



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE PSICOLOGÍA

“Ansiedad social en la adolescencia: una revisión teórica”

Alumnos: David González Rivero
Nathali Machicao Nocerino

Tutora: Maria Elena Conde Miranda
Marta García Ruiz

Curso académico 2015-2016

Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Psicología y Logopedia

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología por la Universidad de La Laguna

Curso 2015-2016

Resumen

El objetivo de nuestra revisión teórica se centra en analizar datos epidemiológicos, los factores personalidad asociados, relación con el rendimiento escolar, factores familiares asociados, otros factores y metodología de evaluación de la ansiedad social en la adolescencia y sus implicaciones. Las principales conclusiones de nuestro estudio fueron: la gran influencia del contexto familiar y estilos educativos, la importancia de la autoestima-autoconcepto en su concepción del mundo, el importante efecto negativo en el éxito escolar.

Palabras claves

Fobia social, adolescencia, prevención, factores de riesgo, factores de protección.

Abstract

The aim of our theoretical review focuses on analyzing epidemiological data , factors associated personality , relationship with school performance , family factors associated , other factors and methodology for assessing social anxiety in adolescence and its implications. The main findings of our study were : the great influence of family background and educational styles , the importance of self-concept in their way of seeing the world , the major negative impact on school success.

Key words

Social phobia, adolescence, prevention, risk factors, protective factors.

INTRODUCCIÓN

La psicología se ha interesado por el concepto de ansiedad desde el principio del siglo XX (Tobal y Casado-Morales. 1994). Sin embargo, es la década de los ochenta la que psicólogos como Husain y Jack Maser, consideran como el periodo de la ansiedad. Es a partir de entonces cuando la ansiedad pasa a ocupar un lugar preferente en la investigación, lugar que perdura hasta nuestros días (Sierra, Virgilio y Zubeidat. 2003)

Este trastorno es uno de los que mayor interés suscita en la investigación, ya que ocupa el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos del comportamiento. Inclusive, para algunos psicólogos y psiquiatras, se considera la epidemia silenciosa del siglo XXI. Se calcula que dicho trastorno afecta como promedio a un sexto de la población mundial.

Sin embargo, los estudios científicos sobre los problemas de ansiedad en la etapa de la infancia y la adolescencia, tienen una historia muy reciente si se lo compara con la gran cantidad de investigaciones realizadas sobre esta problemática en población adulta (*Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (Caballo y Simón, 2006). Esta escasez de investigaciones es tanto más preocupante cuando la incidencia de este trastorno, es tan prevalente (Basile, Carrasco y Martorell., 2015), y la cantidad de limitaciones que conllevan en la vida cotidiana de los adolescentes afectados, es tan alarmante (American Psychiatric Association, 2014). La evidente falta de información en dichas etapas evolutivas y, los nuevos datos que indican una edad de inicio cada vez más temprana en lo que a sintomatología ansiosa se refiere, son los principales motivos que nos han impulsado a analizar el impacto de los trastornos de ansiedad en la adolescencia.

Afortunadamente el interés por profundizar en el conocimiento de dicha patología en la infancia y la adolescencia se ha ido afianzando en los últimos años. Tanto es así, que la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) recoge diferentes tipos de ansiedad: trastorno de mutismo selectivo, trastorno de ansiedad ante la separación, trastorno de fobia específica, trastorno de ataque de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad o fobia social. Este trabajo se centrará en este último trastorno: Trastorno de Ansiedad Social (TAS) o Fobia Social (a lo largo de este trabajo se utilizarán ambos términos), ya que, dicho trastorno tiene un gran impacto en la adolescencia. Autores como Espinosa-Fernández, Muela y García-López, (2016), señalan que se trata de un grave problema de salud pública, que requiere de una consideración especial por parte de la comunidad científica.

El DSM-5, define la ansiedad social como un miedo o ansiedad intensa a una o más situaciones sociales en las que un individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla). El individuo tiene miedo a actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoran negativamente (es decir, sentirse humillado o avergonzado, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). Es necesario que los síntomas duren más de 6 meses para ser considerado como TAS y además se debe especificar con la etiqueta “solo

actuación” si se trata exclusivamente de miedo a actuar en público (Tortella-Feliú, 2014)

Diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que el Trastorno de Ansiedad Social es un trastorno psicológico altamente prevalente en población infantil y juvenil, llegando a ser considerado como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase de la vida (Espinosa-Fernández et al., 2016). Este dato es preocupante y muestra la necesidad de indagar en los factores que hacen a los adolescentes una población predispuesta a padecer fobia social.

Por ello, este estudio persigue un doble objetivo: realizar una revisión que pueda servir como una base clara y actualizada sobre la cual puedan impulsarse nuevas investigaciones que aborden la temática. Y además, que dicha revisión permita ampliar el conocimiento sobre la patología, para de este modo poder trabajar en una prevención adecuada respecto al estado actual del trastorno. Para ello esta revisión se centrará en conocer diversos aspectos del Trastorno de Ansiedad Social en la adolescencia:

- 1) Epidemiología del TAS en la adolescencia.
- 2) Factores de personalidad asociados al TAS.
- 3) Relación entre rendimiento escolar y TAS.
- 4) Factores familiares asociados al TAS.
- 5) Otros factores asociados.
- 6) Metodología e instrumentos utilizados en su evaluación.

