



Universidad
de La Laguna



ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ANSIEDAD SOCIAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA

Trabajo Fin de Grado

Titulación: Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Universidad de La Laguna

Curso 2015-16

Autora: Juana Quintero Dorta

Tutora: M^a Luz Villaverde Ruiz

RESUMEN

El trastorno de ansiedad social en la adolescencia se considera relevante, según muestran diversos estudios, por su prevalencia, por la elevada comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos incluyendo el consumo de tóxicos y por sus consecuencias en el proceso de adaptación del adolescente que pueden llegar a ser graves: bajo rendimiento académico y abandono escolar, además de interferir en el funcionamiento individual.

Dada la relevancia de este trastorno, este estudio de carácter descriptivo y correlacional, tiene como objetivo estimar la prevalencia de posibles casos de fobia-ansiedad social y su relación con diferentes niveles de autoestima en una muestra de adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 16 años que estén cursando sus estudios en un instituto de Icod en la isla de Tenerife. La evaluación se hará utilizando la adaptación española de la escala de ansiedad y evitación social (SADS) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Los resultados obtenidos serán tratados estadísticamente para establecer la distribución de frecuencias y la existencia de posibles asociaciones entre ansiedad social y niveles de autoestima.

Palabras clave: fobia social, ansiedad social en la adolescencia

ABSTRACT

The social anxiety disorder in adolescence is considered relevant, as shown by various studies, because of its prevalence, the high comorbidity with other psychopathological disorders including drug and alcohol consumption and its consequences in the process of adaptation teenager can become serious: underachievement and school dropout, besides interfering in individual performance.

Given the importance of this disorder, this study of descriptive and correlational nature, aims to estimate the prevalence of possible cases of social phobia and its relationship with different levels of self-esteem in a sample of adolescents aged between 14 and 16 years who are studying at an institute of Icod on the island of Tenerife. The evaluation will be done using the Spanish adaptation of the scale of anxiety and social avoidance (SADS) and Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR). The results obtained will be treated statistically to establish the frequency distribution and the existence of possible associations between social anxiety and self-esteem levels.

Keywords: social phobia, social anxiety in adolescence

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO: REVISIÓN Y ANTECEDENTES	2
2.1. Definición y concepto	2
2.2. Criterios diagnósticos de la fobia social	4
2.3. Prevalencia y variables epidemiológicas.....	5
2.4. Factores de riesgo	7
2.5. Modelo explicativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social	11
2.6. Comorbilidad y consecuencias de la fobia social	14
2.7. Evaluación y tratamiento	15
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	17
4. MATERIAL Y MÉTODO	17
4.1. Tipo de estudio.....	17
4.2. Población objeto de estudio y muestra	17
4.3. Variables de estudio e instrumentos de evaluación:	17
4.4. Metodología de trabajo	20
4.5. Análisis de los datos	20
4.6. Cronograma.	21
4.7. Limitaciones y cuestiones éticas.....	21
5. BIBLIOGRAFIA	22
6. ANEXOS	25

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de la fobia social, de reciente interés, ha dado lugar a un aumento significativo de investigaciones sobre el trastorno de ansiedad social en población infanto-juvenil (García López y cols, 2008). Este interés viene justificado por la importancia de las relaciones sociales en el desarrollo evolutivo, así como, en el funcionamiento psicológico, social y académico de los niños y adolescentes (Zubeidat, 2005)

La fobia social o trastorno de ansiedad social se define como “un miedo intenso y persistente ante una amplia variedad de situaciones sociales o actuaciones en público, por temor a que resulten embarazosas” y en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otros (APA; 2000). La exposición a estas situaciones suele generar respuestas psicofisiológicas de ansiedad y en ocasiones ataques de pánico.

Parece existir bastante acuerdo en considerar que el trastorno de ansiedad social es un trastorno frecuente, de inicio temprano (más prevalente en la adolescencia media), curso generalmente crónico (solo una cuarta parte de las personas que lo sufren presentan una remisión espontánea), que tiene una alta comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, principalmente trastornos de ansiedad, depresivos o de uso/abuso de sustancias (García López, 2008).

Según la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2000), la fobia social es el tercer trastorno con mayores tasas de prevalencia, después de la depresión mayor y la dependencia del consumo de alcohol. Los estudios epidemiológicos indican que este trastorno es uno de los más comunes en la adolescencia, con unas tasas de prevalencia que oscilan entre 1,6 y 7% (Inglés y cols., 2001). Por otra parte, se piensa que las cifras reales de prevalencia son más elevadas ya que la fobia social tiende a pasar desapercibida, a confundirse con condiciones evolutivas pasajeras, diagnosticándose mucho tiempo después de la aparición de los primeros síntomas.

El trastorno de ansiedad social en la adolescencia se considera relevante, según muestran diversos estudios, por su prevalencia, por la elevada comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos incluyendo el consumo de tóxicos y por sus consecuencias en el proceso de adaptación del adolescente que pueden llegar a ser graves: bajo rendimiento académico y abandono

escolar, además de interferir en el desarrollo y funcionamiento individual (Olivares y cols., 2006; Olivares, 2009).

Teniendo en cuenta la relevancia de este trastorno, consideramos pertinente la realización de este estudio que tiene como objetivo conocer los niveles de ansiedad social en una muestra de adolescentes y analizar su relación con la autoestima.

2. MARCO TEÓRICO: TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (TAS):

2.1. Definición y concepto

El trastorno de ansiedad social también conocido como fobia social, se define como “un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales o actuaciones en público, por temor a que resulten embarazosas y en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras” ((DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, APA, 2000).

El trastorno se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo ante una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros. La persona teme ser observada, actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar intensos. La fobia interfiere marcadamente en la vida de la persona y produce un malestar clínicamente significativo.

