis caídas y por cumplir todos mis deseos, gracias mamita. Gracias a mi hermana y a mi cuñado por siempre estar al pie del cañón, por ser mis cómplices, por tratar de facilitarme cada paso que doy y por protegerme. A mi sobrino Pedrito, mi compañero de vida, que ha sido mi mano derecha y mi paño de lágrimas en todo este camino, a mi sobrina Nathaly por ser el toque de dulzura e inspiración en mi vida, a mis tíos, tías y a toda mi familia, quienes han sido los promotores de todos mis alcances académicos y personales.

Agradezco a mis profesores, quienes no solo me han impartido conocimientos de la carrera, sino me han enseñado a ser un buen ser humano, una buena profesional y han se han convertido en mis amigos a lo largo de este proceso. De manera especial le agradezco a Fer, mi maestra, mi tutora, mi amiga y mi confidente, gracias por ayudarme en todo lo que necesite. Finalmente agradezco a mis amigos y a todos los que se han cruzado en mi camino y han dejado un granito de arena, gracias ellos son quien soy. Gracias Sory por acompañarme en estos 5 años de carrera, por quererme y por compartirme todo lo lindo que tienes en tu corazón.

Andrea del Rocío Machuca Brito

Índice De Contenidos:

Dedicatorias	i
Agradecimientos	iii
Resumen.....	6
Abstract	7
Planteamiento Del Problema.....	8
Capítulo 1: Marco Teórico.....	10
1.1. Trastorno de ansiedad Social:	10
1.2. Síntomas:.....	12
1.2.1. Las características clínicas del Trastorno de ansiedad social	12
1.3. Diagnóstico:	16
1.4. Dimensiones de la ansiedad social.....	18
1.4.1. Interacción con desconocidos.	18
1.4.2. Interacción con personas que nos atraen física y emocionalmente. (en el libro “con el sexo opuesto).	19
1.4.3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado.	19
1.4.4. Quedar en evidencia/Hacer el ridículo.....	20
1.4.5. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad.	20
1.5. Algunos datos sociodemográficos del TAS	21
1.6. Relación y diferencias entre personas tímidas y pacientes de TAS	22

		2
1.7.	Explicación evolutiva de los miedos sociales	23
1.8.	Modelo explicativo del TAS	25
1.9.	Tratamiento	27
1.9.1.	Tratamiento Psicológico	28
1.9.2.	Tratamiento Farmacológico:	32
1.10.	Cómo afecta el TAS en la vida de las personas:	32
1.11.	Desarrollo psicológico de un adolescente	35
1.12.	Variables relacionadas con ansiedad social en adolescentes.	38
Capítulo 2: Objetivos Y Metodología		40
2.1.	Objetivos De La Investigación:	40
2.1.1.	Objetivo General	40
2.1.2.	Objetivos Específicos.....	40
2.2.	Metodología	40
2.2.1.	Tipo De Estudio	40
2.2.2.	Población.....	40
2.2.3.	Muestra	41
2.2.4.	Criterios De Inclusión Y Exclusión	41
2.2.5.	Instrumentos.....	42
2.2.6.	Procedimiento	43
Capítulo 3: Análisis Y Resultados:		44
3.1.	Análisis estadístico.....	44

3.2.	Análisis Descriptivo.....	44
3.3.	Análisis relación Chi cuadrado (χ^2)	54
	Discusión:	56
	Conclusiones:	59
	Recomendaciones:	60
	Referencias Bibliográficas	61
	Anexos:	65

Índice de Figuras:

Figura 1.	Modelo explicativo del TAS	25
Figura 2.	Sesiones del Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social	31

Índice de Tablas:

Tabla 1.	Género.....	44
Tabla 2.	Etnia	45
Tabla 3.	Educación.....	46
Tabla 4.	Con quién vive	47

Tabla 5. Estado civil	48
Tabla 6. Vive con pareja	49
Tabla 7. Trabajo	50
Tabla 8. Ejercicio programado.....	51
Tabla 9. Familiar en tratamiento.....	51
Tabla 10. Estado psicológico afectado en pandemia	52
Tabla 11. Migración familiar	52
Tabla 12. Has sufrido discriminación	53
Tabla 13. Deuda familiar	53
Tabla 14. Análisis de relación de variables categóricas Chi Cuadrado (χ^2) entre fobia social y variables sociodemográficas	54

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana.”

Carl G. Jung.

Resumen

El trastorno de ansiedad social (TAS) se manifiesta mediante el miedo a parecer torpe, o lucir avergonzado; los pacientes tienen temor a los errores sociales, como atragantarse al comer en público, temblar cuando escriben o ser incapaces de tener un buen desempeño al hablar o tocar un instrumento musical, en general cualquier cosa que tenga que ver con la atención de los demás. (Morrison, 2015). El estudio fue realizado por la Universidad del Azuay en el cantón Nabón y sus parroquias en donde se buscó encontrar resultados sobre los padecimientos mentales de sus habitantes; para obtener los datos sobre el Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes se utilizó el test MINI y se lo relacionó con las variables de una ficha sociodemográfica aplicada. Se comprobó que existe una relación estadísticamente significativa entre fobia social y la edad comprendida entre 13 a 18 años.

Palabras clave: Ansiedad social, Adolescentes, Nabón, Test, Factores sociodemográficos, Variable.

Abstract

Social anxiety manifests itself through the fear of looking clumsy or feeling embarrassed; patients fear errors in public, like choking while eating in public, shaking when they write or being unable to speak or play an instrument, or in general any activity that is done in public with the attention of others. (Morrison, 2015). The study was carried by Universidad del Azuay in the canton Nabon and its parishes, where we searched to find results about mental disorders of its habitants. To find the data on social anxiety in adolescents we used the MINI quiz which was related to the variables of a sociodemographic record.

It was found that there is a significant relationship between social anxiety disorder and the age between 13 and 18 years.

Key words: Social anxiety, Adolescents, Nabón, Test, Sociodemographic factors, Variable.

Translated by:



Andrea Machuca Brito.

Soraya Cuesta Vallejo.

Planteamiento Del Problema

La ansiedad social o fobia social, ha sido reconocida como el tercer trastorno patológico más frecuente en las sociedades occidentales (Muñoz Murillo & Alpizar Rodríguez, 2016). Si bien es cierto, la ansiedad es una emoción adaptativa y sentir ansiedad social es una parte normal de la vida de muchas personas, hablamos de trastorno cuando la sintomatología como mariposas en el estómago, aumento de la frecuencia cardíaca, preocupaciones sobre lo que otros pensarán de ellos y dificultad para hablar con fluidez, tiene un impacto negativo debido a la frecuencia y la intensidad de esta (Hope, Heimberg, & Turk, 2010)

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y 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. Por lo tanto, la investigación sugiere que esta población es mucho más vulnerable a una ansiedad social debido a que es una etapa de grandes cambios en cuanto a expectativas, roles, relaciones e identidades (Carvajal Carrascal, Caro, & C, 2009)

En esta etapa las expectativas hacia relaciones sociales y las creencias, valores e ideologías de los amigos experimentan cambios; los jóvenes esperan mayor lealtad, apoyo e intimidad. Pueden sentirse solos en caso de que no hayan adquirido suficientes y adecuadas aptitudes para la interacción social y para enfrentarse con un ambiente social en constante cambio, o si lo que esperan en sus relaciones sociales son poco realistas (Heinrich & Gullone, 2006)

Es decir, el contexto social y los comportamientos sociales que manifiestan los adolescentes son la fuente principal de muchos de los conflictos de los adolescentes (Carvajal Carrascal, Caro, & C, 2009); siendo la capacidad de interacción social, de implicación en relaciones y de afrontamiento a estresores, los principales factores que influyen en su salud mental (Morrison, 1997, citado por Carvajal-Carrascal & Caro-Castillo, 2009).

Esta investigación está encaminada a corroborar la presencia del trastorno de ansiedad social en una población de adolescentes que se enfrentan a situaciones como migración, problemas económicos, bajo nivel escolar etc.; siendo estos, factores importantes que pueden desencadenar este trastorno. Se hará un análisis sociodemográfico en el que se refleje todo aspecto relevante para definir la presencia de una fobia social.

Capítulo 1: Marco Teórico

1.1.Trastorno de ansiedad Social:

La fobia social fue reconocida como entidad clínica independiente hace pocos años, y las primeras descripciones de vergüenza y timidez se remontan a los escritos de Hipócrates. Después, en el año 1879, Beard afirmó que entre las características de personas con ansiedad social están la desviación de la mirada y la inclinación de la cabeza hacia abajo. En 1895, Freud separó las fobias comunes de las fobias específicas dentro de las cuales se encuentran las fobias a situaciones sociales de las que habló Janet en 1903, refiriéndose a pacientes con miedo a ser observados mientras hablaban o escribían. Siete años más tarde Hartenberg expuso diversas formas de ansiedad social, que en ese entonces estaban bajo el término genérico de “timidez”. (Fernandez, 2006)

En el año 1966 Marks y Gelder hicieron la descripción diferenciada de la fobia social de otros trastornos de ansiedad. En 1970 Marks propuso una clasificación de las fobias en 4 tipos: Agorafobia, fobia social, fobia animal, fobias específicas. La fobia social es reconocida oficialmente como entidad clínica independiente con la publicación del DSM-III de la APA en el año 1980 siendo modificada siete años más tarde para incluir los subtipos generalizada y no generalizada. En 1985 Lie Bowitz se la señala como un “trastorno de ansiedad olvidada” por lo que surge la propuesta de cambiar su denominación, pasándose a llamar Trastorno de Ansiedad Social.

Según el DSM-IV (American Psychological Association, 1994), el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) es el miedo o ansiedad intensos que aparecen en situaciones sociales en la que el individuo se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de

cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores, es decir, los sujetos con fobia social temen que ese escrutinio sea embarazoso, humillante y les haga aparecer como tontos.