MÉTODO

Materiales

Para la realización de esta revisión se analizaron un total de veinte artículos. Cinco de los cuales eran artículos de revisión, que resumen el estado actual sobre el trastorno de ansiedad social. El resto de artículos analizados (15) eran documentos de investigación. Los 20 artículos revisados están publicados en las siguientes revistas:

- Clínica Contemporánea.
- Clínica y Salud.
- The Canadian Journal of Psychiatry.
- Psicodidáctica.
- Revista de psicología clínica con niños y adolescentes.
- Behavioral psychology.
- Preventive Medicine.
- Infancia y aprendizaje.
- Journal of behavior, health & social issues.
- Electronic journal of research in Educational Psychology.
- Revista Médica Clínica Las Condes.
- Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.
- Terapia Psicológica.
- Revista iberoamericana de psicopatología.
- Psicothema.
- Salud mental.

- Journal of abnormal child psychology.
- Liberabit.

También se utilizaron dos manuales: para la realización de la introducción el manual "*Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*" (Caballo y Simón, 2006) y para definir el trastorno el "*Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*" (American Psychiatric Association, 2014)

Procedimiento

Se realizó una revisión de estudios con muestras adolescentes de ámbito nacional (España) e internacional (Chile, México, Argentina, Reino Unido, EEUU y Canadá) publicados entre el año 2007 y el 2016, en las bases de datos Pubmed, Dialnet, a través del punto Q de la biblioteca de la ULL. Desde la biblioteca online de la UNED accedimos a la base de datos Psicodoc. Los artículos analizados se encontraban disponibles en Español a excepción de tres de los artículos, publicados en Inglés. Los términos para realizar la búsqueda fueron: "ansiedad y adolescencia", "ansiedad social", "ansiedad social y adolescencia" y "fobia social y adolescencia".

Para poder incluir el material encontrado a nuestro estudio los trabajos debían cumplir un criterio de actualidad. El objetivo que nos fijamos era recolectar información lo más novedosa posible, y por ello los artículos incluidos son del año 2007 hasta la actualidad.

Análisis de la información

Con el fin de analizar los datos de una forma sistemática, organizada y estructurada se recogió el contenido de cada artículo en una tabla en la que se introdujo la siguiente información: autores, año de publicación, nacionalidad, metodología y un breve resumen de resultados. La tabla se presenta a continuación:

Basile, Carrasco y Martorell (2015) España Caso unico	1- Los problemas de ansiedad son una de las alteraciones más prevalentes en la población general y específicamente en la población infantil y adolescente. 2- Su origen tiene una base multicausal que incluye, entre otras, variables temperamentales, psicobiológicas, alteraciones del procesamiento emocional, dificultades de apego, historia de sucesos traumáticos, psicopatología de los padres o problemas de regulación emocional. En relación con esta última, las personas con dificultades en el manejo efectivo de sus respuestas emocionales a los acontecimientos cotidianos experimentan periodos más graves y duraderos de malestar que pueden conducirles a alteraciones de ansiedad y depresión
---	--

De Lijster et al (2016) - 8 estudios reportan edad de inicio y género.

Chile
 1- Población general de 12 a 128 años
 2- 2472 casos

grupo etario, las más frecuentes fueron los trastornos ansiosos con 15.7% (asociados con discapacidad: 7.4%)
 - Fobia social: La fobia social tiene una prevalencia en Chile de 5.1% con una discapacidad de 3,9%.(Vicente y cols.).

García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Ingles. (2008) España Revisión teórica

- Papel de los padres
- Genes
- TAS destacan el bajo rendimiento académico y el abandono escolar, un menor apoyo social percibido, menos relaciones íntimas o niveles mayores de afectividad negativa y pesimismo social.

Gómez-Ortiz, Casas y Ortega Ruiz (2016). España y Reino unido N=2060 (12-19 años)

Autoestima, la competencia social, los estilos educativos parentales y la disciplina parental, predicen de forma significativa el desarrollo de ansiedad social en población adolescente. El ajuste social es el componente de la competencia social que ha demostrado el mayor valor predictivo sobre la ansiedad social.

Gunnell et al (2016) EEUU N=1160 (10- 21 años)

- Actividad física < Tiempo en pantalla y síntomas de ansiedad y depresión.
- Los síntomas de A más elevado se encontraron asociados a mayor cantidad de Tiempo en pantalla > Actividad física
- Se encontró una bidireccionalidad nula. Quiere decir que Actividad física < Tiempo en pantalla durante la adolescentes no predice un aumento de la sintomatología ansiosa y depresiva
- Siempre que aumentó la ansiedad, también aumentó síntomas de depresión y Tiempo en pantalla.

Inglés et al. (2008) España N=2022 (alumnos de institutos de 12-15años)

- 12% de la muestra presentaba ansiedad social.
- Mujeres > Hombres probabilidad De AS.

Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado y Ruiz-Esteban (2010) España N= 317 (12-17 años)

- Las chicas presentan niveles significativamente más altos en AS que los chicos
- Las diferencias halladas en adolescentes socialmente ansiosos para las diferentes dimensiones de AS, cabe destacar que mientras que las mujeres informan de niveles más altos en respuestas cognitivas y psicofisiológicas y en el foco atencional, los varones son quienes exhiben mayores respuestas de evitación y/o escape (tener en cuenta la influencias del rol y la cultura - limitación-)

Jiménez-López y Jurado (2013). México N=3164 (12-18 años)

En este estudio no se encontraron diferencias significativas en el consumo de alcohol entre el grupo con alta AS y el de baja.

Olivares-Olivares, Maciá, Chittó Gauer, Olivares y Amorós (2013) España N=29 (14-17 años)

- Muestran diferencias sig. Solo en el número de situaciones sociales temidas/evitadas (1 de las 9 variables cuantitativas)

- No se hallaron diferencias intergrupo en cuanto a comorbilidad excepto en la variable Trastorno obsesivo-compulsivo

Por lo que concluyeron con la posibilidad de que el TPE podría considerarse una entidad diagnóstica perteneciente al continuo AS.

Orgilés, Johnson y Huedo-Medina Espada (2012) España N=171 (14-18 años)

- Los adolescentes con padres divorciados tenían más suspensos y peor auto-concepto académico

- En el estudio no se respalda la relación entre AS y el divorcio de los padres.

“Aunque esta cuestión no está clara, la exposición de los adolescentes con padres divorciados a una mayor variedad de situaciones sociales podría generar en ellos menos ansiedad a interactuar socialmente, por lo que a pesar de lo esperado sus puntuaciones en ansiedad social no difieren de las del grupo con padres casado”

Schaefer y Rubí (2015) Revisión teórica

1) AS. Operativa / AS constitutiva
 2) - El tratamiento recomendado por la American Psychology Association es el modelo cognitivo-conductual. Con un 64,2% de altas. (Abordaje estratégico-conductual)

- Terapia estratégica breve (Abordaje estratégico-conductual)
- Mapas narrativo (abordaje narrativo)

Sierra, ortega y Zubeidat (2003) Tesis doctoral.

Marco teórico: Relevancia de la ansiedad y distinción entre ansiedad, angustia y estrés.

Tortella-Feliu (2014)

Marco teórico: Cambios en los criterios del DSM-5 sobre FS

Torrente, Piqueras, Orgilés y Espada (2014)

- Los adolescentes con puntuaciones elevadas en

España
N=446 (12-16 años) adicción a Internet presentan mayores niveles de ansiedad social y dificultades en las habilidades sociales.

- Además, la adicción intrapersonal se asoció positiva y significativamente tanto con el grado de ansiedad social como con la falta de asertividad.

<p>Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas (2008). España. N=1012 (alumnos de institutos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres > Hombres probabilidad sufrir ansiedad social - Deportes, relacion sociales intimas, independecia corr (-) con ansiedad - Timidez infantil = predictor sufrir ansiedad en adolescencia - Los problemas internalizantes se asocian más que los externalizantes con la ansiedad social
---	--

Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas (2007)
España
N=961 (alumnos de institutos)

Los resultados indicaron que los jóvenes con ansiedad social mostraban un porcentaje de comorbilidad superior al presentado por los jóvenes con otras psicopatologías en los índices referentes a la ansiedad y evitación de situaciones sociales mientras que el segundo grupo supera al primero en otros problemas clínicos menos relacionados con la interacción social. El grupo con ansiedad social generalizada mostró un porcentaje de comorbilidad significativamente mayor al grupo con ansiedad social específica en los índices clínicos referentes a las situaciones de actuación e interacción social, así como en los índices paranoia, autoestima e introversión social.

RESULTADOS

Conforme a los objetivos planteados se han encontrado los siguientes resultados, en función de las categorías analizadas:

Epidemiología.

La prevalencia del trastorno de ansiedad social encontrada en los artículos analizados coinciden en que entre el 8% y el 12% de la población de adolescente españoles cumplen los criterios de diagnóstico para ansiedad o fobia social (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés., 2008; Inglés et al 2008; Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López y Delgado, 2010; Olivares-Olivares, Maciá, Gauero Olivares y Amorós., 2014). Estos datos fueron replicados en otros países Europeos y Norteamericanos (Inglés et al., 2008). Aunque estudios más actuales indican que el porcentaje de población afectada se sitúa entre el 5,5% y 12,06% (Gómez-Ortíz, Casas y Ortega-Ruíz, 2016).

En cuanto a diferencias de género, los trastornos de ansiedad aparecen con mayor frecuencia en mujeres y, no será una excepción el caso de la ansiedad social (García-López et al., 2008; Gómez-Ortíz et al., 2016; Inglés et al., 2008; Orgilés et al., 2012; Zubeidat, Parra, Sierra y Salinas, 2008). De hecho, se ha observado que el porcentaje de hombres afectados es de 11,1% frente a un 15,5% que se da en mujeres (Schaefer y Rubí, 2015).