La exposición a estas situaciones sociales o actuaciones en público suele generar respuestas psicofisiológicas de ansiedad, siendo las respuestas físicas/corporales más comunes: taquicardia/palpitaciones, temblor de voz y manos, sudoración, rubor, tensión muscular, malestar gastrointestinal, boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náuseas y urgencia urinaria. Respuestas mucho menos frecuentes son: falta de aire, dificultad para respirar y dolor en el pecho. (Rodríguez y cols., 2006). Otras manifestaciones, particularmente en niños dada su etapa evolutiva, pueden ser el llanto, el tartamudeo o quedarse paralizado (Willetts y Creswell, 2007).

En el supuesto de no poderse evitar o huir de una situación temida, pueden aparecer reacciones, tales como, silencios largos, tartamudeo, volumen bajo de voz, susurros, muecas faciales, gestos de inquietud, retorcimiento de manos, postura rígida o cerrada, encogimiento postural, sonrisa o risa inapropiada y contenido poco interesante (Rodríguez, 2009).

Subtipos de trastorno de ansiedad social (TAS)

En la actualidad existe cierto consenso sobre la existencia de dos subtipos de este trastorno: generalizado y no generalizado. El subtipo generalizado fue incluido por primera vez en la 3ª edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R; APA, 1987), y definido como una fobia social que se produce ante “la mayoría de las situaciones sociales”. En el subtipo no generalizado, también conocido como trastorno de ansiedad social “específica”, “circunscrita” o “limitada”, se temen y evitan muchas situaciones y contextos sociales pero se conserva un funcionamiento adecuado en algunas de las áreas (Olivares y cols., 2006, García López y cols., 2008)

En general, existe un consenso relativo en cuanto a que el subtipo generalizado se asocia con una edad de inicio más temprana, mayor frecuencia en mujeres, mayor malestar, mayor grado de deterioro asociado, un patrón de intensa evitación, mayor riesgo para desarrollar trastornos comórbidos, más probabilidad de historia psicopatológica de los padres, de fracaso escolar y mayor inhibición conductual en la infancia (Inglés y cols., 2001; Olivares y cols., 2006; Piqueras y cols., 2008). Sin embargo, en la actualidad no existe un consenso a la hora de determinar si existen diferencias cuantitativas o cualitativas entre los subtipos del Trastorno de Ansiedad Social, algunos autores consideran que solo existen diferencias cuantitativas y hablan de un continuum entre los subtipos, mientras que otros consideran que estos subtipos son cualitativamente diferentes (García López y cols., 2008)

2.2. Criterios diagnósticos de la fobia social

Criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS; 1992):

La OMS incluye la ansiedad social como categoría diagnóstica independiente a su sistema de clasificación de trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10, en 1992

“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. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto”.

Pautas para el diagnóstico:

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

Criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR (APA; 2000):

- a. Miedo marcado o persistente a una o varias situaciones sociales o a la realización de una actividad en que la persona está en contacto con gente desconocida o se ve sometida al posible escrutinio de los demás. El individuo teme actuar (o demostrar síntomas de ansiedad), lo que sería humillante o embarazoso para él. Nota: en el caso de los niños es preciso que demuestren capacidad de relación social apropiada a su edad con

gente conocida y la ansiedad debe aparecer en un marco de igualdad y no únicamente en las interacciones con los adultos

- b. La exposición a la situación social temida provoca casi invariablemente ansiedad, que puede adoptar la forma de crisis de pánico relacionada con la situación en sí o provocada por la misma. Nota: en los niños, la ansiedad puede manifestarse a través de llanto, rabietas, inmovilidad física o evitación de situaciones sociales con desconocidos
- c. La persona reconoce que el miedo es exagerado o ilógico. Nota: en los niños puede estar ausente este rasgo.
- d. Las situaciones temidas, ya sean sociales o de realización de una actividad, se evitan o se soportan con ansiedad o angustia intensas
- e. La evitación, la ansiedad anticipatoria o el malestar en la(s) situación(es), ya sean de tipo social o de realización de una actividad, interfieren significativamente en la rutina normal de la persona, en su actividad ocupacional (académica) o social y en sus relaciones, o bien existe una angustia notoria en relación con la aparición de la fobia
- f. En individuos menores de 18 años, la duración mínima es de 6 meses
- g. El miedo o la evitación no se debe a los efectos psicológicos directos provocados por una sustancia (ej., una droga que induce adicción, un medicamento) o por un trastorno médico general y no se explican con otro trastorno mental (ej. trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno general del desarrollo, trastorno esquizoide de la personalidad)
- h. Cuando existe una enfermedad médica u otro trastorno mental, el miedo no está relacionado con el mismo, (ej.: no se teme el tartamudeo, el temblor en la enfermedad de Parkinson)

Nota: en el caso de ser niños, estos se describen como excesivamente tímidos, eluden los contactos con los demás, rehúsan participar en juegos de equipo y se mantienen en segunda línea en las actividades sociales

2.3. Prevalencia y variables epidemiológicas

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la alta prevalencia del TAS en población infantil y juvenil. Se estima que es el segundo trastorno

más prevalente, tras el trastorno de ansiedad generalizado, en población infantil (Costello y cols., 2003).