Es importante mencionar que el Trastorno de Ansiedad Social, también llamado fobia social, se caracteriza porque el individuo no tiene dificultades cuando realiza las mismas actividades en privado, de tal manera que “la conducta se deteriora sólo cuando los demás le están observando” (Barlow, 1988, pág. 535)

Dentro de los criterios diagnósticos del TAS, en el DSM-IV (American Psychological Association, 1994), se menciona, también, que el individuo con fobia social presenta una ansiedad de modo casi invariable ante la exposición de una situación social temida y que éste reconoce que su temor es excesivo o poco razonable. Las áreas del funcionamiento del individuo pueden verse interferidas por los síntomas de este trastorno, pues debido a la ansiedad intensa que es provocada por las situaciones sociales o la actuación en público pueden llevarle a la evitación, o a un fuerte malestar causado padecer esta fobia. (Alccalaico Mamani, 2012)

Entre las situaciones sociales más frecuentemente temidas por los sujetos con fobia social están: Iniciar y/o mantener conversaciones, acordar una cita con alguien, asistir a un evento, reuniones, congresos; comportarse asertivamente, hablar por teléfono, hablar con personas con autoridad, devolver un producto a la tienda donde lo ha comprado, hacer contacto visual con gente que no conoce, hacer y recibir cumplidos, hablar en público, actuar ante otras personas, ser el centro de la atención, comer o/beber en público, trabajar mientras le están observando, etc. (Bados, 2009)

Por lo tanto, las personas con fobia social temen o evitan situaciones en las que es posible la observación por parte de los demás (Echeburúa, 1995). Dentro de los factores cognitivos que pueden estar implicados en el mantenimiento o agravamiento del TAS están la sobreestimación de los aspectos negativos de su conducta, una excesiva conciencia de sí mismo, un temor a la evaluación negativa, unos patrones excesivamente elevados para la evaluación de su actuación y una percepción de la falta de control sobre su propia conducta. (Caballo, 1995)

1.2. Síntomas:

Entre las causas del trastorno de ansiedad social (TAS) se encuentra un déficit de habilidades sociales, falta de asertividad, sin embargo, también se pueden encontrar personas con ansiedad social en las que se presente una pobre capacidad de acción en situaciones sociales debido a un bloqueo de las habilidades sociales. Por esta razón en el tratamiento de este trastorno se ha incluido el entrenamiento en habilidades sociales. (Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares, Olivares., 2014, p 403).

Algunas personas con TAS pueden tener diversos síntomas que se pueden manifestar en circunstancias sociales que se encuentran fuera del círculo familiar, (Marina Alcalaico, 2012).

1.2.1. Las características clínicas del Trastorno de ansiedad social

Las personas con TAS suelen tener ciertas manifestaciones clínicas que se muestran en su forma de pensar, sentir y actuar.

Comportamiento: Conductas de escape o de evitación de las situaciones temidas, como, por ejemplo: inventar excusas para irse del lugar, optar por hablar mucho o quedarse callados, tener la mirada esquiva, consumir sustancias para desinhibirse o calmar la ansiedad, encontrar

conductas de seguridad como, por ejemplo, llevar consigo pastillas para la ansiedad, ubicarse siempre cerca de la salida, abrir ventanas, tener cosas en la mano durante la intervención en público. (Garrido et al., 2018, 34)

Sentimientos y emociones: sensación de agobio, nerviosismo, temor o ansiedad (en las situaciones sociales temidas); las emociones acarrear un componente fisiológico propio, por ejemplo, la aceleración de la respiración o el pulso en el nerviosismo, el aumento de la presión sanguínea en la ansiedad, rubor facial o temblores. (Garrido et al., 2018, 34)

Nivel cognitivo: Están presentes los pensamientos que exageran la amenaza real de la situación, se hacen presentes las anticipaciones negativas sobre uno mismo “se van a enojar conmigo” “voy a hacer el ridículo” “voy a quedar como un tonto” “pensarán que soy aburrido”. Los pacientes con TAS tienden a sobreestimar los resultados catastróficos, toman mucho en cuenta los síntomas físicos (“me pondré rojo como un tomate”) y pueden estar constantemente buscando señales de desaprobación o aburrimiento por parte de los demás y subestiman las propias capacidades teniendo ideaciones de fracaso propio o valoración excesivamente negativa de la propia actuación social. (Garrido et al., 2018, 34)

(Alcalaico Mamani, 2012, 64-65) Estas fobias también suelen acompañarse de una baja autoestima y lógicamente el miedo a las críticas. Los síntomas pueden resultar en una crisis de pánico y la conducta de evitación puede llegar a ser tan intensa que se han traducido en un aislamiento social casi absoluto. (Muñoz & Alpizar, 2016, 42)

El trastorno de ansiedad social suele confundirse con timidez por lo cual puede ser subdiagnosticado y subtratado. se presume que existe una contribución de factores genéticos, la cual es más fuerte en niños (53%) que en adultos (27%) esta puede incrementar la posibilidad de

padecer TAS, aún no se sabe cuales son los genes involucrados; pero para el desarrollo de este trastorno deben haber otros factores presentes en el área del contexto y la crianza por ejemplo: el condicionamiento, aprendizaje por observación de los padres y sus comportamientos, en un estudio se descubrió que la conducta desafiante paterna (no materna) como por ejemplo alentar en broma una conducta riesgosa puede disminuir el riesgo del trastorno de ansiedad social. (Leichsenring & Leweke, 2017)

Se sabe que la ansiedad siempre está acompañada por un componente biológico; los cambios a nivel orgánico se perciben como desagradables o molestos por lo que contribuyen al estado de ansiedad. A nivel fisiológico el cambio más característico es que aumenta la acción del Sistema nervioso autónomo; esto a nivel externo puede causar: sudoración, dilatación de pupilas, palidez facial, entre otros; los cambios a nivel interno pueden ser: aceleración cardíaca, descenso de la salivación, agitación, defecación, vómitos o temblor. (Albornoz García & Herrera, 2022)

Según Bados (2005) el TAS puede causar efectos sobre el comportamiento de la persona:

- Pasividad, inhibición: ausencia o limitación de la iniciativa, reacción o acción necesarias en un contexto. Son conductas poco evidentes y que pueden pasar desapercibidas, pero que pueden causar desajustes en el funcionamiento social de la persona.
- Huída, evitación: conductas que tienen el objetivo de no contactar con el estímulo o contexto que para la persona es aversivo. Puede causar problemas como la privación de experiencias cognitivas, sociales y afectivas necesarias.

- **Disrupción:** un comportamiento voluntario que está conducido a cumplir necesidades básicas que no están cubiertas o a impedir el desarrollo normal de las clases, de esta manera se obstaculizan los procesos de enseñanza y aprendizaje, y también los de convivencia, puede tener comportamientos como: ruidos corporales (tos, silbidos, risas) ruidos con objetos (golpear, o tirar cosas), levantarse constantemente del lugar.
- **Agresividad:** estado emocional de enojo, deseo de dañar a otra persona, animal u objeto, incluso a uno mismo, se puede manifestar con insultos, amenazas, o gritos (verbal) y con golpes, empujones o patadas (físicas) y puede ser dirigida contra sus iguales, contra figuras de autoridad y contra sí mismo o su entorno físico.
- **Oposicionismo:** actitud rebelde frente a figuras de autoridad sus requerimientos. Negación y rechazo del control, se puede manifestar con enfrentamientos agresivos, indisciplinas negativas, realizar actividades distintas a las propuestas.

(Alcalaico Mamani, 2012, 63) Es importante mencionar que el trastorno de ansiedad social también puede tener efectos adversos sobre el curso de otros trastornos mentales, por ejemplo, puede favorecer a la persistencia del abuso de sustancias, conducir a un curso más profundo de depresión incluyendo tendencias suicidas además de que causa la alteración del funcionamiento en roles sociales y menor tendencia a buscar ayuda. La mayoría de las personas con este trastorno mencionan tener dificultades psicosociales, por ejemplo, riesgo más alto de retirarse de sus estudios, menos productividad laboral por lo tanto su condición socioeconómica y su calidad de vida pueden disminuir. (Leichsenring & Leweke, 2017)

1.3.Diagnóstico:

Puesto que el Trastorno de ansiedad social puede ser definido como el miedo o ansiedad intensos que aparecen siempre en relación a una o más situaciones en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros, la persona teme ser valorado negativamente por parte de los observadores; según el CIE10 las fobias sociales pueden comenzar en la adolescencia, cuya característica principal es la evitación de situaciones sociales determinadas, sin embargo también están presentes algunas “fobias restringidas” por ejemplo la fobia a comer en público, hablar en público o los encuentros con el sexo opuesto. (Muñoz & Alpizar, 2016, 42)

Existen dos preguntas que se pueden realizar para diferenciar el TAS de otros trastornos de ansiedad:

- a) ¿Evita situaciones o actividades sociales?
- b) ¿Siente miedo o vergüenza en situaciones sociales?

Se puede diagnosticar el TAS teniendo en cuenta los criterios diagnósticos propuestos por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM--5):

- A. Miedo o ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales en las que la persona anticipa que será juzgada por otros; por ejemplo, sostener una conversación o reunirse con personas desconocidas, ser observado mientras come o bebe, participar en cualquier interacción social.
- B. Miedo a, por ejemplo, mostrar síntomas de ansiedad a los demás y ser evaluado negativamente.

- C. El miedo o la ansiedad muchas veces son provocados por situaciones sociales.
- D. La persona muchas veces tiende a evitar las situaciones sociales, si no lo hace, las soporta con miedo o ansiedad intensos.
- E. El miedo o la ansiedad se presentan en una medida desproporcionada a la amenaza real de la situación social.
- F. El miedo, ansiedad o evitación típicamente duran 6 meses o más.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar y daño significativo en lo social, laboral y otras áreas importantes para la funcionalidad.
- H. El miedo, ansiedad, o evitación no son atribuibles a efectos fisiológicos del uso de sustancias ni otra afección médica.
- I. El miedo, ansiedad o evitación no son síntomas de otros trastornos mentales.