Respecto a la edad de inicio se ha observado que se establece alrededor de los 10 y 16 años (Espinosa-Fernández et al., 2016; Gómez-Ortíz et al., 2016; Orgilés, Johnson, Huedo-Medina y Espada, 2012). Aunque el pico de edad en el cual se desarrollan más casos se observa entre los 13 y 15 años (Inglés et al., 2008; Inglés et al., 2010). Espinosa-Fernández et al. (2016) tras revisar los estudios llevados a cabo con muestras de niños y adolescentes señalaron que la edad media en la cual se desarrolla el TAS se situaba entre los 11.30 y los 12.70 años. Estos resultados coinciden con los encontrados por De Lijster et al (2016), donde tras revisar estudios sobre la edad de inicio del TAS en adolescentes en diferentes países concluyen que el trastorno de ansiedad social tiene inicio antes de los 15 años. Por otro lado, en el mismo estudio no encontraron diferencias entre géneros en la edad de inicio del trastorno, aunque sí que fueron encontradas diferencias en el nivel de desarrollo de los países, siendo en los más desarrollados donde se inicia más temprano. Un dato que nos alarma es el encontrado por García-López et al. (2008), donde se afirma que niños de 8 años de edad ya podrían cumplir los criterios para el diagnóstico de Fobia Social. Esta teoría se ve sustentada por el criterio de edad de inicio recogido en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), donde se apoya un inicio desde los 8 años.

Hablando en términos de comorbilidad, se ha observado que los trastornos de ansiedad o depresión en los adolescentes predecían una probabilidad doble o triple de padecer los mismos en la madurez, resultado que es más evidente para la fobia simple y social que para otros trastornos (Zubeidat et al., 2008). Incluso, algunos autores establecen que la probabilidad de encontrar fobia social asociado a uno o más trastornos es del 69% al 92% (García-López et al., 2008).

En numerosos estudios se ha vinculado el trastorno de ansiedad social con otros tipos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno por abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas, con déficit en habilidades sociales y sentimientos de inferioridad.

Uno de los resultados más reiterativos en el análisis de la evolución del trastorno muestra que la ansiedad social suele preceder al inicio de depresión mayor (García-López et al., 2008; Zubeidat et al., 2007; Zubeidat et al., 2008;)

Algunas de las tasas de comorbilidad observadas con la fobia social, son las siguientes: fobia específica (75%), episodio depresivo mayor (30%), ansiedad generalizada (27%), trastorno distímico (20%), trastorno angustia/pánico con agorafobia (14%), abuso de alcohol y otras sustancias (10%), trastorno obsesivo-compulsivo (9%) y trastorno de estrés postraumático (7%). (Zubeidat et al., 2007; Zubeidat et al., 2008). Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) el Trastorno de Ansiedad Social es comórbido frecuentemente con el trastorno dismórfico corporal o el trastorno bipolar. En niños es frecuente la comorbilidad con autismo de alto funcionamiento y el

mutismo selectivo. Además, la forma más generalizada de ansiedad social, es a menudo comórbida con trastorno de personalidad evitativa. (Olivares-Olivares, Macía, Gauer, Olivares y Amorós, 2014) relacionan también la fobia social con trastorno de personalidad evitativa.

Factores de personalidad asociados al TAS.

Se han identificado algunos factores de personalidad que pueden ir asociados a la fobia social. Aquellas personas que presentan una personalidad introvertida e inestable (Gómez-Ortíz, 2016), o la falta de habilidades sociales y en concreto, haber tenido una historia de timidez infantil parece actuar como una expresión temprana de fobia social que más tarde podría consolidarse como cuadro clínico (García., 2011; Zubeidat et al., 2007; Zubeidat et al., 2008). La investigación realizada por Olivares-Olivares et al, (2014), en la que se analizaban las diferencias cualitativas o cuantitativas entre el trastorno de personalidad evitativa (TPE) y trastorno de ansiedad social (TAS), concluye que cumplen los mismos criterios diagnósticos y que sólo se diferencian en el criterio “número de situaciones sociales temidas”.

Las cualidades de autoestima y de autoconcepto se ven deterioradas en las personas diagnosticadas con el trastorno de ansiedad social, ya que el miedo a la evaluación negativa y la evitación de situaciones sociales conocidas o nuevas interfiere con el desarrollo del autoconcepto general, físico y académico. (Delgado, Inglés y García-Fernández., 2013; Zubeidat et al., 2007) Aunque también, una pobre autoestima y autoconcepto parece predisponer al desarrollo de la ansiedad social. Es decir, aquellos jóvenes que presentan un peor autoconcepto, presentan un mayor riesgo de desarrollar fobia social (Delgado et al., 2013; García-López et al., 2008). Continuando con los datos encontrados, los adolescentes con ansiedad social presentan mayor probabilidad de percibir de forma negativa la relación con iguales del mismo sexo, de considerarse peores estudiantes (autoconcepto académico general), de percibirse menos atractivos y atléticos y de ser emocionalmente más inestables que los estudiantes sin ansiedad social (Delgado et al., 2013). Se ha encontrado déficit en inteligencia y regulación emocional en los estudiantes con ansiedad social, caracterizados por poseer dificultades para comprender las propias emociones y reorganizarlas (Gómez-Ortíz et al; 2016).