Se han realizado múltiples investigaciones para conocer la prevalencia de la fobia social en población adulta; sin embargo, son escasos los estudios llevados a cabo en población infanto-juvenil. Las tasas de prevalencia encontradas en diferentes estudios realizados en población comunitaria, sobre muestras de niños y adolescentes, son (datos recogidos de Olivares y cols., 2003):

- Población de Nueva Zelanda, 1% a los 11 años de edad, 1,1% a los 15 años (Anderson y cols., 1987; 1990)
- En población norteamericana, de EEUU:
 - 1,4% en grupos de edad de 12 y 17 años (Kashani, 1990)
 - 8,3% en adolescentes de 15 años vs 5% de adolescentes de 13 años (Poulton y cols., 1997)
 - 11,6% en una muestra de 17,9 años de edad media (Reinherz y cols., 1993)
 - 3,7% en población adolescente (Shaffer y cols., 1996)
- En población de Alemania:
 - 1,6% entre 12 y 17 años, 2% entre 14 y 17 años (Essau y cols., 1999)
 - 4% entre 14 y 17 años y del 7,3% entre 14 y 24 años (Wittchen y cols., 1999, 2000)
 - 5,6% entre 14 y 17 años (Lieb y cols., 2000)
- En población de España:
 - 1,3% entre 6-9 años, 4,8% entre 10 y 13 años y del 6,3% entre 14 y 17 años (Bragado y cols., 1996)
 - 8,2% entre 14 y 17 años (Olivares, 1997)

Usando criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), las tasas de prevalencia a lo largo de la vida varían desde el 1,6% hasta el 7% en población adolescente (Wittchen y cols., 1999).

La mayoría de estos estudios reflejan que el miedo a situaciones sociales se incrementa con la edad.

Por otra parte, se cree que las cifras reales de prevalencia son más elevadas ya que la fobia social tiende a pasar desapercibida, a confundirse con condiciones evolutivas pasajeras, diagnosticándose mucho tiempo después de la aparición de los primeros síntomas (Olivares, 2005).

Variables epidemiológicas

La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en población norteamericana y europea sitúan la edad de inicio del trastorno al final de la infancia y principio de la adolescencia, siendo la edad media de inicio más frecuente entre los 14 y los 16 años (Inglés y cols., 2001, 2008; Méndez y cols., 2002; Olivares y cols., 2003).

Algunos autores consideran que los datos relativos a la edad de inicio de la fobia social no son concluyentes ya que un porcentaje elevado de pacientes informan de haber padecido la fobia a lo largo de toda la vida (Zubeidat, 2005).

A excepción de algunos trabajos, la mayoría de investigaciones realizadas con muestras comunitarias han puesto de manifiesto una prevalencia más alta de la fobia social en mujeres que en hombres, con unas ratios de 3:2 y 2:1 (APA 2000; Furmark y cols., 2002; Ingles y cols., 2008). No obstante, en la actualidad no se dispone de evidencias empíricas que expliquen las razones de estas diferencias de sexo, aunque algunos autores señalan que podrían deberse a las diferencias de roles y exigencias sociales, las pautas culturales y educativas y/o a diferencias en cuanto a la vulnerabilidad biológica para desarrollar respuestas de ansiedad.

Si bien, en los estudios epidemiológicos la frecuencia es mayor en mujeres, cuando se estudian poblaciones clínicas, las prevalencias tienden a equiparse en ambos sexos (García López y cols., 2008; Inglés y cols., 2010)

2.4. Factores de riesgo

En cuanto a las variables implicadas en el inicio, desarrollo y mantenimiento del trastorno se han identificado numerosos factores de riesgo. Estos factores podrían agruparse en (Zubeidat, 2005, Sierra y cols., 2006):

- Factores predisponentes: familiares, evolutivos y variables de personalidad
- Factores neurobiológicos (genéticos y biológicos)
- Factores de aprendizaje, factores cognitivo-conductuales

Aunque parecen ser muchos los factores implicadas en el Trastorno de Ansiedad Social, aún se desconoce el “grado de varianza” de cada uno de ellas (García López y cols., 2008).

Factores genéticos

En general, los estudios han mostrado que la genética juega un papel entre modesto y moderado en el desarrollo de la fobia social. Al parecer, puede existir cierta disposición genética para desarrollar la enfermedad, pero esta predisposición, por sí sola, no es suficiente para que se manifieste.

Varios estudios confirman que los parientes en primer grado de las personas con fobia social presentan una mayor tendencia a padecer la misma que la población general (APA-DSM-IV-TR; 2000; Sierra y cols., 2006).

Si bien parece existir un riesgo familiar, aún no está claro si este es solo atribuible a la genética o también a determinados factores familiares y/o a la interacción de ambos (Zubeidat, 2005).

Aprendizaje observacional o modelado social

Muchos investigadores sostienen que las personas que padecen fobia social podrían haber desarrollado su miedo al observar el comportamiento temeroso en sus padres, a través de un proceso conocido como “aprendizaje de observación” o “modelado social”. Según esta hipótesis, los niños adquieren estos temores al observar cómo sus padres reaccionan con ansiedad ante diferentes situaciones de interacción social, durante los años críticos de formación (Sierra y cols., 2006). Por tanto, algunos miedos pueden ser transmitidos por los padres a través de mecanismos de identificación (García López y cols., 2011; Zubeidat, 2005; Heider, 2008)

- Estilos parentales de crianza:

En un estudio internacional que contó con la colaboración de 8.232 participantes procedentes de Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y

España, se confirma que la carencia afectiva y/o la sobreprotección por parte de la madre, se relaciona con los diferentes tipos de ansiedad considerados en el estudio y en particular con la fobia social.

La sobreprotección que en algunas ocasiones es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, contribuyen a inhibir la capacidad de exploración del niño, a generar en él un sentido de indefensión, de estar en peligro, lo cual interfiere en el desarrollo de sus habilidades sociales y en la confianza en sí mismo. También, los estilos educativos excesivamente punitivos y las actitudes críticas pueden resultar intimidatorios e interferir en un concepto de si mismo seguro y capaz (García López y cols., 2011).