Si hay otra afección presente como obesidad, desfiguración debido a lesiones, el miedo y ansiedad no están relacionados con este trastorno.

Cuando el miedo o la ansiedad son únicamente a actuar o hablar en público el trastorno de ansiedad debe ser especificado como ansiedad de actuación. (American Psychiatric Association, 2013, 202-203)

Códigos: DSM-5: 300.23. CIE 10: F40.10

Para hacer un diagnóstico efectivo, el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Otras pautas diagnósticas:

- Los síntomas psicológicos comportamentales o vegetativos (evitación, temblor en las manos, sudoración, náuseas) son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias. Los pacientes suelen acudir por estos síntomas más no por la causa de los mismos.
- Además de que estos síntomas se limitan únicamente a situaciones sociales concretas y determinadas.
- La situación fóbica (ámbito social) es evitada siempre que esto es posible.

(Muñoz & Alpizar, 2016, 43)

Es importante mencionar que cuando se identifica de manera temprana el TAS y sus comorbilidades (pacientes y profesionales) se puede brindar un tratamiento adecuado, y de esta manera evitar la progresión a una patología más severa (como el alcoholismo o la depresión).

(Muñoz & Alpizar, 2016, 45).

1.4. Dimensiones de la ansiedad social

Los Temores sociales se han agrupado en 5 dimensiones:

1.4.1. Interacción con desconocidos.

Dentro de esta dimensión se ha incluido a personas desconocidas o poco conocidas, sin tomar en cuenta a las personas por las que nos sentimos atraídos. Aquí las habilidades de iniciar y mantener conversaciones se ven perjudicadas, así como es notable la presencia de comportamientos no verbales como esquivar el contacto visual. Para esta dimensión el temor más grande es parecer “tonto” o “poco interesante”, también tienen miedo de causar molestia o

incomodidad a la otra persona, o tienen miedo de que los demás se lleven una impresión negativa. Algunos ejemplos de situaciones que se incluyen en esta dimensión son: (Garrido et al., 2018, 38)

- Salir con gente que casi no conozco.
- Participar en un grupo pequeño de personas desconocidas.
- Ir a una reunión y tener que hablar con los demás sin conocerlos.

1.4.2. Interacción con personas que nos atraen física y emocionalmente. (en el libro “con el sexo opuesto).

En esta dimensión el miedo gira en torno a resultar poco atractivo, aburrido o poco interesante, también se presenta el miedo a que nos rechacen, o que quede en evidencia nuestro gusto por esa persona (que nosotros a ellos no). El miedo se hace notorio especialmente en primeras citas, a la hora de iniciar interacciones con personas que nos atraen o mantener conversaciones con ellas, incluyéndose también situaciones en donde se debe expresar amor o afecto. Ejemplos de situaciones de esta dimensión: (Garrido et al., 2018, 39)

- Hablar de sentimientos con una persona que nos atraiga.
- Mantener una conversación con alguien que me atrae.
- Recibir piropos de alguien que me atrae.

1.4.3. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado.

Dentro de esta dimensión las generadoras de ansiedad son situaciones que requieran comportamientos asertivos como la defensa de derechos de consumidor, la expresión de los deseos propios, opiniones, molestias o diferencias con otras personas. (Garrido et al., 2018, 39)

Aquí el individuo tiene miedo de la desaprobación, el enfado o el rechazo por parte de los demás, piensa que la otra persona se ofenderá o que se arruine la relación, cree que pensarán que “es mala persona” o “no aguanta nada”, “es quejumbroso”. (Garrido et al., 2018, 39)

1.4.4. Quedar en evidencia/Hacer el ridículo.

Aquí se incluyen situaciones en las que el individuo puede sentirse observado por lo que teme quedar en ridículo frente a los demás, se hacen presentes autoevaluaciones negativas y baja autoestima; en esta dimensión el individuo tiene la idea de querer agradar a todo el mundo, por lo tanto teme parecer torpe o incompetente (dar una imagen negativa). Les teme a las burlas. (Garrido et al., 2018, 39)

- “Dar mi opinión y que no me entiendan”
- “Estar hablando y que nadie me haga caso”
- Comer en público.

1.4.5. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad.

Dentro de esta dimensión están dos tipos de situaciones:

- En las que el individuo debe hablar frente a un grupo que se considere numeroso de personas.
- Interacciones con figuras de autoridad, como jefes, profesores o individuos con una jerarquía social o laboral más alta.

En esta dimensión los pacientes tienen temor a parecer incompetente, equivocarse o que diga cosas que no les gusten a los demás, incluso temen que se den cuenta que está nervioso mediante los síntomas físicos. (Garrido et al., 2018)

1.5. Algunos datos sociodemográficos del TAS

Con respecto al género, según (Garrido et al., 2018), los datos obtenidos en estudios con la población general no son iguales que en la población clínica, puesto que en la primera la cifra de mujeres que padecen TAS es mucho más alta que la de hombres; y en la segunda la distribución de hombres y mujeres es similar. Esto podría deberse a las exigencias, expectativas sociales y roles de género a la que la vida de los hombres está expuesta.

Por otro lado, con respecto a la edad, los estudios indican que aquellos que presentan mayores tasas de TAS suelen ser los adultos más jóvenes (menores de 25 años). Según encuestas mundiales que han hecho comparaciones de 4 grupos de edad: entre 18 y 34 años, entre 35 y 49, entre 50 y 64, y 65 o más; en la mayoría de los países el grupo de menor edad suele ser el más afectado seguido del segundo más joven, disminuyendo la presencia del TAS a medida que aumenta la edad. (Garrido et al., 2018)

Teniendo en cuenta todos estos datos, inferimos, entonces, que el TAS aparece en edades tempranas. En el caso de los adultos, los estudios demuestran que su padecimiento se dio inicio en su adolescencia o en sus primeros años de la edad adulta. El inicio de este trastorno generalmente se evidencia entre los 12 y 18 años y en otros casos suele aparecer más tarde, entre los 16 y los 20 años. Sin embargo, es importante mencionar que existe un 30% de casos de TAS que han empezado antes de los 10 años. De esta manera podemos concluir que la adolescencia es la etapa más vulnerable a un padecimiento de TAS, pudiéndose dar también en la infancia.

Otro dato importante es que existen pruebas que indican que la aparición de TAS es una edad más temprana se lugar en aquellas personas que padecen una ansiedad social más generalizada que en aquellos que manifiestan menos variedad y cantidad de temores sociales. (Garrido et al., 2018)

1.6.Relación y diferencias entre personas tímidas y pacientes de TAS

Si bien es cierto la timidez, muchas de las veces, se ve reflejada en sentimientos de vergüenza, inhibición o incomodidad para realizar actividades que impliquen a personas desconocidas; estos síntomas ya son indicios de una tendencia o predisposición duradera y no solo una reacción ante una situación determinada. Es decir, la timidez, como rasgo, es un factor predisponente para responder con una elevada ansiedad, una notable conciencia de sí mismo y retraimiento en una serie de contextos sociales. Por lo tanto, la Ansiedad Social está altamente relacionada con las conductas asociadas a la timidez. (Garrido et al., 2018)

Sin embargo, existen diferencias claras de estos dos padecimientos que se deben tener en cuenta:

1. “El grado de deterioro social y laboral en los sujetos con el trastorno suele ser mucho mayor que en aquellos sujetos considerados tímidos. Aunque estos últimos se encuentren incómodos en situaciones sociales, no llegan a estar tan perturbados como para que su funciona-miento académico, social o laboral esté deteriorado.”
2. “La timidez suele tener un comienzo más temprano que la ansiedad social.”
3. “El TAS es una condición crónica, mientras que la timidez podría ocurrir en épocas tempranas de la vida y luego desaparecer para muchos individuos.”

4. “La evitación suele asociarse mucho más con el TAS que con la timidez, siendo su gravedad mucho mayor en el TAS que en la timidez” (Garrido et al., 2018)

“La timidez y el TAS no son lo mismo, y aunque parecen correlacionarse, no todos los sujetos tímidos llegan a desarrollar un TAS y no todos los que tienen un TAS fueron personas tímidas” (Garrido et al., 2018)

1.7. Explicación evolutiva de los miedos sociales

Según (Garrido et al., 2018), la ansiedad social en humanos viene de nuestro sistema de vivir en grupos y es parte de nuestra genética, esta nos ayuda a evaluar la probabilidad y el grado de amenaza o dominancia que representan los demás y nos permite vivir juntos en paz, manteniendo un sutil equilibrio entre agresión e inhibición.

Por lo tanto, para que una persona desarrolle altos niveles de ansiedad, debe haber interpretado erróneamente la conducta de los demás como manifestaciones de poder y competencia, de tal manera que responde con conductas que señalan sumisión y como consecuencia “bloquea sus propias interacciones espontáneas, se esconde, se rebaja, sonrío con apariencia apaciguadora, presta atención de forma ansiosa y trata de agradar” (Garrido et al., 2018).