Relación rendimiento académico – TAS.

En el ámbito académico, según Delgado et al. (2013) y el DSM-5 (American Psychiatric Association. 2014) los alumnos ansiosos sociales presentan de manera frecuente conductas evitativas ante las tareas escolares, lo que les dificulta poder poner a prueba sus aprendizajes académicos, llevándoles a presentar mayor desajuste escolar y al abandono temprano de los estudios. En el DSM-V se asocia con tasas elevadas de abandono escolar. Estos autores resaltan cómo el autoconcepto académico se convierte en un componente central del éxito escolar, actuando como predictor directo e indirecto del rendimiento. Por tanto, los adolescentes que padecen ansiedad social presentan una mayor tendencia a valorarse como peores estudiantes que los que no padecen ansiedad social.

Factores familiares y parentales asociados al TAS.

En relación a la influencia familiar y parental, diferentes estudios han detectado la gran relevancia que tiene el contexto familiar en el posible desarrollo de una fobia social durante la adolescencia. Se evidencia que una elevada timidez infantil se asocia directamente con una ansiedad social materna y con formar parte de un entorno familiar inactivo socialmente. Al igual que se ha demostrado una fuerte asociación entre la fobia social que presentaban los padres con la de sus hijos. Algunas psicopatología presentada en progenitores y el estilo educativo que estos imponían, también tiene mucho que explicar en el desarrollo del trastorno tratado (Zubeidat., 2008). Investigaciones como las citadas en García-López et al. (2008) también concluyen que las interacciones padre-hijo juegan un papel interactivo y significativo en el desarrollo y mantenimiento del TAS.

En cuanto a la estructura familiar, Orgilés et al. (2012) en contra de lo esperado, no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad social en niños con padres divorciados.

Estudios más recientes, como el de Espinosa-Fernández et al. (2016) recopilan muchos datos que apoyan que la presencia de críticas por parte de los padres, es un potente predictor en el desarrollo de ansiedad social. La sobreprotección parental también correlaciona con la presencia del trastorno investigado.

Otras investigaciones afirma que las madres de niños con fobia social puntuaban más alto en hostilidad. De hecho, un estudio diferente, observó que la sobreprotección de las madres y el rechazo de los padres, sólo se observaban en las muestras de adolescentes que padecían TAS.

Estos datos no solo afectan al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad social, sino que también influyen negativamente en el tratamiento del trastorno. Los adolescentes con familias que presentan alta emoción expresada (crítica, hostilidad y sobreprotección), se benefician menos o se asocia a peores resultados en el tratamiento. El estudio llevado a cabo por Gómez-Ortiz et al. (2016), muestra que aquellos progenitores que usan prácticas negativas como, control conductual y psicológico paterno o materno, la revelación hacia el padre en el grupo de menores de 15 años y la disciplina inductiva materna para los estudiantes de 15 años o mayores, parecen predisponer al desarrollo del trastorno.

Otros factores.

Gunnell et al. (2016) en un estudio sobre la relación de actividad física, tiempo frente a la pantalla y ansiedad concluye que a mayor tiempo frente a la pantalla, mayor número de síntomas de ansiedad presenta la persona. Además Torrente, Piqueras, Orgilés y Espada. (2014) han encontrado relación entre la ansiedad social, la falta de habilidades sociales y la adicción a internet. Los resultados hallados muestran cómo los adolescentes con mayor puntuación en adicción a internet, presentan un mayor nivel ansiedad social y de dificultades en habilidades sociales. Por un lado, se encontró que, la adicción intrapersonal se asoció positiva y significativamente con el grado de ansiedad social y con la falta de asertividad. Por otra parte, la adicción interpersonal se asoció en mayor medida con la ansiedad social. Estos resultados son consistentes respecto a

estudios anteriores donde se relaciona uso adictivo de internet en adolescentes con ansiedad social y carencias en habilidades sociales.

Por lo que respecta al consumo de alcohol, en un estudio realizado por Jiménez-López y Jurado-Cárdenas (2014), en el que se comparó el consumo del alcohol en dos muestras (una con bajo grado de ansiedad social y el otro, con un alto grado). No se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos.

Las consecuencias negativas que se derivan del trastorno de ansiedad social pueden llevar al adolescente a pensar en el suicidio como una solución. La variable que ha mostrado ser determinante en la relación *Ansiedad social-Ideación suicida* es la *soledad percibida*. Por tanto los adolescentes que más solos se sienten son los que tienen mayores probabilidades de pensar en suicidarse (Gallagher, Prinstein, Simon y Spirito. 2014). Se han encontrado escasos resultados sobre estudios que asocien la ansiedad social con tendencia a la ideación suicida.

Metodología e instrumentos.