Apego mal establecido

Parece existir una clara asociación entre apego inseguro y retraimiento social: un apego pobre, mal establecido, entre la madre y el niño durante etapas tempranas del desarrollo crea un sentimiento de inseguridad que se generaliza a todas las relaciones externas, aumentando la probabilidad de padecer fobia social, según afirman muchos investigadores (Becerril Rodríguez, 2012).

Temperamento: inhibición de la conducta ante extraños

La inhibición conductual ante desconocidos se considera un rasgo de temperamento. Se caracteriza por una fuerte resistencia a interactuar con personas u objetos poco familiares y por el retraimiento o temor ante situaciones sociales nuevas, respondiendo ante ellas con comportamientos de evitación o alejamiento. Se cree que estos comportamientos tienen una base genética ya que son detectables desde la primera infancia, tienden a mantenerse estables en el tiempo y suelen estar presentes en familiares de primer grado (Zubeidat, 2005).

Según algunos estudios, esta inhibición conductual ante extraños es un factor de riesgo que predispone a desarrollar una fobia social; sin embargo, hoy en día, la mayoría de autores sostienen que, a pesar de tener esta factor temperamental, si el ambiente familiar y el estilo de crianza son de cercanía y apoyo, no se desarrollará el trastorno (Bados, 2014).

Etapa de timidez infantil

La relación entre timidez infantil y el posterior desarrollo de fobia social ha sido demostrada por algunos autores, e incluso, algunos expertos, sugieren que las personas que desarrollan fobia social se han quedado estancadas en la etapa normal de timidez que se produce entre los 3 y los 7 años.

No obstante, aunque la timidez y la fobia social comparten ciertos aspectos como la ansiedad y el malestar ante situaciones sociales, está por demostrarse si la timidez infantil favorece o afecta de alguna manera la aparición posterior del trastorno o si estas dos condiciones se dan en forma sucesiva, pero independientemente una de la otra (García-López y cols., 2011).

Eventos traumáticos humillantes en la niñez:

Muchas personas con fobia social han informado que su enfermedad está relacionada con acontecimientos humillantes vividos durante la infancia y la adolescencia, por ejemplo, situaciones ridículas que provocaron risas-burlas en los compañeros, humillaciones públicas o cualquier otra situación que provoque una intensa ansiedad en la persona. Se plantea que, a partir de estas situaciones, la persona empieza a temer la posibilidad de que esto vuelva a repetirse, desarrollando un miedo ante situaciones de interacción social que puede desembocar en un fobia social (Cárdenas y cols., 2010)

Factores neurobiológicos

Algunas investigaciones parecen apoyar la existencia de bases biológicas en los trastornos de ansiedad, referidas a desórdenes bioquímicos y/u hormonales del funcionamiento cerebral. La génesis de los trastornos de ansiedad ha sido atribuida a la disfunción de los sistemas de neurotransmisión (adrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico y gabaérgico), aunque se desconoce con exactitud la implicación de estos sistemas en la etiología del trastorno. Algunos estudios también sugieren una alta sensibilidad en la vía que conecta la amígdala con el hipocampo conocida como “el sistema de alarma del cerebro” (Zubeidat, 2005).

En la actualidad, muchas teorías conductuales y cognitivas plantean la existencia de distintos factores asociados a la ansiedad y fobia social,

intentando dar una explicación respecto a la interrelación de los mismo para entender el desarrollo del trastorno (Sierra y cols., 2006)

2.5. Modelo explicativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social

Este modelo propuesto por Olivares y Caballo (2003) es una propuesta explicativa de la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social, considerando las aportaciones de otros autores.

Desde este modelo, “la fobia social se presupone como el resultado de la intervención de una o más modalidades de aprendizaje, mediando la interacción entre un contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas, cuya implicación generaría un alto potencial de vulnerabilidad”

1. Fase de génesis de la fobia social:

Factores predisponentes o precipitantes del inicio de la fobia

1.1. Variables del contexto social negativo

- Personas significativas que manifiestan conductas de aversión a la relación/actuación con extraños y que predisponen a los niños a actuar de modo similar en las mismas situaciones. Además, la existencia de estos precedentes favorecería la comprensión por parte del entorno familiar de estas conductas, lo cual actuaría como un refuerzo positivo para el mantenimiento de las mismas.
- Una estimulación social deficitaria, el aislamiento social de la familia, la existencia de problemas familiares o psicopatológicos en los padres.
- La información transmitida respecto a creencias, supuestos, etc., referidos a la “peligrosidad de los otros”, a como relacionarse con los demás.
- Estilos educativos autoritario, coercitivo y altamente exigente; condescendiente y caótico. El estilo educativo sobreprotector también se considera un factor de riesgo ya que dificulta el aprendizaje y el desarrollo de habilidades sociales.

- Comportamientos inadecuados de los profesores (uso indiscriminado del castigo, empleo inadecuado del refuerzo negativo, etc.) y grado de aceptación e integración del niño en el contexto escolar y psicosocial.
- Otros acontecimientos estresantes: cambios de residencia, cambios de colegio, hospitalización en edades tempranas cuando se impide a los familiares el acompañamiento, abusos deshonestos, hostilidad y rechazo parental, así como cualquier otra situación que pueda resultar altamente estresante.

1.2. Variables orgánicas que conllevan vulnerabilidad elevada

- Determinantes biológicos

- Evolutivos, de naturaleza transitoria: respuestas de miedo/escape ante la presencia/relación con extraños, ansiedad de separación de los padres o personas significativas (serían respuestas de defensa y de seguridad) que dependiendo de cómo se resuelvan podrían ser variables de vulnerabilidad.
- No evolutivos: sexo, inhibición conductual, el desarrollo físico en relación al grupo cultural de referencia o la propia imagen física.