El principal miedo del ser humano se basa en el temor al rechazo como resultado de ser abandonado por un grupo. La expulsión del propio grupo social (que incluye monos, chimpancés o humanos) significa que el sujeto tiene que defenderse en un entorno potencialmente peligroso que amenaza nuestra supervivencia, es decir, la expulsión puede causar la muerte. (Garrido et al., 2018)

Las personas con TAS presentan una alta vulnerabilidad a la evaluación negativa lo que les convierte en seres hipervigilantes, sin embargo, esta hipervigilancia no le asegura al individuo el ser aceptado por un grupo determinado. Es aquí en donde aparecen otras respuestas de ansiedad como el escape, la lucha, el bloqueo o una mezcla de las tres; acompañadas de síntomas como respiración acelerada, aumento de la tasa cardiaca, sudoración, tensión muscular, temblores, rubor, etc. Estos síntomas al contrario de ayudar a la seguridad de la persona ansiosa, pareciera que anima al individuo más fuerte a atacar. (Garrido et al., 2018)

Si un ser humano dedica su vida a descubrir y analizar las interacciones, intente anticiparse a cada una de ellas y además no pierda de vista cada detalle que le indique aceptación y permanencia, le resultará una misión imposible el poder relajarse y disfrutar de la compañía de los demás, además descenderá respuestas biológicas de una amenaza física. (Garrido et al., 2018)

1.8. Modelo explicativo del TAS

Figura 1.

Modelo explicativo del TAS



Nota: Adaptado de Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social

(IMAS), Garrido et al., 2018

En el origen del TAS existe una interrelación de las variables biológicas y psicosociales en un individuo.

Los factores presentes en una vulnerabilidad biológica del individuo son:

1. “La *heredabilidad del TAS y de los miedos en general* (por ejemplo, si hay familiares en línea ascendente con trastornos de ansiedad).”
2. “Un tipo de temperamento denominado *inhibición conductual*, con el que nace aproximadamente un 15 % de las personas y que se caracteriza inicialmente por comportamientos tales como llantos, berrinches, temor a quedarse a solas, a los desconocidos y a lo novedoso, o asustarse ante estímulos llamativos.”
3. “La labilidad del sistema nervioso autónomo (una elevada activación autónoma), sobre todo entre quienes tienen un mayor nivel de gravedad en el espectro de la ansiedad social.”
4. “La sensibilidad a la ansiedad (por ejemplo, mostrar temor cuando experimentan síntomas físicos o mostrar preocupación porque los demás se den cuenta de sus síntomas físicos o su nerviosismo).” (Garrido et al., 2018)

Por otro lado, para evaluar la vulnerabilidad psicológica de las personas con TAS es importante comenzar revisando la crianza que recibieron de parte de sus padres o tutores, las habilidades de afrontamiento que incorporan a su repertorio y las experiencias que han tenido.

Por ejemplo, los estilos de crianza en los que existe un alto nivel de control y en los que se utiliza la vergüenza como un método de disciplina, conlleva a que el individuo maneje un procesamiento de la información sesgado hacia la evaluación negativa por parte de los demás. (Garrido et al., 2018)

Las personas con vulnerabilidades biológicas y psicológicas. Pueden presentar miedos sociales a partir de la exposición de una persona a situaciones sociales estresantes. Estos miedos se conducen por tres vías de aprendizaje: la experiencia directa (condicionamiento clásico), el modelado o aprendizaje por observación y el aprendizaje por medio de la información o instrucción. (Garrido et al., 2018)

La respuesta habitual de ansiedad se da cuando las personas ya han recibido un aprendizaje de que cierta situación social es “peligrosa”. Esta respuesta de ansiedad se empieza a producir de una manera constante como un mecanismo direccionado a provocar que el organismo reduzca el supuesto peligro. (Garrido et al., 2018)

Los aspectos biológicos y psicológicos del paciente pueden ayudar a comprender la naturaleza del problema, pero estos no se pueden cambiar. De tal manera que es más apropiado concentrarse en los factores actuales que contribuyen al problema de ansiedad. (Garrido et al., 2018)

1.9.Tratamiento

El Trastorno de ansiedad social ha sido de interés para los investigadores a partir de los años 80 puesto que esta es la fecha en la que el TAS se incluye al DSM-III, esta se considera una patología subdiagnosticada y subtratada, debido a la falta de información en clínicos, en la población, la minusvaloración de síntomas y el hecho de que por la naturaleza misma del trastorno se dificulta pedir ayuda, sin embargo, actualmente existen varias alternativas para su tratamiento, tanto psicoterapéuticas como farmacológicas. (Baesa Velasco, 2007)

1.9.1. Tratamiento Psicológico

Intervención Cognitivo Conductual (TCC): Existen investigaciones empíricas que sugieren que la TCC es una alternativa eficaz para tratar el Trastorno de ansiedad social, pues se ha mostrado que la intervención de la TCC tiene un mayor beneficio que los placebos e incluso el asesoramiento de apoyo, incluso la mejora de los pacientes con este trastorno es evidente de forma rápida después del tratamiento y en los seguimientos. (Luterek et al., 2003, 572) Dentro de esta terapia se realizan diferentes técnicas como por ejemplo la técnica de exposición, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en habilidades sociales.

- **Exposición:** Consiste en realizar un enfrentamiento a la situación temida en vivo o mediante la imaginación, de manera gradual, y da la posibilidad de que la persona vaya corrigiendo su miedo poco a poco hasta que se produzca la extinción de los síntomas. (Baesa Velasco, 2007)
- **Reestructuración cognitiva:** esta técnica se basa en la idea de que los Trastornos de ansiedad surgen como creencias desadaptativas sobre uno mismo o los demás, y estas son implantadas a temprana edad, por lo que los síntomas son una respuesta aprendida, entonces la técnica de reestructuración cognitiva ayuda al paciente a replantear estas ideas para lograr que el paciente vea el mundo de una forma más realista. (Baesa Velasco, 2007)
- **Relajación:** es una forma de entrenamiento en la que se le enseña al paciente a identificar los momentos de ansiedad y cómo manejarlos mediante ejercicios de relajación y respiración.

- Entrenamiento en actividades sociales: puesto que se cree que el TAS nace de una carencia en las habilidades sociales o por la inhibición de estas habilidades, por lo que esta técnica es una forma de impartir nuevas habilidades para mejorar el área social, o permitir al paciente que desarrolle sus habilidades que ya han sido adquiridas, una parte del aprendizaje de habilidades sociales es el entrenamiento en asertividad y la capacidad para iniciar o mantener una conversación. (Baesa Velasco, 2007)
- Terapia de grupo (TCC): la terapia grupal por medio de un tratamiento cognitivo conductual puede ser muy útil para tratar este trastorno, puesto que se pueden realizar varias de las técnicas dentro del mismo grupo, por ejemplo, la exposición que se da casi automáticamente por el simple hecho de ser “*Terapia grupal*”. Se indica que no existen investigaciones de qué tipo de terapia es la mejor, sin embargo, ambas ramas dan resultados positivos. (Baesa Velasco, 2007)

Tratamiento de Terapia Psicoanalítica: Dentro del tratamiento por la rama del psicoanálisis se parte identificando las necesidades psicológicas básicas como el apego o la aprobación que están relacionados con las relaciones sociales, por lo tanto las interacciones sociales son una fuente directa de gratificación o frustración, entonces, una carencia de aceptación durante el desarrollo puede crear sentimientos de debilidad y ansiedad; por otro lado, si los cuidadores brindan un apoyo correcto, el individuo puede desarrollar sentimientos de seguridad y de que las necesidades psicológicas también serán satisfechas en el futuro. (Baesa Velasco, 2007)

Cuando un niño crece en un ambiente crítico puede llegar a convertirse en una persona ansiosa socialmente, de hecho, crecer en este ambiente es una característica común entre las personas con TAS puesto que la parte crítica en la niñez influye mucho en la seguridad

interpersonal. El mecanismo de defensa de la Proyección es el más presente dentro de las fobias. Pueden salir a la luz sentimientos de agresión, conscientes o inconscientes, durante las interacciones sociales cuando se genera un ambiente de conflicto o competencia. (Baesa Velasco, 2007)

Dentro de la rama del psicoanálisis se pone énfasis en que la psicoterapia por sí sola es una fuente importante de material clínico puesto que dentro de esta pueden salir muchos sentimientos relacionados con la ansiedad social, por ejemplo, los pacientes pueden llegar a percibir que el terapeuta les está criticando, o tener sentimientos de dependencia. (Baesa Velasco, 2007)

Terapia de apoyo psicológico: en esta rama terapéutica la idea central es que el terapeuta tiene un rol de ayudar, es decir, el tratamiento terapéutico va a comunicar aceptación, afecto, y comprensión con el fin de brindar seguridad al paciente, estas terapias de apoyo pueden incluir un marco teórico psicodinámico. (Baesa Velasco, 2007)

1.9.1.1. Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)

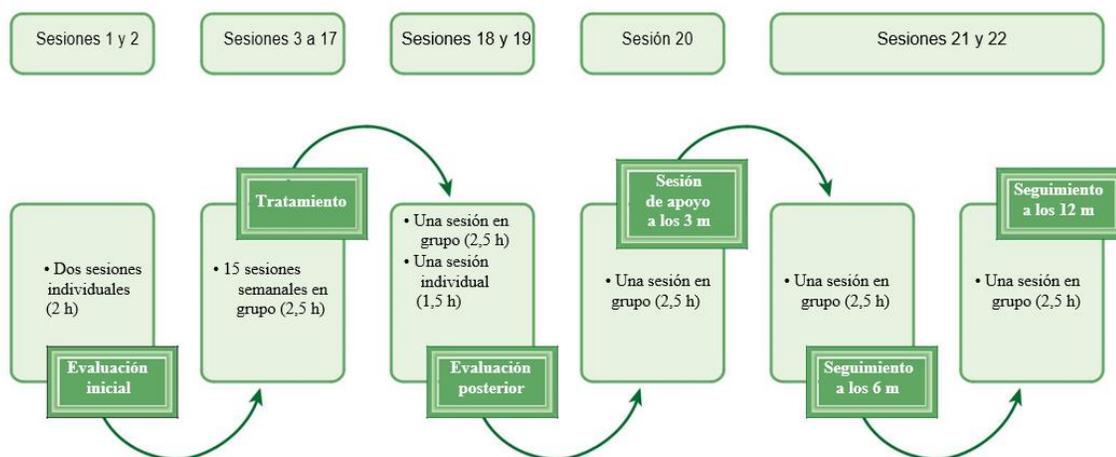
(Garrido et al., 2018) proponen este programa que incluye información sobre la ansiedad social, así como ejercicios y tareas para casa. Esta intervención evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: interacción con desconocidos, interacción con el sexo opuesto, expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, quedar en evidencia/hacer el ridículo, hablar en público/interacción con personas de autoridad.