Acerca de los métodos e instrumentos de evaluación se ha encontrado que la mayoría de los estudios realizados sobre esta temática utilizan una metodología transversal: miden diferentes factores, en una población bien definida y en un momento del tiempo determinado. Según Delgado et al (2013); Inglés et al. (2010), en cuanto a los instrumentos usados a la hora de evaluar, el que mejor propiedades psicométricas presenta en la evaluación de la ansiedad social es el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI). Se trata de una herramienta autoinforme. De hecho, la mayoría de instrumentos usados en este ámbito son de medida autoinformada (como por ejemplo, Self Description Questionnaire, Escala de Ansiedad en Interacción Social).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Partiendo de los objetivos planteados y en vista de los resultados obtenidos, cabe destacar los datos de prevalencia, donde se observa claramente como un porcentaje importante de los adolescentes sufren las consecuencias del TAS. Llama la atención cómo siguiendo la línea de otras patologías, las mujeres son las más afectadas. Tras el análisis de la bibliografía encontrada, no hallamos ningún trabajo que tratara de explicar el por qué de estas diferencias de género. En nuestra opinión, puede deberse a las diferencias existentes en los métodos de crianza, puesto que tradicionalmente a la mujer se le infundan pensamientos y pautas de conducta, que las llevan a tratar de complacer a los demás, en mayor medida que a los hombres. Tal vez, sea esa necesidad de cumplir las expectativas de los demás la que las haga sentir más evaluadas y por tanto tengan una mayor probabilidad de sufrir trastorno de ansiedad social.

Los resultados encontrados respecto a la edad de inicio son alarmantes dado que en los últimos 10 años, ha variado desde un inicio en la adolescencia

tardía-adulthood temprana a un inicio en la infancia-adolescencia temprana (incluso existen casos desde los 8 años). Pensamos que este dato revela cómo la sociedad, conforme evoluciona, demanda y exige cada vez más a sus jóvenes, que para sentirse competentes deben alcanzar metas mayores que las anteriores generaciones. Siguiendo esta línea de pensamiento, uno de los meta-análisis que hemos analizado (De Lijster, et al 2016) donde se analizan estudios de edad inicio del TAS en la adolescencia en países europeos y americanos, revela que son los países más desarrollados donde se produce una edad de inicio del trastorno significativamente menor, lo que confirmaría parcialmente nuestra teoría. Es curioso, como evolutivamente las mujeres se desarrollan a un ritmo diferente que los hombres, tanto física como psicológicamente, pero en este estudio no se encuentran diferencias en la edad de inicio del TAS, en función del género.

A pesar de ser un trastorno de inicio temprano, éste presenta un curso crónico si no es tratado (Espinosa-Fernández et al., 2016) y por tanto puede producir la aparición de otros trastornos. Observamos como el dato de porcentaje de probabilidad de comorbilidad con otros trastornos es preocupantemente alto, y cómo si no se trata a tiempo en la adolescencia, la depresión mayor es muy probable que se produzca en la adultez. Este hecho resalta la necesidad de un abordaje temprano, que se ve reforzado, cuando la probabilidad de desarrollar fobias específicas a diferentes situaciones a partir del TAS es tan importante. Dado que es un trastorno que si no se trata se cronifica, nos surgen dudas, acerca de si el número de situaciones temidas por una persona con fobia social aumenta conforme pasa el tiempo y no recibe tratamiento. Por pensamos que es necesario que se investigue sobre la evolución de este trastorno para poder comprenderlo mejor.

Uno de los resultados que más nos llama la atención es la relación que establecen algunos autores entre la timidez infantil – introversión y la probabilidad de padecer TAS en la adolescencia. De nuevo, se vuelve crucial un abordaje a tiempo, de manera que las pautas y conductas de afrontamiento que aprenden los niños en la infancia sobre las situaciones sociales no los predispongan a padecer el cuadro clínico de fobia social. En este punto, hablar de la prevención se convierte en una necesidad. Tras realizar la búsqueda de información, no encontramos ningún artículo que aborde el problema desde una perspectiva preventiva, todos se centran en tratar el problema una vez existe. Por tanto pensamos que las siguientes líneas de investigación se deberían centrar en la prevención en edades tempranas, puesto que esto puede reducir considerablemente la probabilidad de padecer TAS. En varios de los artículos estudiados se plantea que no existen diferencias significativas entre el trastorno de personalidad evitativa y el TAS, sólo se diferencian en el número de situaciones temidas. Por ello, apoyamos la teoría de algunos autores donde no reconocen el TPE como una entidad diagnóstica independiente y la conciben como una expresión radical del TAS.

Las variables predictoras más importantes, independientemente del sexo y la edad, son la baja autoestima y un autoconcepto poco sólido. Los investigadores afirman que el autoconcepto se desarrolla durante la adolescencia, por lo que sufrir TAS durante esta etapa producirá un incorrecto desarrollo del mismo. No está muy clara la relación que mantienen con la ansiedad social, puesto que por un lado, el TAS produce una baja autoestima, que a su vez predispone al adolescente a sufrir TAS. La falta de estudios que aporten evidencias causales sobre esta relación hace que no se tenga una concepción clara de cómo y en qué grado se influyen. Esta variable parece afectar a diversos ámbitos, como son el autoconcepto general, físico, académico y además implica que perciban de forma negativa las relaciones con iguales del mismo sexo. Pensamos que esto puede ser explicado por la teoría de comparación social, puesto que sentirse menos autoeficaces que sus iguales les producen sentimientos de inferioridad y consecuencias psicológicas negativas.

Las consecuencias negativas que produce el trastorno en los adolescentes les lleva a ser personas inestables emocionalmente. Presentan dificultades a la hora de comprender y regular sus emociones, lo que sólo produce que se agrave el problema y el malestar psicológico que este genera. Creemos que para abordar este problema es necesario que desde la infancia se eduque a los niños en inteligencia y regulación emocional. Este tipo de conductas deben fomentarse tanto en casa, a través de la educación parental y desde las instituciones (colegios e institutos) puesto que los profesores tienen en sus manos la capacidad de enseñar a los niños a comprender sus emociones y reaccionar a ellas de una manera adecuada. Nos parece un punto clave dentro de una posible estrategia de prevención.

La ansiedad social afecta especialmente al rendimiento académico del adolescente. Cuando ir a clase, compartir las sesiones con los compañeros e interactuar en la clase se vuelve una experiencia negativa, se producen en el alumno conductas evitativas frente a las tareas. Este hecho, se relaciona directamente con el autoconcepto académico, puesto que el alumno tras su desajuste escolar no se siente agusto con el estudiante que piensa que es. Son frecuentes los pensamientos y expresiones del estilo: "No soy bueno en matemáticas", "Pepito es mejor que yo en Inglés". Esta conducta sólo empeora su problema y perpetúa un bucle donde si no se interviene puede llevar al fracaso escolar. Cobra de nuevo gran importancia el papel del profesor puesto que tienen la posibilidad de aportar al alumno un feedback positivo cuando hace las cosas bien y crítica constructiva cuando no, pudiendo ser también un factor de riesgo si las críticas son excesivas y no están bien orientadas.

El contexto familiar y parental es el encargado establecer las primeras relaciones sociales positivas porque durante la infancia y adolescencia es el entorno más próximo y con el que más tiempo interactúa. Por ende, si la familia

ejerce una influencia negativa, habrá más posibilidades de que el niño desarrolle este trastorno. Pensamos que esta potente influencia puede ser la causa de los hijos con padres que padecen TAS, la padezcan también, puesto que llevan muchos años observando patrones de conducta, estrategias de afrontamiento probablemente inadecuadas y una manera de ajustarse al entorno social poco eficaz. Por tanto el estilo educativo juega un papel vital como factor protector o factor de riesgo, en función del tipo de influencia que ejerza, siendo el estilo sobreprotector el más predispone al niño a sufrir TAS. Cabe destacar que en estudios con niños de padres divorciados no se encontraron diferencias significativas en puntuaciones de ansiedad social. En nuestra opinión, el divorcio de los padres conlleva situaciones sociales nuevas para el niño a las que se tiene que enfrentar, por tanto ofrece la posibilidad de aprender conductas sociales nuevas y adecuadas. Otro de los factores que mejor predice la probabilidad de padecer TAS es la cantidad excesiva de críticas de los padres y la hostilidad en el ambiente familiar. Esto puede ser explicado por las consecuencias negativas que tienen las críticas sobre la autoestima y el autoconcepto del niño, sobre todo, teniendo en cuenta que vienen de parte de sus referentes en la vida. Tanto la crítica, la sobreprotección y la hostilidad nombradas anteriormente se recogen bajo el concepto de elevada emoción expresada y también se ha demostrado que perjudica a el efecto beneficioso del tratamiento.

Consideramos que para maximizar los beneficios del tratamiento, se debe prevenir las posibles consecuencias negativas que puedan provenir por parte de la familia. Para ello creemos que se les debe incluir en el tratamiento para eliminar dichas influencias negativas que puedan estar ejerciendo.

Hemos encontrado además, relación entre el padecimiento del TAS, la falta de HHSS y la adicción a internet. Esto puede ser explicado dado que, las relaciones sociales que llevan a cabo estas personas y sus redes sociales reales no son del todo satisfactorias. Por tanto, se refugian tras la realidad virtual, donde crean nuevas relaciones sociales sin tener la necesidad de exponerse a la evaluación de los demás. Pensamos que trabajando las HHSS, la asertividad y buscando en su familia y amigos un apoyo social eficaz se puede solventar esta problemática.

Respecto al consumo de alcohol y sustancias en relación con TAS, no encontramos estudios sobre drogas, pero sí sobre su relación con el alcohol. Los resultados que aportaron no fueron significativos y pensamos que esto puede deberse a que se trata de un estudio realizado en México, donde la edad de inicio media para comenzar a beber son los 12 años. Por tanto estos resultados creemos que se ven explicados por factores culturales. Cabe destacar la necesidad de que se realicen estudios sobre la adicción a las drogas y su relación con el TAS, porque suelen ser refugio de las personas inestables emocionales.

Una de las consecuencias más preocupantes recogidas por los autores es la relación entre TAS e ideación suicida. La variable que mejor explica esta relación es el sentimiento de soledad percibido por el adolescente. Probablemente, el aislamiento y la falta de apoyo social percibido tanto por sus amigos como la familia sean los factores que mejor expliquen esta relación. Es necesario la implicación de su entorno de amigos y familia en la terapia, haciendo ver al niño otras posibilidades de afrontamiento.

En la evaluación del TAS la metodología más frecuente es la transversal. Como suele ser común en investigación científica, se carece e investigaciones longitudinales que permitan conocer el desarrollo del trastorno, una mejor comprensión de cómo los factores de riesgo y protectores psicoevolutivos se predisponen en mayor o menor medida a desarrollar este trastorno y como afecta a las siguientes etapas evolutivas haber sufrido este trastorno en la infancia/adolescencia.

Los instrumentos que se utilizan de manera más común son los cuestionarios autoinformados, que se encarga el niño de rellenarlos. Pensamos que es necesario que se introduzcan entrevistas que permitan al terapeuta valorar otros aspectos diferentes. No sólo se debería restringir la evaluación al adolescente, se debería ampliar tanto a su familia y a su contexto escolar, permitiendo al terapeuta tener una perspectiva más amplia e información mas fiable y menos sesgada.

Al realizar la búsqueda hemos encontrado escasa información sobre temas que nos parecen interesantes como son: la relación del adolescente con TAS con su entorno de amigos, el acercamiento del adolescente a las relaciones íntimas y los posibles miedos derivados. Además como hemos visto anteriormente, se hace necesario seguir investigando en líneas preventivas puesto que la información actual es reducida, y no existen programas de prevención que aborden esta temática.

Por tanto, creemos que es evidente la relevancia que adopta este trastorno en esta etapa evolutiva y probablemente como resaltan algunos autores, desde etapas anteriores. Hemos visto como las consecuencias del TAS puede producir un malestar psicológico, social y reducir la calidad de vida de las personas que lo padecen. Todo esto cobra mucha más importancia cuando tenemos en cuenta que en la adolescencia es la etapa donde se conforma gran parte de nuestra identidad, como seres sociales, y por tanto se hace evidente la necesidad de seguir investigando está problemática para encontrar soluciones que vayan a la raíz del problema y por tanto mejorar la calidad de vida de todas las personas que lo padecen.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Basile, S., Carrasco, M., & Martorell, J. (2015). Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada. *Clínica y Salud*, 26(3), 121-129.
- Caballo, V. E., y Simon, M. A. (2004). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos específicos. Piramide
- De Lijster, J., Dierckx, B., Utens, E., Verhulst, F., Zieldorff, C., Dieleman, G., & Legerstee, J. (2016). The Age of Onset of Anxiety Disorders: A Meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1-10.
- Delgado, B., Inglés, C., & García-Fernández, J. (2012). Social Anxiety and Self-Concept in Adolescence // La ansiedad social y el autoconcepto en la adolescencia. *Revista Psicodidáctica*, 18(1), 179-194.
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J., García-López, L. (2016). Avances en el campo de estudio del trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(2), 99-104.
- Gallagher, M., Prinstein, M., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social Anxiety Symptoms and Suicidal Ideation in a Clinical Sample of Early Adolescents: Examining Loneliness and Social Support as Longitudinal Mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 871-883.
- García-López, L., Piqueras, J., Díaz-Castela, 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.
- Gómez-Ortíz, O., Casas, C., Ruiz-Ortega, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: Factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology*, 24(1), 29-49.
- Gunnell, K., Flament, M., Buchholz, A., Henderson, K., Obeid, N., Schubert, N., & Goldfield, G. (2016). Examining the bidirectional relationship between physical activity, screen time, and symptoms of anxiety and depression over time during adolescence. *Preventive Medicine*, 88, 147-152.

- Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M., Delgado, B., Torregrosa, M., Redondo, J., & Benavides, G. et al. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*, 31(4), 449-461.
- Inglés, C., Piqueras, J., García-Fernández, J., García-López, L., Delgado, B., Ruiz-Esteban, C. Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema* 2010; 22 (3), 376-381.
- Jiménez, M., Cárdenas, S., (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, health & Social Issues*. 6(1), 37-50
- Olivares-Olivares, P., Maciá, D., Gauer, G., Olivares, J., Amorós, M. (2014). ¿Trastorno de personalidad por evitación o fobia social generalizada? Un estudio piloto con población adolescente española. *Liberabit*, 20(2), 219-228.
- Orgilés, M., Johnson, B., Huedo-Medina, T., Espada, J. (2012). Autoconcepto y ansiedad social como variables predictoras del rendimiento académico de los adolescentes españoles con padres divorciados. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 057-072.
- Ricardo, G. (2011). Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 77-84.
- Schaefer A, H. & Rubí G, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.*, 53(1), 35-43.
- Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar Subj*. 2003
- Tobal, M., Casado-Morales, M. Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad Estrés*. 1994, 0, 1-13
- Torrente, E., Piqueras, A., Orgilés, M., & Espada, J. (2014). Asociación de la adicción a Internet con la ansiedad social y la falta de habilidades sociales en adolescentes españoles. *Terapia Psicológica*, 32(3), 175-184.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C. y Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19, 654-660.

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C. y Salinas, J. M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31, 189-196.