- Factores de personalidad:

- La introversión elevada aumenta la probabilidad de que el sujeto se repliegue hacia si mismo, de que aparezcan conductas de escape y evitación de situaciones de interacción con extraños, así como la propensión a un autocrítica desproporcionada respecto a esta forma de comportarse. Si estas respuestas no se afrontan de manera adecuada, pueden ser un factor que favorezca la aparición de la ansiedad social.

Por tanto el aprendizaje de habilidades sociales (relacionarse y actuar con/ante otros) puede estar influenciado por un conjunto de variables que conllevan un riesgo elevado para el sujeto de cara a desarrollar una fobia social, tales como: ausencia o carencia de entrenamiento previo, modo de afrontamiento de las primeras experiencias ante extraños y las referidas a la separación de los padres, influencia de los modelos significativos, estilo de educación familiar y en el contexto escolar, información recibida en relación a

cómo abordar la relación con extraños, determinantes biológicas, introversión y exposiciones a situaciones altamente estresantes

2. Fase de desarrollo de la fobia social

La intervención del aprendizaje, mediando la asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables organísmicas, da lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas, que incluyen respuestas de alerta, de escape y de evitación.

La exposición a la situación social temida generará un malestar significativo y respuestas de ansiedad (somáticas), las respuestas de ansiedad condicionarán a su vez que la situación empiece a percibirse como más desagradable o peligrosa, desencadenando la respuesta de alerta ante toda situación percibida como potencialmente peligrosa. Una vez establecido el patrón de respuestas de ansiedad condicionada ante situaciones sociales, empezaría la retroalimentación entre las reacciones de ansiedad y las respuestas de alerta.

A partir de aquí, cada vez se centrará más la atención en las señales de peligro provenientes de uno mismo (respuestas de ansiedad) y de la situación. La asociación daría lugar a la consolidación y generalización, con las consiguientes conductas de escape y de evitación.

Además, ante el intenso malestar experimentado, la persona también empezaría a creer que sus respuestas pueden ser percibidas por los demás como señales de algún problema y a temer los juicios negativos de los demás en relación a su conducta, lo cual terminará generando una autocrítica negativa, incrementando el aislamiento social.

3. Fase de mantenimiento de la fobia social

El temor a la relación/actuación con/ante otros se irá incrementando, de forma que la respuesta de alerta será desencadenada no solo por la exposición a situaciones sociales reales, sino también ante la evocación de situaciones vividas y/o ante el hecho de imaginarlas. Estas respuestas de alerta ponen en marcha un proceso en el que cada respuesta actúa como estímulo desencadenante de otras respuestas, tales como, respuestas somáticas, respuestas cognitivas (recuperación de la información memorizada, la

activación de los supuestos y expectativas negativas sobre la propia actuación y las consiguientes consecuencias, focalización de la atención en las señales que se perciben como amenazas) que terminarán produciendo un doble efecto: reforzar la imagen negativa sobre sí mismo e intensificar el carácter peligroso atribuido a la situación.

Finalmente el sujeto recurrirá no solo a respuestas de escape, sino también a la evitación de tales situaciones, lo que le llevará al aislamiento social que se presenta como un estado de evitación pasiva. Las respuestas de escape también tienen efectos negativos reales ya que las personas que actúan de esta manera son percibidas por los demás como distantes, frías, raras e incluso como engreídas, de ahí la impresión que suelen tener los fóbicos sobre el modo en que los perciben los demás, impresión que contribuirá al aislamiento social por miedo a la evaluación negativa y a una intensificación de la focalización de la atención (Olivares y Caballo, 2003).

2.6. Comorbilidad y consecuencias de la fobia social

Es bien conocida la alta comorbilidad de la fobia social con otros trastornos psicológicos, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Los trastornos comórbidos más frecuentes son: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (concretamente la depresión mayor) y abuso de sustancias. La comorbilidad con otros trastornos agrava la sintomatología, provocando niveles elevados de deterioro (Anderson y cols., 2004; Zubeidat y cols., 2006).

Según varias investigaciones, el TAS puede provocar una marcada reducción en diversos índices de calidad de vida e interferir de forma significativa en el funcionamiento social, escolar y laboral, así como en el desarrollo del niño y/o adolescente. Algunas de las consecuencias en el proceso de adaptación del niño/adolescente son: bajo rendimiento académico y el abandono escolar, un menor apoyo social percibido, menos relaciones íntimas o niveles mayores de afectividad negativa (Costello y cols., 2003; García López, 2003; Olivares, 2005)

La fobia social, además, suele acompañarse de otros problemas, tales como: déficits de habilidades sociales, falta de asertividad y baja autoestima

(Baños y cols., 2003). En relación al déficit de habilidades sociales, no está claro si el déficit es debido a la falta de habilidades o a una inhibición de las mismas. Por otra parte, las personas con déficit en habilidades sociales suelen experimentar aislamiento social, rechazo y una baja autoestima, como consecuencia de percibirse a sí mismas como incompetentes socialmente. La baja autoestima suele manifestarse en una autocrítica constante, autoevaluaciones negativas, culpa, sentimientos de inferioridad, predicciones de fracaso, alta frustración ante errores, inseguridad ante situaciones cotidianas y en las relaciones interpersonales y problemas de asertividad (Cava y Ochoa, 2001)

Respecto a la baja autoestima, algunos autores consideran que la relación entre baja autoestima y fobia social es posible una vez que el individuo se valore como incapaz de mostrar la imagen social deseada y aceptar que va a ser evaluado negativamente por los demás; por otra parte, a pesar de la posible asociación entre fobia social y baja autoestima, a menudo los sentimientos de inferioridad de las personas con fobia social suele estar referidos solo al ámbito de la competencia social (Baños y cols., 2003)