Este programa tiene como objetivo lograr la exposición a aquellas situaciones sociales deseadas pero evitadas, reduciendo o eliminando su tendencia a evitarlas, además pretende también desarrollar las competencias cognitivas, conductuales y emocionales que le permitan afrontar las situaciones sociales evitadas y reducir su vulnerabilidad a la ansiedad, modificando su tendencia a procesar de modo amenazante las situaciones sociales y sus actitudes hacia las mismas. (Garrido et al., 2018)

El programa IMAS está diseñado para darse como intervención grupal está planteado en formato de intervención grupal, con un número máximo de 10 integrantes, mismo que participará en 22 sesiones cada uno (Figura). El grupo estará dirigido por un psicólogo de orientación conductual o cognitivo conductual

Figura 2.

Sesiones del Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social



Nota: Adaptado de Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social

(IMAS), Garrido et al., 2018

El programa IMAS tiene ocho componentes básicos: psicoeducación, educación en valores, entrenamiento en aceptación, entrenamiento en atención plena (*mindfulness*), reestructuración cognitiva y desvinculación de los pensamientos, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y tareas para casa

1.9.2. Tratamiento Farmacológico:

Para tratar el Trastorno de ansiedad social la principal recomendación son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) un ejemplo de este medicamento es la paroxetina; el TAS puede tener comorbilidad con trastornos de depresión, angustias u obsesivos compulsivos para lo cual este mismo medicamento también se encuentra indicado. (Baesa Velasco, 2007)

Las Benzodiazepinas (clonazepam, alprazolam, bromazepam) también han sido utilizadas dentro del TAS sin embargo no son consideradas como un medicamento principal puesto que tienen efectos adversos como somnolencia y alteraciones cognitivas. (Baesa Velasco, 2007)

Es importante mencionar que algunos autores refieren que la farmacoterapia y la TCC son prácticamente igual de eficaces a la hora de tratar el TAS, sin embargo, los pacientes tratados únicamente con medicación tienden a mejorar dentro del primer año, pero el riesgo de recaída es alto en cuanto se discontinúa la medicación, por otro lado, la TCC muestra una baja necesidad de continuación y poco riesgo de recaída.

1.10. Cómo afecta el TAS en la vida de las personas:

Las presentes “conductas de evitación” llevan a la persona a alejarse por completo de las situaciones sociales, por lo tanto:

- No va a sitios que no le sean familiares.
- A la hora de una exposición pueden pedir a un compañero que se haga cargo de esta.
- A la hora de hablar con personas del sexo opuesto no se acerca a ellas o rechaza invitaciones, inventa excusas. (Garrido et al., 2018, 42)

Las conductas de este tipo le hacen “sentirse a salvo” pues así no genera ansiedad. A largo plazo las actividades del individuo pueden tornarse cada vez más limitadas, así que su vida social y laboral se verá reducida. Está consciente de que ha perdido varias oportunidades de conocer a personas nuevas o fortalecer relaciones con aquellos que le importan, incluso de alcanzar objetivos profesionales. El paciente con TAS, al final consigue que los demás lo dejen de lado y ya no cuenten con ella para las diferentes actividades sociales, sucede lo que no quería que suceda, por lo que los sentimientos de insatisfacción e infelicidad aumentan, y la ansiedad también tiende a aumentar bajo la idea de que uno “no es capaz de lidiar con ella”. (Garrido et al., 2018, 43)

Las conductas de seguridad como tomar pastillas antes de una exposición, asistir a clase, o a reuniones de trabajo sin realizar preguntas, no acercarse a quién les atrae sin antes haber bebido alcohol, situarse en la parte de atrás del salón para pasar inadvertidos. Como consecuencia de estas “conductas de seguridad” se pierde la ocasión de tener nuevas experiencias, de expresar y contribuir con opiniones logrando que los demás conozcan sus gustos y preferencias. Cuando las personas piensan que estas conductas les han permitido superar las situaciones temidas tienen la sensación de que pueden continuar haciéndolas, con esto logran menos oportunidades de aprender formas más adaptativas frente a la ansiedad. (Garrido et al., 2018, 43)

En cuanto al nivel de rendimiento o de funcionamiento laboral o social se ve perjudicado (cuando no es posible el escape o evitación). Por ejemplo, una persona cuyo trabajo pertenece a actuar en público, como bailarines o músicos, ellos no pueden evitar sus presentaciones, por lo que cuando llevan sus ensayos en forma privada todo parece ir bien, sin embargo, al momento de aparecer en público, las condiciones cambian a una manera negativa. También se presenta en el mundo profesional cuando se deben exponer trabajos finales, proyectos de cursos, defender máster o tesis. También los profesionales que deben interactuar con más personas se ven perjudicados. (Garrido et al., 2018, 44)

Se pueden obtener consecuencias graves también en el área personal y social pues existe un miedo irracional a la evaluación (y que esta resulte negativa) por parte de los demás. Las conductas de evitación o de seguridad alejan a las personas con TAS de situaciones con las que pueden llevar a cabo su vida de una forma “normal”; el grado de afectación puede variar según las circunstancias. (Garrido et al., 2018, 44)

El funcionamiento social, académico y/o laboral de una persona con TAS se ve perjudicado pues en las relaciones con los demás pueden ser más retraídos, aislados y torpes a la hora de interactuar, tienen menos amigos, se resisten a la vida social, tienen dificultades para conseguir pareja, en lo académico o laboral, se espera que participen menos en las clases/reuniones, los trabajos sean realizados en solitario, tengan menos presentaciones orales, realizar cualquier conducta que les permita “pasar desapercibidos) lo que se traduce en que no se les reconozca sus capacidades intelectuales o profesionales y tengan menos oportunidades para incrementar su formación. (Garrido et al., 2018, 45)

1.11. Desarrollo psicológico de un adolescente.

La adolescencia es una etapa de crecimiento, aquí surgen conflictos que dan como resultado conductas que podrían llevar a consecuencias graves, es por esto que quienes están en esta etapa son una población vulnerable ante el trastorno de ansiedad social. Esta vulnerabilidad es consecuencia de una necesidad constante de adaptación a cambios físicos, psicosociales y a eventos contextuales en este periodo se pueden evidenciar aspectos como los conflictos familiares, inestabilidad emocional, falta de comunicación con los padres y dificultad para satisfacer las expectativas de estos. Por lo tanto, se pueden ver afectados algunos factores que influyen en la salud mental de un adolescente como lo son: la capacidad de interacción social, de implicación en relaciones y de afrontamiento a estresores. (Samaniego Pino & Buenahora Bernal, 2016)

La etapa adolescente no tiene únicamente cambios físicos si no a nivel psicológico, los cuales están caracterizados por:

En la primera adolescencia (12 a 14 años) se puede presentar una lucha independencia-dependencia, dentro de la cual la relación padres-hijo/a se torna difícil, con mayor recelo y confrontaciones o quejas frecuentes; el humor de los adolescentes es cambiante o pueden generar un vacío emocional.

En la adolescencia media (15 a 17 años) los conflictos generados en la etapa anterior llegan a su punto máximo y empiezan a descender con el extra de que el adolescente ha desarrollado mejores capacidades de integración y una mayor independencia y madurez, para los 18 a 21 años buscan de regreso los valores de la familia como una forma de “regreso al hogar”. (Iglesias Diz, 2013, 91)

Durante la etapa adolescente surge también una preocupación por el aspecto corporal puesto que la pubertad viene de la mano con cambios tanto físicos como psicológicos y estos pueden crear cierta preocupación en los adolescentes sobre todo en el inicio de esta etapa, donde pueden sentirse inseguros respecto a su apariencia física, generan un rechazo a su cuerpo y crece el interés por la sexualidad; más tarde en la adolescencia media empiezan a aceptar su cuerpo, sin embargo seguirán preocupándose por su apariencia externa y finalmente entre los 18 y 21 años disminuye la importancia de la parte externa generando una aceptación del propio cuerpo. (Iglesias Diz, 2013, 92)

Se destaca la característica de la necesidad de integración en el grupo de amigos pues esta es indispensable para que el adolescente desarrolle habilidades sociales. La amistad durante esta etapa se torna muy importante pues el adolescente tiende a desplazar el apego que estaba en los padres hacia sus amigos; aquí empiezan a relacionarse con el sexo opuesto por lo que aparecen las relaciones de pareja que suelen ser de alta intensidad emocional. Más tarde, para la adolescencia media empiezan a verse grupos de adolescentes, pandillas (jorgas), grupos de deporte, clubs; distinguen sus gustos de música, presentan signos de identidad como por ejemplo tatuajes, moda, piercings y por último de los 18 a 21 años las relaciones amistosas disminuyen logrando que la persona se centre en un círculo social pequeño o en una relación de pareja más o menos estable. (Iglesias Diz, 2013, 92)

El desarrollo de la identidad es otra característica importante de la etapa adolescente; durante la primera adolescencia pueden percibir el mundo como algo positivo, o un “mundo ideal” por lo tanto se plantean objetivos irreales. Buscan una mayor privacidad, por lo que rechazan la presencia de los padres en sus asuntos. Más tarde generan una mayor empatía, acompañada de creatividad y un pensamiento más centrado, por lo que sus objetivos se vuelven

realistas; sin embargo, también pueden adoptar conductas de riesgo debido a que aún se sentirán de cierta manera “omnipotentes”. Luego en los 18 y 21 años los adolescentes cambian a un pensamiento más racional, se vuelven más realistas y comprometidos, se consolidan sus valores morales, religiosos y sexuales y pueden desarrollar comportamiento próximo a los del adulto maduro. (Iglesias Diz, 2013, 93)

El TAS suele comenzar en la niñez y mostrar e intensificarse progresivamente, por ello que solo un cuarto de individuos supera este trastorno espontáneamente; además este trastorno se puede considerar un factor de riesgo para el posterior desarrollo de otros trastornos como puede ser el depresivo o el abuso de sustancias. En cuanto a la población infantil y adolescente este trastorno aún es un desafío para los científicos pues la frecuente presencia de comorbilidad dificulta la estimación de que tanto el deterioro y la incapacidad son consecuencias únicamente del Trastorno de Ansiedad Social y no de otros trastornos comórbidos que pueden estar presentes. (García et al., 2008, 505)

A comparación de los adultos que se tienen bien documentadas las manifestaciones de este trastorno, en la adolescencia se conoce mucho menos sobre cómo se presenta, cabe mencionar que este periodo al ser demasiado amplio e inespecífico en donde se da el crecimiento y desarrollo. En un estudio realizado por Rao. Et. AL en 2017 en donde se comparan las características del TAS en niños y adolescentes se encontró que ambas poblaciones comparten ciertos criterios, en los niños se presenta un grado patológico más amplio, mientras que en la población adolescente se ha mostrado que como resultado de su trastorno se ven interferidas fuertemente el área social y el desarrollo funcional, también sugieren que el entrenamiento en habilidades sociales es necesario dentro del tratamiento terapéutico en ambos grupos, pues se ha demostrado que quienes padecen TAS tienen un déficit en habilidades sociales (en los niños el

deterioro es más fuerte); se tiene en cuenta la importancia de las técnicas de exposición en el tratamiento para los adolescentes, pues existe malestar social; en la población adolescente está más presente la evitación por lo que es importante que dentro de la terapia se desarrollen tareas en las que el paciente tenga que afrontar y exponerse ante las situaciones temidas generadoras de ansiedad. (García et al., 2008, 504)

1.12. Variables relacionadas con ansiedad social en adolescentes.

Debido a que la etapa de la adolescencia es de crecimiento y maduración en donde se obtienen múltiples resultados y cambios relacionados a expectativas, roles, relaciones e identidades; es probable que se produzcan conflictos que se traducen en conductas que podrían llevar a consecuencias graves (Carrascal & Castillo, 2009). Esta población presenta una necesidad de adaptación a cambios físicos, psicosociales y a factores del contexto, lo que la hace vulnerable a la aparición de problemas relacionados con la salud mental, emocional y social. Dichas necesidades se van incrementando a partir de una mayor carga emocional por conflictos en la familia, falta de comunicación con los padres, rechazos y dificultades para lograr lo que desean o para satisfacer las expectativas de los padres (Carrascal & Castillo, 2009).

Como variables relacionadas con la ansiedad social en esta población, están las expectativas que se desarrollan en esta etapa, mismas que están enfocadas en las relaciones sociales y las creencias, es presumible que los valores e ideologías de los amigos experimenten cambios; los jóvenes esperan mayor lealtad, apoyo e intimidad. En este caso, si los adolescentes no han adquirido las suficientes habilidades y aptitudes para una adecuada interacción social y para enfrentar un ambiente social en constante cambio o si idealizan relaciones sociales poco realistas, pueden sentirse solos o aislados. (Heinrich & Gullone, 2006)

Muchos de los problemas que se presentan en esta etapa se asientan en el contexto social y los comportamientos sociales que manifiestan los adolescentes, siendo los principales influyentes en su salud mental la capacidad de interacción social, de implicación en relaciones y de afrontamiento a estresores (Carrascal & Castillo, 2009).

La ansiedad social en un adolescente puede verse reflejado en sus conductas oposicionistas, incumplimiento, quebrantamiento de las normas, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, escasa capacidad para controlar conductas impulsivas o de hiperactividad, dificultades en atención, concentración y retención y su funcionamiento social es deficitario, con relaciones sociales disfuncionales, e inclusive puede llegar al aislamiento e inhibición social (Alcalaico Mamani, 2012).

El diagnóstico de trastornos mentales en niños y adolescentes puede ser todo un desafío pues los síntomas suelen presentarse de forma variada. Aún existe la creencia de que algunos síntomas de trastornos como depresión y ansiedad son comportamientos enfocados en la búsqueda de llamar la atención, pero con un diagnóstico y tratamiento oportuno se puede reducir el impacto negativo del trastorno. (Ospina-Ospina, 2011)

Capítulo 2: Objetivos Y Metodología.

2.1.Objetivos De La Investigación:

2.1.1. Objetivo General

Determinar la presencia del trastorno de ansiedad social en adolescentes del cantón Nabón.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Describir la ansiedad social en pacientes adolescentes.
- Demostrar la presencia de sintomatología del trastorno de ansiedad social en adolescentes del cantón Nabón.
- Analizar la ansiedad social en adolescentes del cantón Nabón de acuerdo a sus factores sociodemográficos.

2.2.Metodología

2.2.1. Tipo De Estudio

Esta investigación es no experimental, cuantitativa, transversal y se usará estadística descriptiva.

2.2.2. Población

El universo de esta investigación está conformado por 14.085 habitantes. La muestra será polietápica. Del total de la población se procederá a obtener una muestra de todos los adolescentes que deseen participar entre 10 y 19 años, residentes del

cantón Nabón. Debido a que la confidencialidad es un principio ético, se contó con la autorización de cada participante para salvaguardar su integridad y garantizar su participación voluntaria.

2.2.3. Muestra

Puesto que el objetivo de esta investigación es detectar la presencia de sintomatología del Trastorno de Ansiedad Social se tomará en cuenta a todos los adolescentes del cantón Nabón que deseen participar, en un periodo de 5 meses de levantamiento de información con el uso de encuestas aplicadas a domicilio.

2.2.4. Criterios De Inclusión Y Exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Que tengan entre 10 y 19 años cumplidos. • Ser moradores del cantón Nabón o sus parroquias. • Tener deseo de participar. • En caso de menores de edad, tener autorización de sus representantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener más de 19 años cumplidos. • No pertenece al cantón Nabón ni sus parroquias. • En caso de menores de edad, no contar con el consentimiento de sus representantes. • No querer participar.

Nota: Aspectos a considerar para la elección de la muestra

Consentimiento informado:

Con esto se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en esta investigación; en el caso de los menores de edad participantes se le solicita este consentimiento a sus padres, aquí se les brinda información sobre lo que se va a realizar y se menciona la confidencialidad.

2.2.5. Instrumentos**Ficha Sociodemográfica:**

Este instrumento pretende recopilar datos de la persona a nivel psicosocial, también es adaptable dependiendo de los criterios de investigación.

Su uso en esta investigación es identificar variables, entre ellas, edad, residencia, estado civil, género, ocupación, miembros de hogar, presencia de migración).

Test Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos (MINI):

Esta es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del eje 1 de la CIE-10 y DSM-IV, que nos ayudará a identificar a quienes presenten o presentaron TAS; la validez de este test es en su especificidad con un 96.3%, un valor predictivo positivo de 61.9%, un valor predictivo negativo de un 95% y una validez discriminante del 70.3%. El apartado del test MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos) que se utilizará será el literal “h”, perteneciente al trastorno de ansiedad social, el cual consta de cuatro preguntas a evaluar.

2.2.6. Procedimiento

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se aleatorizarán todas las viviendas del Cantón; se definirá para cada una de las viviendas seleccionadas, la unidad de análisis de la cual se levantará la información, de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizará el criterio del vecino más cercano, es decir, se ubicará una unidad de análisis en la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas fue aleatorizada para otra unidad de análisis, cuando le corresponda, se utilizará nuevamente el criterio del vecino cercano.

Una vez que contamos con la presencia del sujeto y su autorización con el consentimiento informado se les realizará una ficha sociodemográfica y se les aplicará el test MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica internacional para adultos); los datos obtenidos son confidenciales, esta investigación utiliza estadística descriptiva y tablas de frecuencia.

Capítulo 3: Análisis Y Resultados:

3.1. Análisis estadístico

Para empezar a realizar este análisis contamos con una base de con las distintas variables que vamos a estudiar; siendo la variable dependiente el Trastorno de Ansiedad Social obtenido del Test Mini Mental, y las variables independientes obtenidas de la ficha sociodemográfica son: Género, edad, etnia, educación, con quien vive, estado civil, trabajo, ejercicio programado, familiar en tratamiento, estado psicológico afectado en pandemia, migración familiar, discriminación y deuda familiar.

Toda la información fue procesada a través del SPSS ya que este programa se usa para estudios del comportamiento humano y nos ayuda a la limpieza de los datos, el filtrado de la información y la homogeneización de datos.

3.2. Análisis Descriptivo

Tabla 1.

Género

	<i>F</i>	<i>%</i>
Masculino	238	32,8
Femenino	487	67,2

Nota: El 32,8% de los encuestados son hombres y el 67,2% mujeres.

Tabla 2.

<i>Etnia</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Mestizo	495	68,3
Indígena	219	30,2
Blanco	8	1,1
Otras	3	0,4

Nota: El 68,3 % de los encuestados se identifican como mestizos, el 30,2% como indígena, el 1,1% como Blancos y el 0,4 pertenece a una etnia no especificada.

Tabla 3.*Educación*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Educación básica incompleta	255	35,2
Bachillerato completo	151	20,8
Educación básica completa	113	15,6
Sin escolaridad	94	13,0
Bachillerato incompleto	74	10,2
Nivel superior completo	28	3,9
Nivel tecnológico	8	1,1
Nivel postgrado	2	0,3

Nota: La mayoría de la población encuestada (35,2%), y menos del 5% han alcanzado un nivel superior completo.

Tabla 4*Con quién vive*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Vive con pareja	290	40,0
Otros	241	33,2
Ambos padres y hermanos	82	11,3
Vive solo	49	6,8
Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares	34	4,7
Vive solo con el padre o la madre	17	2,3
Vive con su madre o padre, con su nueva pareja y sus hijos	9	1,2
Vive con tíos y/o abuelos	3	0,4

Nota: El 40 % de la población vive con su pareja, un 33, 2% vive con otras personas que no sean padres, hermanos o familiares; el 6,8% vive sola y la cantidad restante vive con padres, hermanos, tíos o abuelos.

Tabla 5*Estado civil*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Casado	368	50,8
Soltero	185	25,5
Unión de hecho	97	13,4
Viudo	45	6,2
Divorciado	21	2,9
Separado	9	1,2

Nota: El 50% de los encuestados son casados y el otro 50% se distribuye en solteros, viudos, unión de hecho, divorciados o separados.

Tabla 6*Vive con pareja*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	441	60,8
No	284	39,2

Nota: La mayoría de los adolescentes viven con su pareja, siendo el 60% de la población; y el 39,2% no vive con su pareja.

Tabla 7*Trabajo*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Labora jornada completa	251	34,6
Dueño de casa	158	21,8
Otro	106	14,6
Labora media jornada	77	10,6
Trabajo ocasional	72	9,9
Jubilado	22	3,0
Estudiante	16	2,2
Cambio de actividad	13	1,8
Cesante	10	1,4

Nota: La mayor parte de la población (34,6%) labora jornada completa.

Tabla 8*Ejercicio programado*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	305	42,1
No	420	57,9

Nota: El 42,1% de los encuestados realiza ejercicio programado, el 57,9% no lo hace.

Tabla 9*Familiar en tratamiento*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	113	15,6
No	612	84,4

Nota: El 15,6 de la población se mantiene en tratamiento, la mayor parte de la población (84,4%) no lo hace.

Tabla 10*Estado psicológico afectado en pandemia*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	342	47,2
No	383	52,8

Nota: Al 52,8% de la población la pandemia no ha afectado a su estado psicológico, al 47,2 sí.

Tabla 11*Migración familiar*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	317	43,7
No	408	56,3

Nota: Familiares del 43,7% de la población han migrado, el otro 56,3% no presenta casos de migración.

Tabla 12*Has sufrido discriminación*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	164	22,6
No	561	77,4

Nota: El 22,6% de la población manifiesta haber vivido algún tipo de discriminación, el 77,4% no.

Tabla 13.*Deuda familiar*

	<i>F</i>	<i>%</i>
Si	337	46,5
No	388	53,5

Nota: El 46,5% de a población actualmente mantiene una deuda familiar, el otro 53,5% no lo hace.

3.3. Análisis relación Chi cuadrado (χ^2)

Tabla 1.

Análisis de relación de variables categóricas Chi Cuadrado (χ^2) entre fobia social y variables sociodemográficas

<i>Variable</i>	χ^2	<i>P</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>IC</i>	
Indígena	0,01	0,922	0,957	0,403	2,277
Mujer	0,166	0,683	1,172	0,546	2,515
Edad 13 a 18 años	5,054	,008*	3,983	1,339	11,85
Sin educación	0,49	0,357	1,43	0,667	3,066
Migración	2,633	0,105	1,928	0,864	4,3
Tto Psicológico	0,231	0,631	1,269	0,479	3,364

Discriminación	2,925	0,087	2,268	0,87	5,913
Pandemia	0,057	0,811	0,904	0,393	2,078
Disfuncionalidad	2,399	0,121	1,975	0,825	4,726

Nota: Se evidencia el siguiente nivel de significación: * $p < ,05$

Se evidencian (tabla 1) que existe relación estadísticamente significativa entre fobia social y la edad comprendida entre 13 a 18 años, con un estadístico $\chi^2=5,054$, asociado a un valor $p < 0,05$.

No existen datos que muestren relación entre la fobia social y el resto de variables sociodemográficas

Discusión:

La única relación encontrada durante la investigación fue la de fobia social con edades comprendidas entre 13 y 18 años, sin datos que muestran relación entre la fobia social y los factores sociodemográficos u otras variables. Según Vicente Caballo una de las causas del Trastorno de ansiedad social es la falta de asertividad y habilidades sociales es por esto que el entrenamiento en habilidades sociales es una parte fundamental del tratamiento de este trastorno (Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares, Olivares., 2014, p 403).

Leichsenring F y Leweke F (2017) mencionan que este trastorno suele confundirse con timidez, por lo que ha llegado a ser muchas veces subdiagnosticado, también se cree que exista una contribución de factores genéticos pero aún se desconocen los genes involucrados; esta contribución es más fuerte durante la infancia e incrementa la posibilidad de desarrollar TAS, pero claramente están involucrados otros factores en el contexto como el aprendizaje por observación de los padres y sus comportamientos (Marina Alcalaico, 2012).

Según Marina Alcalaico este trastorno suelen estar acompañados de baja autoestima y un miedo intenso a las críticas, y los síntomas pueden causar incluso un completo aislamiento social (Marina Alcalaico, 2012); teniendo en cuenta que los resultados de la investigación mencionan una incidencia en la primera y media adolescencia (13 y 18 años) en estas etapas se mencionan cambios psicológicos tales como una lucha de independencia- dependencia, vacíos emocionales, humor cambiante lo que los vuelve vulnerables frente a este trastorno (Iglesias Diz, 2013, 92).

Strauss y Francis (1989) exponen que el 9% de los adolescentes que acudían a consulta cumplían los criterios para el diagnóstico de fobia social y Albano. En un estudio realizado por DiBartolo, Heimberg y Barlow (1995), se evidencia que el 14.1% de los adolescentes,

comprendidos entre los 13 y 17 años, que solicitaban tratamiento cumplían con los criterios para el diagnóstico de fobia social, lo que difiere del estudio realizado por Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996) en donde se encontró una tasa de prevalencia del 6.3% en una muestra clínica de adolescentes españoles.

Según un estudio realizado por Olivares, Piqueras y Rosa (2006), en donde se menciona que el 25,83% de la población experimentó los primeros síntomas de TAS, entre los 3 y los 5 años, el 5% entre los 6-8 años, el 13,34% entre los 9 y 11, el 31,66% entre los 12 y 14 años de edad y tan solo el 6,67% entre los 15 y los 18 años. Como podemos observar, las primeras señales de la presenta de una fobia social aparecen en la niñez, esto podría corroborar lo que en algunos estudios realizados por Olivares, Piqueras y Rosa (2006), Essau, Conradt y Petermann, (1999) y Poulton, Trainor, Stanton, McGee, Davies y Silva, (1997) se ha expuesto: La relación entre la prevalencia y la edad de los participantes muestra que la prevalencia se incrementa con la edad.

En un estudio llevado a cabo en Bogotá como parte de una encuesta mundial realizada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) se mostró que en Colombia los trastornos de ansiedad tienen mayor prevalencia que otro tipo de trastornos teniendo un 19.3% de la población entre los 18 y 15 años que refiere haber experimentado alguna vez un trastorno de ansiedad. Por géneros, la prevalencia de ansiedad social en ambos géneros es de 5% con una edad de inicio a los 7 años, de esta manera la fobia social se encuentra justo debajo de la fobia específica. (A et al., 2006)

En un estudio realizado sobre los factores evolutivos y el contexto familiar para el desarrollo de la ansiedad social en la adolescencia se encontró que existe correlación

significativa entre la ansiedad social y el control de conducta y psicológico por la parte paterna y materna. (Gómez Ortiz et al., 2016, 10)

Aunque no se haya evidenciado un nivel de significancia en la variable de género es importante mencionar que en otros estudios los resultados indican que las mujeres presentan niveles significativamente más altos en ansiedad social que los hombres, especialmente en aspectos como falta de asertividad, sintomatología física y cognitiva; y ansiedad ante la exposición en público. (Inglés et al., 2010).

Conclusiones:

Una vez que se ha realizado la investigación y el análisis de datos se ha llegado a la conclusión de que la fobia social se encuentra relacionada únicamente con las edades comprendidas entre los 13 y 18 años. Si bien es cierto, en la mayoría de los casos las primeras muestras sintomatológicas del Trastorno de Ansiedad Social aparecen durante la niñez, a partir de los 3 años de edad, estas se pueden intensificar con el tiempo precisamente en la etapa adolescente debido a la demanda que presenta el individuo en el contexto, comportamiento social y cambios emocionales.

No se encontró ninguna relación de este trastorno con otras variables como: género, raza, educación, con quien vive, estado civil, trabajo, ejercicio programado, familiar en tratamiento, estado psicológico afectado por la pandemia, migración, deuda familiar o factores sociodemográficos. Sin embargo, otros estudios han demostrado que la variable de género también está relacionada con el TAS, evidenciando que su incidencia en mujeres es mucho mayor que en hombres.

Es importante mencionar que, aunque en este estudio la única variable que alcanzó un nivel significancia es la edad, todas las demás variables deben ser tomadas en cuenta para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Recomendaciones:

La implementación de un programa de psicoeducación en temas de salud mental dirigido a:

- Adolescentes: con el fin de que conozcan y diferencien los signos y síntomas de los trastornos mentales para precautelar la salud mental en esta población.
- Padres: con el fin de que conozcan y se pueda intervenir o prevenir de manera oportuna frente a un adolescente en riesgo.

Ampliación en el servicio de salud con un enfoque específico hacia la población de Nabón con temas educativos de formación sobre sintomatología de los trastornos mentales.