2.7. Evaluación y tratamiento

El trastorno suele tener un inicio temprano y un curso crónico si no es tratado adecuadamente, por tanto, el diagnóstico precoz es de gran importancia por: la influencia negativa que el trastorno puede tener en importantes procesos del desarrollo del niño o adolescente, la frecuente cronicidad en la evolución, la elevada comorbilidad con otras psicopatologías, las consecuencias del mismo a nivel escolar y social (García-López y cols., 2008),

En una de las últimas revisiones realizadas sobre los tratamientos para la fobia social infantil y adolescente, se observa que la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de primera elección para el trastorno de ansiedad social entre leve y moderado en este periodo evolutivo y la terapia farmacológica se recomienda en los casos más severos o en aquellos sujetos en los que por diversas razones no sea posible llevar a cabo una terapia cognitivo-conductual (Mancini y cols., 2005; Zubeidat, 2005)

La terapia cognitivo-conductual, incluye técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de control de la ansiedad, exposición situacional (in vivo, simulada o en imaginación), entrenamiento en habilidades sociales.

En relación a si las redes sociales podrían tener un carácter beneficioso para las personas con fobia social, según el psicólogo Nefthaly Montenegro (2011), si bien a través de las mimas estas personas podrían iniciar al menos una interacción con otras personas, aunque sea virtual; también, suponen una barrera pues no afrontan situaciones de interacción/actuación social reales y directas que es lo que realmente se busca con el tratamiento psicológico.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los fármacos más recomendados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

Ahora bien, aun siendo uno de los trastornos más frecuentes y pese a lo incapacitante que resulta para el individuo que lo padece, es un trastorno que recibe escasa atención en la práctica clínica.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- Estimar la prevalencia de posibles casos de fobia-ansiedad social en una muestra de población adolescente con edades comprendidas entre 14 y 16 años.
- Evaluar los niveles de autoestima en esta misma muestra
- Analizar si existe relación entre la ansiedad social y los niveles de autoestima

4. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, de carácter descriptivo y transversal, puesto que el estudio se llevará a cabo en un periodo delimitado, para conocer la prevalencia de ansiedad social y los niveles de autoestima en una muestra de adolescentes y correlacional para analizar la asociación entre las variables de ansiedad social y autoestima en esta misma muestra.

4.2. Población objeto de estudio y muestra

La población objeto de estudio serán sujetos de edades comprendidas entre 14 y 16 años que estén cursando 3º y 4º de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O) y 1º de Bachiller, matriculados en el instituto Lucas Martin Espino localizado en Icod de los Vinos, en la isla de Tenerife, Islas Canarias.

La muestra será de conveniencia y estará formada por un mínimo de 100 niños (50 varones y 50 mujeres)

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Edades comprendidas entre 14 y 16 años

4.3. Variables de estudio e instrumentos de evaluación:

Variables

- Sexo

- Fobia-Ansiedad social
- Niveles autoestima

Instrumentos de evaluación:

1. Instrumento para evaluar la ansiedad social: SADS

Para evaluar la ansiedad social se utilizará la adaptación española de la escala de ansiedad y evitación social (SADS). La escala fue diseñada por Watson y Friend en 1969 y evalúa la ansiedad experimentada en situaciones sociales y la tendencia a evitarlas.

En la adaptación española, se encontraron unos índices de fiabilidad test-retest de 0.68 (fiabilidad de la subescala de evitación 0,87 y de la subescala de ansiedad social 0.85) con una consistencia interna del 0.94. En cuanto a la validez, las correlaciones de esta escala con otros instrumentos de medida de ansiedad y timidez suelen estar por encima de 0.75 (Bobes y cols., 1999)

La escala consta de 28 ítems con formato de respuesta verdadero-falso. La puntuación se calcula asignando:

- a) En los ítems positivos, un punto a cada contestación indicada como verdadera y 0 a las indicadas como falsas.
- b) En los ítems negativos, los valores se invierten ($v = 0$, $f = 1$).

Al final, se pueden obtener tres puntuaciones:

- 1) Puntuación "Total" de evitación y ansiedad social, que será la suma de los valores de los 28 ítems.
- 2) Puntuación de "Evitación", que será la suma de los valores asignados a los ítems: 2, 4, 8, 9, 13, 17,18, 19, 21, 22,24, 25, 26 y 27.
- 3) Puntuación de "Ansiedad Social", que será la suma de los valores de los ítems: 1, 3, 5, 6,7, 10, 11, 12, 14, 15, 16,20, 23 y 28.

El rango de puntuaciones totales oscila entre 0 y 28, siendo el punto de corte para discriminar entre personas con posible fobia social y sanas 18-20, a mayor puntuación, menor ansiedad y evitación social (Bobes y cols., 1999)

Por tanto, en este estudio utilizaremos como criterio para considerar un posible caso de fobia/ansiedad social una puntuación igual o inferior a 18 puntos

2. Instrumento para evaluar la autoestima

Se utilizará la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) diseñada para medir el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma (Anexo 2).

La escala fue desarrollada inicialmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, aunque en la actualidad se utiliza en otros grupos etarios. Es uno de los instrumentos más utilizados para la medición de la autoestima. La escala ha sido traducida y validada en distintos idiomas y países. Schmitt y Allik realizaron en el año 2005 un estudio multicultural en 53 países, encontrando que en 48 de ellos la escala muestra una confiabilidad en torno al 0,75 (Rojas-Barahona y cols., 2009). La fiabilidad y validez de la adaptación española de la escala confirman una alta consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad (Vázquez-Morejón y cols., 2004).