Referencias Bibliográficas

- Albornoz García, J., & Herrera, S. (2022). *Ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay*. Dspace de la Universidad del Azuay. Retrieved June 8, 2022, from <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11521>
- A, J., P, J., Medina, Y., & Rodriguez, M. (2006, Septiembre 27). *Vista de Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia*. Publicaciones unicolmayor. Retrieved Agosto 4, 2022, from <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/nova/article/view/67/132>
- Alcalaico Mamani, M. (2012). Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 5(5), 61-68. https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/143/143
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5th ed.). APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bados, A. (2009). Fobia Social. *Universidad de Barcelona*, 3.
- Baesa Velasco, C. (2007). *Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social*. Redalyc. Retrieved April 18, 2022, from <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642479004.pdf>
- Barlow, D. H. (1988). *Nxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. . Nueva York: Guilford Press.

- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. & Bersabé, R.M. (1996). *Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años*. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruetia, M. J., Olivares, P., & Olivares, J. (2014, Diciembre). *Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad*. *Behavioral Psychology*, 22(3), 401-422.
<https://www.behavioralpsycho.com/producto/relacion-de-las-habilidades-sociales-con-la-ansiedad-social-y-los-estilos-trastornos-de-la-personalidad/>
- Caballo, V. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Dialnet.
- Carrascal, G. C., & Castillo, C. V. (2009). *Soledad en la adolescencia: análisis del concepto*. Bogotá: Aquichan.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y Tratamiento de la Fobia Social*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). *Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents*. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- García, L. J., Piqueras, J. A., Díaz, M., & Inglés, C. (2008). *Trastorno de Ansiedad Social en la Infancia y Adolescencia: Estado actual, Avances recientes y Líneas Futuras*. *Behavioral Psychology*, 16(3), 501-533. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/07.Garcia_lopez_16-3oa-1.pdf
- Garrido, L., Caballo, V. E., & Salazar, I. C. (2018). *Programa de Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)*. Ediciones Pirámide.

- Gómez Ortiz, O., Casas C, O., & Ortega Ruiz, R. (2016). *Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24, 29-49. [Http://olgagomezortiz.es/wp-content/documentos/2.pdf](http://olgagomezortiz.es/wp-content/documentos/2.pdf)
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. & Schneier, F. R. (2000). Prólogo, en R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, y F. R. Schneier (Eds.), *Fobia Social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 9-12). Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1995).
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). *The clinical significance of loneliness: a literature review*. School of Psychology, Psychiatry, and Psychological Medicine, 699.
- Iglesias Diz, J. L. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/52367993/Desarrollo_del_adolescente__aspectos_fisicos__psicologicos_y_sociales-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1654710148&Signature=A7M09X-ikqrk3j0vo6obedw0d70pzwgbf4ppnruajxcfapp505jckb~nmnj25hdfnonvv8bcmmya0o86t8o~P1
- Inglés, C. J., Piqueras, J. A., García Fernández, J. M., García López, L. J., Delgado, B., & Ruiz Esteban, C. (2010). *Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia*. *Psicothema*, 22(3), 376–381. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714400004.pdf>

- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017, junio 8). *¿Qué es el Trastorno de Ansiedad Social?* The New England Journal of Medicine. Retrieved Abril 12, 2022, from <https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/45%20que-es-el-trastorno-de-ansiedad-social.pdf>
- Luterek, J., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2003). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica*. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Luterek_11-3oa.pdf
- Muñoz, J. P., & Alpizar, D. (2016). *Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social*. *Cúpula*, 30(1), 40-47.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>
- Olivares, J., Piqueras, J. A. & Rosa, A. I. (2006). *Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes*. *Psicothema*, 18 (2), 207-212
- Ospina-Ospina, F. D. (2011). *Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia*. *Revista de Salud Pública*, 3.
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W, mcgee, R., Davies, S. & Silva, P. (1997). *The (in)stability of adolescent fears*. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 159-163.

Anexos:

1. Ficha sociodemográfica:

Encuesta y Entrevista Sociodemográfica

Nombre completo:							
Procedencia:							
Residencia actual:							
Sexo:		Edad:		Estado civil:		Tiene hijos:	SI () NO ()
Estrato Socioeconómico:		Uno () Dos () Tres () Cuatro () Cinco () Seis ()					
Cohabita en casa:		Propia () Arrendada () Pensión ()			Nº de personas que viven en su casa:		
Cuál es su rol en núcleo familiar en el que cohabita:		Presenta dificultades en su relaciones familiares a causa de una insertaba comunicación:					
Padre () Madre ()		SI () NO ()					
Hijo () Pariente Cercano ()							
Ninguno ()							
Carrera:		Semestre:		Trabaja:	SI () NO ()	Ocupación:	
Otros estudios realizados:		Técnicos () Tecnológicos () Universitarios () Ninguno ()					
Ingresos económicos de su hogar:		- de un SMLV () 1 o 2 SMLV () + de 2 SMLV ()					
Pertenece al régimen prestadora de servicios de salud:		Subsidiado () Contributivo ()					
Financia sus estudios universitarios con:		Efectivo () Crédito () Beca ()					
¿Ha consultado alguna vez con un psicólogo?:		SI () NO ()					
¿Sufre o ha sufrido de alguna patología psíquica?:		SI () NO ()					
¿Conoce usted el concepto y/o uso de la asertividad?:		SI () NO ()					
¿Se considera usted capaz de defender sus derechos expresando adecuadamente sus sentimientos, opinión y necesidades?:		SI () NO ()					
¿Diferencia el comportamiento de inhibido o pasivo, el asertivo y el agresivo según la tipología de la asertividad?:		SI () NO ()					
¿Ha recibido orientación psicológica sobre la habilidad social de asertividad?:		SI () NO ()					
¿Cree que cuenta con la asertividad de tomar elecciones y solucionar conflictos?:		SI () NO ()					
¿Mide la consecuencia de su comportamiento antes ejecutar una acción que involucre a terceros?:		SI () NO ()					
¿Conoce herramientas o técnicas para la asertividad?:		SI () NO ()					
¿En la mayoría de situaciones comprende la postura de terceros?:		SI () NO ()					
Estás en la fila de un banco para pagar una factura y se le cuela una persona; ante este caso usted reaccionaría de forma:		Defiende su derecho de pasar primero en la fila solicitando su puesto con educación y sin originar ningún tipo de conflicto. ()					
		Le molesta pero no se atreves a decir o hacer algo al respeto. ()					
		Demuestras tu enfado e incluso insultas a la persona. ()					

2. Test MINI:

H. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

H1	<p>¿En el pasado mes, sentiste miedo o vergüenza cuando otros te estaban mirando? ¿Tenías miedo de que te molestaran o se burlaran? ¿Como hablar frente a la clase? o ¿Comer o escribir frente a otros? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	1
H2	<p>¿Le tienes más miedo a estas cosas que otros niños de tu edad?</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	2
H3	<p>¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	3
H4	<p>¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Esto hace que tengas miedo de ir a la escuela? ¿Esto hace que quieras estar solo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	4

NO SÍ

FOBIA SOCIAL
(Trastorno de Ansiedad Social)
ACTUAL

L. FOBIA ESPECÍFICA

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

I1	<p>¿En el pasado mes, te han dado mucho miedo cosas como: culebras, serpientes, insectos? ¿Perros u otros animales? ¿Las alturas? ¿Tormentas? ¿La oscuridad? ¿O ver sangre o agujas?</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	1
I2	<p>Nombre la fobia específica: _____</p>		
I3	<p>¿Le tienes más miedo a _____ que lo que le tienen otros niños de tu edad?</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	2
I4	<p>¿Le tienes tanto miedo a _____ que tratas de evitarlos? o ¿Solamente puedes estar cerca de _____ cuando alguien está contigo? o ¿Puedes estar cerca de _____ pero se te hace bien difícil? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	3
I5	<p>¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Es por esto que no haces cosas que te gustaría hacer? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p>➡ NO SÍ</p>	4

¿CODIFICÓ SÍ EN I5?

NO SÍ

FOBIA ESPECÍFICA
ACTUAL

3. Consentimiento Informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Lugar de emisión del consentimiento) y (Fecha de emisión)

Yo, **[NOMBRE DEL PACIENTE]**, confirmo de manera voluntaria, consciente e incontestable en todos los aspectos mis facultades para tomar decisiones y entiendo la información que aquí se me presenta.

Por medio de la presente yo, **[Nombre del psicólogo tratante]**, en calidad de psicólogo tratante, me permito informar del diagnóstico realizado al **[NOMBRE DEL PACIENTE]**, el adelante nombrado el paciente.

En esta párrafo es necesario explicar cómo se llevó a cabo el diagnóstico y cuál es este mismo. (Ejemplo: Luego de cinco sesiones de sesiones, el paciente ha demostrado un cuadro depresivo severo que requiere de un tratamiento inmediato para evitar daños físicos o mentales como resultado de la permanencia de dicho estado.)

De ser necesario señalar cuál es el tratamiento recomendado y la expectativa del mismo. (Ejemplo: Por lo mismo, es mi recomendación que se someta al paciente a tres sesiones semanales de 1 hora cada una. Esta calendario se deberá respetar durante los primeros tres meses, después de los cuales se hará una nueva evaluación para determinar las características de la continuación del tratamiento, si acaso que después de este tiempo el cuadro depresivo está controlado y se avisa ver al paciente solo una vez a la semana.)

Indicar también otro tipo de terapias o tratamientos que existen para el diagnóstico del paciente. (Ejemplo: Este tipo de padecimientos también se pueden tratar con terapias más intensas en lo que se someta el paciente a una internación clínica en lo que recibe terapia de forma diaria, así como medicamentos psiquiátricos para controlar los síntomas. En este caso, este tipo de tratamiento no es recomendado por el psicólogo tratante.)

El paciente tiene completa libertad de terminar este tratamiento en cualquier punto que se encuentre sin que la intención y actitud del psicólogo tratante presente cambios.

Por medio de este documento yo, **[NOMBRE DEL PACIENTE]**, otorgo mi consentimiento informado para que se lleve a cabo el tratamiento que aquí se ha detallado.

Nombre del paciente
Paciente

Nombre del psicólogo tratante
Psicólogo tratante