Su aplicación es simple y rápida. Está formada por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados en forma positiva y la otra mitad en forma negativa. Los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo). Para su corrección se invierten las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9,10) y posteriormente se suman todos los ítems, oscilando la puntuación total, por tanto, entre 10 y 40.

Los puntos de corte propuestos para su evaluación son ((Rojas-Barahona y cols., 2009).

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Se considera normal.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. Se recomienda mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima

4.4. Metodología de trabajo

- En un primer momento se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio a través del punto Q del Servicio de Biblioteca de la Universidad de La Laguna. Las palabras claves utilizadas fueron: trastorno de ansiedad social, fobia social en población infanto-juvenil.
- El siguiente paso será contactar con la dirección del centro para solicitar una entrevista en que se explicará el proyecto, sus objetivos, los instrumentos de evaluación, a la vez que se solicitará permiso y colaboración para llevarlo a cabo.
- Con posterioridad se convocará a los padres con el mismo objetivo, además se les enviará la información sobre el estudio por escrito, y se les solicitará el consentimiento informado en el que autoricen la participación de sus hijos en el estudio
- Los participantes cumplimentarán el instrumento de forma voluntaria y anónima, previamente se les dará las instrucciones, además el entrevistador estará presente durante la cumplimentación del mismo por si hubiera que aclarar dudas.
- A continuación se procederá al análisis de los datos

4.5. Análisis de los datos

- Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS
- Se describirá la muestra según las puntuaciones obtenidas en las distintas sub-escalas de la escala de ansiedad y evitación social, mediante medias, desviaciones típicas y rango, de forma general y por sexos para poder establecer comparaciones mediante la t de student. Igualmente la muestra se describirá agrupando las puntuaciones totales obtenidas en esta escala en dos categorías: posibles casos y posibles no casos de fobia social y se describirá mediante porcentajes.
- Por otra parte, se describirá la totalidad de la muestra según los resultados obtenidos en la escala de autoestima, agrupándose en tres categorías: baja, media y alta y se describirá mediante porcentajes que serán representados con gráficas de frecuencia

- En el análisis bivariado, para analizar la relación entre la variable fobia social (posibles casos y posibles no casos) y los niveles de autoestima (categorías: baja, media y alta), se utilizará el estadístico de la chi cuadrado. Se considerará un nivel de significación de $p < 0.05$

Con posterioridad todos estos resultados se discutirán en base a los estudios de referencia sobre el tema.

4.6. Cronograma.

Las fases del estudio y los tiempos estimados para su realización se detallan a continuación

Actividad	Tiempo Estimado
1º fase: búsqueda bibliográfica y análisis documental	1 mes
2º fase: elaboración del proyecto y desarrollo del marco teórico del estudio	1 mes
3ª fase: captación de los participantes y recogida de datos	3 meses
4º fase: análisis de los datos, discusión de los resultados y redacción del informe final	4 meses

4.7. Limitaciones y cuestiones éticas

- Una posible limitación, al tratarse de una participación voluntaria, es que las personas más tímidas o incluso con ansiedad social eviten participar, o que se falseen las respuestas, con el consiguiente sesgo en los resultados.
- Por otra parte, la participación en el estudio no conlleva riesgos para los sujetos entrevistados, quienes consentirán participar voluntariamente y con la autorización de sus tutores legales, garantizándose la confidencialidad.

5. BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
2. Bados, A. (2014). Fobia social. Madrid: Editorial Síntesis
3. Baños, R.M., Botella, C., Guillen, V., Bedito, M. (2003). Fobia social: comorbilidad y diagnóstico diferencial. En Botella, C., Baños, R.M., Perpiña, C. (eds). Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social (pp 37-64). Barcelona: Paidós
4. Becerril Rodríguez, E. (2012). La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida: los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia.
5. Bobes, J., Badia, X, Luque, A. Y cols. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Seehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Medicina Clínica, 112, 530-538
6. Botella, C., Baños, R.M., Perpiña, C. (eds). Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. Barcelona: Paidós
7. Cárdenas, E.M., Fera, M., Palacios, L., de la Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México
8. Cava, M. J., & Ochoa, G. M. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54 (2), 297-311.
9. Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeker, G, Angold, A., (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in children and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60 (8), 837-44
10. García López, L.J., Olivares, J., Vera-Villaroel, P.E. (2003). Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población de habla española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 51-59
11. García-López, LJ, Piqueras JA, Díaz-Castela, MM, Inglés CJ. (2008) Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16 (3), 501-533
12. García-López, L. J., Iruñia, M. J., Caballo, V. E., & del Mar Díaz-Castela, M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología Conductual*, 19 (1), 223.
13. Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J, Brugha TS, de Girolamo G, et. al. (2008). "Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders: a study in six European countries. *Zoco Psychiatry Epidemiol*, 43(4), 266-72.
14. Inglés, C.J., Méndez, F.X., Hidalgo, M.D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104
15. Inglés, C.J., Méndez, F.X., Hidalgo, M.D., Rosa, A.I., Orgilés, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1-21
16. Inglés, C.J., Martínez-Montequado, M.C., Delgado, B., y cols (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de

- adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y aprendizaje*, 31, 449-461
17. Inglés, C.J., Piqueras, J.M., García Fernández, J.M. y cols (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema* 22 (3), 376-381
 18. Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. y Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and risk of social phobia in offspring. A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
 19. Mancini, C., Van Ameringen, M., Bebbett, M. et al. (2005). Citado por García-López, L.J., Piqueras J.A., Díaz-Castela, M.M., Inglés C.J. (2008) Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16 (3), 501-533
 20. Méndez, F.X., Inglés, C.J., Hidalgo, M.D. (2002). Estrés en las relaciones interpersonales: un estudio descriptivo en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 8, 25-36
 21. Montenegro, N. (2011) [acceso 28 de abril del 2016]
Disponible en: <https://ansiedad-social.com/2011/07/03/las-redes-sociales/>
 22. Olivares, J., Rosa, A.I., Piqueras, J.A., y cols (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10, 523-542
 23. Olivares, J., Rosa, A.I., Caballo, V.E., García-López, L.J. y Orgiles, M. (2003). El tratamiento de la fobia social en la infancia y la adolescencia: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 510-522
 24. Olivares, J., Caballo, V.E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11 (3), 483-515
 25. Olivares, J., Caballo, V.E., García López, J.J. y cols (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428
 26. Olivares, J., Piqueras, J.A., Sanchez-García, R. (2004). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS): estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, 12, 251-268
 27. Olivares, J., Piqueras, J.A., Sanchez-García, R. (2004). Fobia social en la adolescencia: el miedo a relacionarse y a actuar ante los demás. Madrid: Pirámide.
 28. Olivares, J., Rosa, A.I., Piqueras, J.A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17 (1), 1-8
 29. Olivares, J., Piqueras, J.A., Rosa, A.I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psychothema*, 18, 207-212
 30. Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40 (1), 7-21
 31. Organización Mundial de la Salud (OMS) (CIE-10) (1992): Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor
 32. Piqueras, J.A., Olivares, J. Y López-Pina, J.A. (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 67-77

33. Rodríguez, J.O., Rodríguez, J.P., y Alcázar, A. R. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18 (2), 207-212.
34. Rodríguez, J. O. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 40 (1), 7-21.
35. Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., & Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137 (6), 791-800.
36. Sierra, J. C., Zubeidat, I., & Fernández Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividades*, 6 (2), 472-517.
37. Vázquez, A.J., Jiménez, R, Vazquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosemberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicol*, 22, 247-55
38. Willetts, L. Y Creswell, C. (2007). Citado por García-López, LJ, Piqueras JA, Díaz-Castela, MM, Inglés CJ. Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*; 2008, 16 (3), 501-533
39. Zubeidat, I. (2005). Tesis doctoral: Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes. Facultad de Psicología, Universidad de Granada
40. Zubeidat, I, Fernández, A., Sierra, J.C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24, 71-86
41. Zubeidat, I., Sierra, J.C., Fernández Parra, A. C. (2006). Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *Med. Psicosom*, 79, 79-80
42. Zubeidat, I., Salinas, J. M., Sierra, J. C. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18 (1), 57-81.

6. ANEXOS

ANEXO I. ESCALA DE ANSIEDAD Y EVITACIÓN SOCIAL (SADS)

(versión española validada, Bobes y cols, 1999)

A continuación se realizan algunas afirmaciones. Por favor marque la opción que mejor lo describa

Por favor, contesta utilizando: V = Verdadero F = Falso

1. Me siento relajado aún en situaciones sociales poco conocidas. V F
2. Trato de evitar situaciones que me obliguen a ser muy sociable. V F
3. Es fácil para mí relajarme cuando estoy con extraños. V F
4. Tengo deseos de evitar a la gente. V F
5. Me ponen muy nervioso las situaciones sociales. V F
6. Generalmente me siento tranquilo y cómodo en las situaciones sociales. V F
7. Me siento tranquilo cuando hablo con alguien que me atrae. V F
8. Trato de evitar hablar con las personas, a menos que las conozca bien. V F
9. Aprovecho la oportunidad de conocer nuevas personas. V F
10. Me siento muy nervioso en reuniones donde hay personas que me parecen atractivas. V F
11. Me pongo muy nervioso con las personas sino las conozco bien. V F
12. Me siento tranquilo cuando estoy con un grupo de personas aunque no las conozca bien. V F
13. A menudo deseo alejarme de la gente. V F
14. Me siento muy incómodo cuando estoy con un grupo de personas que no conozco. V F
15. Me siento tranquilo cuando conozco a alguien por primera vez. V F
16. Cuando me presentan con otras personas me siento nervioso. V F
17. Aunque un lugar esté lleno de desconocidos, soy capaz de entrar tranquilamente. V F
18. Evito integrarme a un grupo grande de personas. V F
19. Cuando mis jefes quieren hablar conmigo, yo hablo con ellos tranquilamente. V F
20. Me siento nervioso cuando estoy con un grupo de gente V F
21. Me alejo de las personas. V F
22. No me incomoda hablar con la gente en fiestas o reuniones sociales. V F
23. Rara vez estoy tranquilo entre un grupo de gente. V F
24. Invento excusas para poder evitar compromisos sociales. V F
25. Tomo la iniciativa de presentar a personas entre sí. V F
26. Evito compromisos sociales muy formales. V F
27. Acudo a cualquier compromiso social que tenga. V F
28. Me resulta fácil estar tranquilo en compañía de otras personas. V F

ANEXO II: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mi				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a				
8. Desearía valorarme más a mi mismo				
9. A veces me siento verdaderamente inútil				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada				

Anexo 3: Consentimiento informado

Don/Doña _____, con DNI nº _____, manifiesta haber recibido y comprendido la información dada en relación al estudio sobre ansiedad social en adolescente que se realizará en el instituto Lucas Martin Espino localizado en Icod de los Vinos, en la isla de Tenerife, Islas Canarias.

En cuanto a los datos personales, de acorde con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, serán confidenciales

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento.

Por todo lo anterior, otorgo mi consentimiento para la participación de mi hijo/a: _____ en el estudio.

En _____, a _____ de _____ del año 20__.

Fdo.: