Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente

Marina ALCCALAICO MAMANI*

E.A.P. Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Alt. Km 19; Carretera Central, Lurigancho, Lima

RESUMEN

Este artículo es de naturaleza teórica, el objetivo es analizar las características del trastorno de la ansiedad social o fobia social, mostrando las consecuencias que conlleva en los diferentes ámbitos de la vida del adolescente como el área cognitivo conductual. Para este trabajo se presentan los conceptos de la fobia social, la naturaleza ontológica de la ansiedad, los subtipos de la ansiedad, los antecedentes que denotan la importancia de su estudio y los efectos de la ansiedad. Asimismo se presentan las dimensiones del sistema cognitivo conductual y por último se presentan las condiciones de los factores por las que se da. Se concluye que el Trastorno de Ansiedad Social está relacionado de manera negativa en el desarrollo personal en diferentes ámbitos del ser humano y, en especial, en el adolescente.

Palabras clave: Ansiedad social, Fobia social, Factores de ansiedad social, Cognitivo conductual.

ABSTRACT

The aim of this paper is to raise awareness about the features of social anxiety disorder or social phobia showing the limitations that result in different fields of cognitive behavioral area and help to disseminate information awakening new motivations to his profound study, the development of programs and management techniques for prevention and treatment to a maximum level of anxiety, it will be very useful for those with anxiety, for those working in research and treatment for needy readers. For this paper, the concepts of social phobia, the ontological nature of anxiety, anxiety subtypes, background denoting the importance of their study, the effects of anxiety. It also shows the size of the system and finally cognitive behavioral conditions are factors why it occurs. We conclude that Social Anxiety Disorder is negatively related to personal development in various fields of human beings.

Keywords: Social anxiety, social phobia, social stressors, cognitive behavior.

* Correspondencia: marinaalcalaico@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Debido a la importancia de las relaciones sociales y el quehacer cotidiano, se hace necesaria una debida comprensión de la naturaleza del miedo y la ansiedad social.

Estudios como los de Madueño, Ortega, Rodríguez, Alcázar y Forja (2002), destacan la alta prevalencia de síntomas relacionados con fobia social y que precisa una atención especial a esta sintomatología junto con la ansiedad y depresión.

Hospina, Hinojosa, Paredes, Guzmán y Granados (2011), explican que los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en adolescentes y que es indispensable sospecharlos y diagnosticarlos tempranamente, con el fin de poder brindar una atención oportuna; y que se deben implementar estrategias que permitan detectar factores protectores y de riesgo para evitar que se desarrollen trastornos mayores, diseñando programas de educación encaminados hacia una buena salud mental de niños y adolescentes.

Ante ello es posible hipotetizar que la ansiedad social interfiere de manera significativa en el desempeño del sujeto que la padece en numerosas áreas de su vida cotidiana (laboral, social, educativa, familiar), teniendo como consecuencia una reducción muy significativa de su calidad de vida. Por tanto, el comportamiento del trastorno de ansiedad social o fobia social se considera relevante, debido a la notable interferencia que produce en el funcionamiento laboral, social, estudiantil y universitario.

Es por ello que el objetivo de este trabajo es comentar sobre los efectos de ansiedad social en el ámbito cognitivo conductual, mostrando así las limitaciones que provocan en diferentes ámbitos, ya que contribuirán a difundir la información despertando nuevas motivaciones a su profundo estudio y resultará de gran utilidad para los que padecen ansiedad, para los que trabajan en investigación y tratamiento y, además para los lectores necesitados.

Además servirá de ayuda para implementar estrategias que permitan detectar factores protectores y de riesgo para evitar que se desarrollen trastornos mayores. Ante ello se presentan varios modelos teóricos y enfoques cognitivo-conductuales, los subtipos, importancia, efectos, dimensiones y condiciones por las que se da en el trastorno de ansiedad social; y así se pueda conocer mejor acerca los aspectos importantes de la vida, explicando el comportamiento de los humanos.

Historia

Fernández (2006), publicó una breve reseña histórica

del desarrollo de la fobia social y comenta que:

Fue reconocida como entidad clínica independiente hace pocos años, y las primeras descripciones de vergüenza y timidez se remontan a los escritos de Hipócrates.

En 1879, Beard mencionó la característica desviación de la mirada e inclinación de la cabeza hacia abajo que podemos encontrar en personas con fobia social.

En 1895, Freud separó las fobias comunes a cosas que la mayoría de las personas temen en mayor o menor medida de las fobias específicas a cosas o situaciones que no producen miedo.

Janet, en 1903, habló de las fobias a situaciones sociales para referirse a los pacientes con miedo a ser observados mientras hablaban o escribían.

En 1910, Hartenberg describió diversas formas de ansiedad social bajo el término genérico de “timidez”.

La distinción y descripción de la fobia social como forma diferenciada de otros trastornos de ansiedad fue propuesta por Marks y Gelder en 1966 y sistematizada por Marks en 1970, que propuso una clasificación de las fobias en cuatro tipos: Agorafobia, Fobia social, Fobia animal, Fobias específicas.

En 1980 se reconoce oficialmente a la fobia social como entidad clínica independiente, con la publicación del DSM-III de la APA.

En la revisión de 1987 (DSM-III-R) se incluye los subtipos generalizada y no generalizada para diferenciar a las personas que presentaban miedo a muchas situaciones sociales de aquellas que lo sufrían en situaciones determinadas.

En 1985 Liebowitz se la señala como un “trastorno de ansiedad olvidado”.

Surge la propuesta de cambiar su denominación, pasándose a llamar trastorno de ansiedad social.

Definición

En cuanto a su etimología, la palabra “fobia” deriva de fobos (phobos), más el sufijo -ía (cualidad). Fobos representa temor. La palabra fobia es usada en psiquiatría para formar términos que describen al miedo insano (por excesivo) a ciertas cosas (Diccionario etimológico de Chile).

Para Zubeidat (2005), la fobia son temores exagerados ante situaciones sociales en las que el sujeto que es evaluado por los demás los lleva a sentirse avergonzado.

Para Bados (2005), viene a ser un miedo intenso y persistente en contestación a situaciones sociales o actos en público en el cual la persona se expone a gente que no conoce o la posible observación por los demás.

Seguidamente Fernández (2006), que la define como el miedo marcado, evitar situaciones en la que actúa de manera embarazosa, ridícula o humillante ante otros, notándose su síntoma de ansiedad; cuando cree que se lo evalúa u observa al hablar o comer en público o escribir ante alguien.

Por otro lado, Martín (2012), señala según el DSMIV que el nivel de ansiedad varía, y depende de la proximidad del objeto o situación temida y las posibilidades de huir. Incluso antes de hacerse presente el estímulo fóbico, se origina en el paciente una fase de ansiedad anticipatoria, que podríamos traducir como “miedo al miedo”. Esta ansiedad anticipatoria es la que provoca la evitación de la situación temida.

Asimismo Hernández, Horga de la Parte, Navarro y Asunción (1992), basados en el CIE10, definen a la ansiedad como el estado mental acompañado de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida, como el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. La atención se centra en el evento amenazador, exceptuando otras cuestiones. Se añade cambios como resultado del acrecentamiento de la actividad simpática, como el temblor, la poliuria y la diarrea.

Tipos de fobia social

Fobia específica

Según Bados (2005), se caracteriza por un miedo intenso y persistente a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público en las que se expone a gente desconocida; el sujeto teme ser humillado o avergonzado o de mostrar síntomas de ansiedad; situaciones que luego las evita o se soportan con una intensa ansiedad. Las situaciones temidas por los fóbicos específicos son: la interacción con otras que implican el miedo a ser observados, cuando hay personas presentes.

Fobia generalizada

Bados (2005), refiere que los que presentan más ansiedad y evitación social tienen más déficit en las habilidades sociales y laborales, además que se caracterizan por iniciar en una edad temprana, presentan el nivel de rendimiento académico bajo, asimismo, corren la posibilidad de presentar mayores niveles de ansiedad y depresión; y, por último, son los más tendientes al consumo del alcohol y a la posibilidad de trastornos mentales.

La diferencia entre ambas fobias sociales es que la específica es más de una reacción emocional y en tanto que la generalizada es de larga historia de inadecuación social.

Importancia de su conocimiento

Según Bados (2005), pueden ser útiles para la investigación y la adquisición de registros psicofisiológicos antes y durante una situación temida como el ritmo cardíaco, el nivel de conductividad de la piel y la sudoración digital, el nivel de tensión muscular, la tasa y la profundidad respiratoria son medidas interesantes en función del patrón fisiológico de respuesta de cada persona; además se menciona el índice de sudoración digital el que se obtiene mediante una pequeña banda colocada en el dedo índice.

Efectos de la ansiedad social

Bados (2005) menciona las siguientes consecuencias:

Disrupción

Comportamiento consciente y voluntario dirigido a satisfacer necesidades básicas no cubiertas y/o a impedir el normal desarrollo de las clases, obstaculizando los procesos de enseñanza-aprendizaje y los de convivencia; incluyen comportamientos variados tales como: hacer ruidos corporales (risas, toses, silbidos...), hacer ruidos con objetos (golpear la mesa, tirar cosas, tamborilear con el lápiz...), levantarse constantemente del sitio, etc.

Agresividad

Estado emocional de odio, deseo de dañar a otra persona, animal u objeto o a uno mismo y su consecuente manifestación conductual desproporcionada. Su manifestación comportamental puede ser: verbal (insultos, amenazas, gritos...) y/o física (empujones, golpes, patadas...); además puede estar dirigida contra sus iguales, contra las figuras de autoridad, contra sí mismo y contra el entorno físico.

Oposicionismo

Rebote activo de las figuras de autoridad y del requerimiento que imponen. Negación y rechazo del control. Provocaciones hacia los padres, profesores y otros adultos de relevancia. Su manifestación incluye: enfrentamientos agresivos, indisciplinas activas, negarse repetitivamente a trabajar, creerse el desentendido ante las instrucciones, realizar actividades distintas a las propuestas, hacer como que no entiende lo que se le pide, molestar a los demás (especialmente a los adultos).

en el desempeño de sus funciones). Su conducta está asociada a baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, dificultades en las relaciones sociales, experiencias traumáticas, fracaso escolar y también a la presencia de un trastorno específico del comportamiento.

Incumplimiento y trasgresión de normas

Los comportamientos más evidentes del incumplimiento de normas son: actitudes de desatención, pasividad y desinterés ante consignas y órdenes, olvidos frecuentes, realización de acciones distintas a las propuestas. Va asociado a descontrol cognitivo y a la influencia de factores psicosociales. La infracción consiste en acciones deliberadas y contrarias a la norma con desprecio manifiesto de los límites y exigencias; muy frecuentemente va asociada a comportamientos de tipo oposicionista.

Conductas cognitivas, motrices o verbales descontroladas

Son comportamientos que manifiestan una incapacidad o dificultad evidente para auto-controlar determinadas funciones cognitivas básicas (como la atención o concentración, inhibir las conductas motrices o verbales (como la impulsividad o hiperactividad) y ajustarlas a las condiciones de la interacción. Suelen estar determinadas condiciones psicosociales (familiares o escolares) y, en los casos más persistentes, la presencia de un trastorno del comportamiento perturbador como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H).

Reacciones afectivo-emocionales descontroladas

Son conductas que manifiestan un desajuste o disfunción en la comprensión, manejo y disfrute de las relaciones interpersonales; se acompañan de un funcionamiento deficitario, inestable de las emociones y los afectos se acompañan de un funcionamiento deficitario, inestable. Las manifestaciones de este comportamiento son: búsqueda y demanda insistente y desproporcionada de atención; irritabilidad, rabietas, cambios frecuentes en el humor básico, aislamiento e inhibición social, somatizaciones; trastorno bipolar, etc.

Pasividad, inhibición

Son comportamientos basados en la ausencia o limitación de la iniciativa, la reacción o la acción necesarias en un contexto y ante una exigencia determinada, son conductas “internalizadas”, poco evidentes que pueden pasar desapercibidas y, sin embargo, causar importantes desajustes en el funcionamiento escolar, social de la persona.

Huida, evitación

Conductas con el objetivo de no contactar con un estímulo o situación/contexto aversivo para el sujeto. Al cumplir un papel protector para éste, provocan otros problemas, como la privación de experiencias cognitivas, sociales y afectiva y necesarias. Estas conductas de evitación incluyen acciones (cruzarse de acera para evitar un perro) u omisiones (no salir a la calle porque puede haber perros).

Rituales inespecíficos

Conductas estereotipadas e incongruentes con la situación pero que desempeñan una función, como proporcionar tranquilidad, reducir ansiedad... en el momento en que se realizan. Son verbales/vocales, motrices o mentales. Se dan específicamente en algunos trastornos (TGD, TOC). Pueden afectar a la actividad diaria del alumno, entorpeciendo sus labores académicas o su interacción social.

Dimensiones de la ansiedad y fobia social

La ansiedad no es un fenómeno unitario, si no que se manifiesta de manera similar a otras emociones, conjugando tres sistemas de respuesta o dimensiones (Bados, 2005).

Subjetivo-cognitiva

Se presentan las dificultades para pensar, recordar, confusión, centrarse, para encontrar las palabras; en las cogniciones y emociones negativas y en los propios errores; además, se distinguen varios temores. subestimación de las propias capacidades y sobrestimación de la probabilidad de cometer errores importantes y fracasar, expectativas no realistas sobre las respuestas de los otros a las manifestaciones de ansiedad, que los demás le perciben a uno tal como uno se percibe y se siente, atención selectiva a los mensajes o reacciones negativos de los demás hacia uno, percibir crítica y desaprobación donde no las hay o exagerar su grado de intensidad u ocurrencia, evaluación excesivamente negativa de la propia actuación social (pero no de la de los otros).

Fisiológico-somática

De las reacciones corporales como la taquicardia/palpitaciones, temblor (voz, manos), sudoración, sonrojamiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal, boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náuseas y urgencia urinaria; alguna menos frecuentes como la falta de respiración, dificultades para respirar y dolor en el pecho.

Motor-conductual

Las evitaciones de situaciones temidas es frecuente, ser el centro de atención o de crítica o manifestar síntomas temidos y si no se puede evitar una situación o escapar de ella, aparecen reacciones como silencios largos, tartamudeo, incoherencias, volumen bajo, voz monótona, muecas faciales, gestos de inquietud, retorcimiento de manos, postura rígida o cerrada, encogimiento postural, expresión facial pobre, sonrisa o risa inapropiada y contenido poco interesante.

Condiciones o factores de las que depende la fobia social

Sierra, Zubeidat y Fernández (2006), citan a varios autores y refieren de la fobia social, que cuenta con distintas bases neurobiológicas, evolutivas, genéticas, evolucionistas, familiares, sociales, ambientales y psicológicas, que veremos a continuación:

Factores del desarrollo

Marks (1987), menciona como factor asociado al miedo considerado como un legado vital, emoción básica que tiene la función de prepararse para la presencia de peligros amenazantes a la supervivencia del individuo, puesto que pone en marcha sistemas de alerta que fomentan la precaución y la prudencia.

Factores familiares, ambientales, evolutivos y temperamentales.

Brucht y Heimberg (1994), mencionan que la aparición de determinados trastornos específicos necesita recurrir a otros factores de tipo familiar, y así diferenciar dichos trastornos; ya que por sí sola no puede exponer la aparición de determinados trastornos. Asimismo, los factores de vulnerabilidad como los estilos de crianza, el abandono, el escaso contacto con los contextos sociales y el modelado como los mensajes verbales y la comunicación de creencias que marcan un cometido espectacular en la ansiedad; mientras que los comportamentales dan lugar a sentimientos de disgusto en situaciones sociales y a las manifestaciones de muestras de ansiedad por parte de los progenitores; asimismo los encuentros sociales que lleva a los sentimientos de ineficacia por falta de familiaridad y sin hacer frente a dichos encuentros, ya que se los valora como difíciles y complejos.

Factores neurobiológicos

En un estudio de Tancer (1993), señaló tres objetivos el primero determinar la base psicofisiológica, el segundo en delimitar tratamientos específicos fundamenta-

das en las probablemente alteraciones neurobiológicas inferiores, y el tercero la serie de datos empíricos que refieran la clasificación diagnóstica.

Asimismo, Bousoño, Sáiz, Jiménez & Fernández (1999), refieren que la génesis del trastorno de la ansiedad ha sido atribuida a la intervención de sistemas de neurotransmisión, la disfunción de mencionados mecanismos de neurotransmisión.

Como también estudios de revisión sugieren que del mismo modo la fobia social tiene bases neuro-anatómicas en una red de alta sensibilidad de la región que conecta la amígdala con el hipocampo orientada hacia el córtex pre-frontal y así se ha asociado variaciones genéticas en la serotonina con síntomas severos y excitabilidad de la amígdala en pacientes con fobia social Furmark (2004).

Factores psicológicos

Los autores Pilkonis (1977), sitúan la ansiedad social dentro del cuerpo de investigaciones sobre la personalidad. Por ejemplo, se ha demostrado una correlación positiva entre autoconciencia pública, desde una perspectiva de rasgo, obteniendo las personas con fobia social puntuaciones superiores en autoconciencia pública.

Por otra parte, ciertos esquemas cognitivos llegan a jugar un papel principal en la dirección que puede tomar la conducta de un individuo aquejado de ansiedad social. Se trataría de esquemas que apelan a las creencias básicas sobre el self, las reglas rígidas de funcionamiento asociadas al funcionamiento social y los supuestos disfuncionales (Clark & Wells, 1995).

Sierra et al. (2006), refieren que los postulados en la mayoría resaltan el importante papel que tiene la atención, la memoria y los juicios e interpretaciones en la vulnerabilidad y en el mantenimiento de la fobia social.

Factores socioculturales

Según dicha teoría, se ha dejado claro que el juicio de la propia persona, acerca de la impresión que causa en los demás para alcanzar las metas que desea, cobraría un papel central en la experiencia de la ansiedad social. Resultaría irrelevante para la teoría lo positivo o negativo que sea la impresión Leary y Kowalski (1993).

Estos autores defienden que las personas podemos cometer errores cuando emitimos un juicio sobre la impresión que causamos en los demás. Solemos comparar el juicio o las reacciones que recibimos con nuestros estándares internos, dando lugar a diferencias signifi-

cativas entre individuos que juzgan la misma situación. Entre las notables diferencias entre unas culturas y otras, unas fomentan la soledad y el establecimiento escaso de contactos interpersonales de modo puntual, y otras concederían un valor al apoyo y la colaboración entre los miembros del grupo social (familia, grupo de iguales, vecindad, etc.). Del mismo modo, las creencias de una determinada cultura, asociadas a la sumisión a la autoridad (de los jefes, varones, progenitores, etc.) pueden tener una gran consideración. Esto determinaría a menudo los comportamientos de los individuos educados y criados en una cultura o sociedad determinada. (Baños, Quero y Botella 2005).

A continuación se presentan algunas investigaciones que abordan al trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente

Investigaciones sobre fobia social

Olivares, Piqueras y Alcázar (2006), realizaron un estudio con el objetivo de analizar las características clínicas y sociodemográficas de los adolescentes en función del subtipo de fobia social. Participaron 120 adolescentes que cumplían los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de fobia social (específica o generalizada). Los resultados muestran diferencias significativas entre los subtipos, en la variable género y en las medidas relativas a la ansiedad, la evitación social, el miedo a la evaluación negativa y sus correlatos. Estos datos concuerdan con los resultados de otros estudios con población adulta y aportan información útil para la investigación y la práctica clínica.

Más adelante Palpán, Jiménez, Garay y Jiménez (2007), evaluaron los factores psicosociales como la ansiedad, depresión y autoconcepto y disfunción familiar en adolescentes y la muestra comprendió a 180 adolescentes del cuarto y quinto año de ambos sexos y los resultados indicaron que un 22,2% tiene una presencia de trastorno de alimentación y que un 20,5% y un 25,1% se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente. Además, que el 20% de los hombres y el 26% de las mujeres presentan un trastorno en su conducta alimentaria, en la prueba t de Student ($p = 0.046 < 0.05$) se mostró que existen diferencias significativas en el trastorno de alimentación de hombres y mujeres. Los Odds Ratio indican que la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo, en tanto que el autoconcepto se constituye en un factor de protección. En los hombres la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo. Sin embargo, la depresión y la disfunción familiar constituyen un factor de riesgo en las mujeres, y el autoconcepto resultó un factor de protección. Finalmente, en el análisis de regresión múltiple permite sostener que la disfunción familiar es factor predictor de mayor importancia para

llegar a un trastorno de alimentación, seguido del autoconcepto. En los hombres la disfunción familiar resultó ser el único factor predictor pero en las mujeres el autoconcepto y la depresión también resultaron significativos.

Asimismo Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas (2008), evaluaron en una muestra de adolescentes, tres factores: ansiedad social, otras psicopatologías y sin psicopatologías; en relación a algunas variables sociodemográficas. Encontraron que la diferencia de medias en las puntuaciones de la escala de ansiedad en interacción social SIAS fue significativa para las variables de sexo y curso escolar. El sexo y la relación de pareja ejercieron un efecto significativo en la probabilidad de manifestar ansiedad social y otras psicopatologías, respectivamente. Algunas competencias mostraron un efecto significativo en la probabilidad de presentar ansiedad social, mientras que otros lo hicieron en la probabilidad de desarrollar otras psicopatologías. La mayoría de 46 índices clínicos mostró un efecto significativo en la probabilidad de sufrir ambas condiciones. También Gil y Hernández (2009), hicieron una investigación cuasi experimental para estudiar la fobia social con una muestra de 17 niños, entre 7 y 12 años, con fobia social, asignados aleatoriamente a 3 condiciones: (a) niños bajo el protocolo Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS; Olivares, 2005), (b) el mismo protocolo a los niños e información a sus padres sobre el trastorno, y (c) lista de espera. En evaluaciones de pretest, posttest, 3 y 6 meses después, se midieron los síntomas de fobia social informados por los niños, y su ansiedad/depresión y problemas sociales de acuerdo con el informe de sus padres. Los dos grupos expuestos al tratamiento mostraron mejoría después del tratamiento, pero no los niños en lista de espera. No se detectó ventaja en el caso de la participación de los padres. Se repiten los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños mexicanos.

Posteriormente Sánchez y Olivares (2009), analizaron los efectos del tratamiento psicológico de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS) en su versión para niños y adolescentes entre 10 y 14 años. La muestra fue de 45 niños y adolescentes (75,5% chicas; 24,5% varones) con Fobia Social Generalizada y una edad media de 12.02 años ($DT=1.44$; rango: 10-14 años). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: 21 al Grupo Control Lista de Espera y 24 a la condición IAFS. Los resultados muestran la eficacia de la intervención psicológica frente al Grupo Control Lista de Espera en todas las variables dependientes medidas.

Por último los autores Inglés et al. (2010), realizaron

un estudio con el fin de analizar las diferencias de género y edad en ansiedad social en la adolescencia a través de los factores que componen la sub-escala de Fobia Social del Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI): Interacciones Sociales, Foco de Atención. Respuestas Cognitivas/ Psicofisiológicas y Conductas de Evitación y Escape. La muestra se compuso de estudiantes de educación secundaria obligatoria (ESO) de 12 a 17 años. Los resultados se presentan para la muestra general (N= 2,543) y para una muestra de adolescentes clasificados como grupo de alta ansiedad social (n= 317). En la muestra general, las chicas presentaron puntuaciones más altas en la sub-escala de Fobia Social y en todos sus factores, excepto en Evitación y Escape ($d= 0,32 - 0,35$). El análisis de las puntuaciones factoriales en la muestra de alta ansiedad reveló que los chicos evitan y escapan de las situaciones sociales significativamente más que las chicas ($d= 0,23$). No se hallaron diferencias de edad en ninguno de los factores para ninguna de las dos muestras.

CONCLUSIONES

En realidad el trastorno de ansiedad social resulta ser

una enfermedad de pasado, presente y futuro que ocasiona grandes disturbios en diversos aspectos por diversas causas, serían mejor tomar mayor cuidado preventivo y/o tratamiento para ello; como se han visto las causas de este trastorno son probabilidades que están a nuestro alcance manejar con una debida concientización para una previa precaución adecuada y con la mayor motivación para buscar nuevas propuestas de explicación en referencia a este trastorno que cada vez es más integradora, con el objetivo de entender mejor la naturaleza de este fenómeno.

Las investigaciones de algunos estudios muestran su eficaz aporte a una posible solución a este problema que de tomarlo en cuenta, nos muestran la profunda e imperiosa necesidad de buscar mayor información para detectar a tiempo este trastorno que provoca graves e intensos conflictos con los demás y con uno mismo porque alteran la conducta e impiden un buen desenvolvimiento en la sociedad.

Por último, una profunda investigación para su debido estudio se hace relevante para una adecuada aplicación y su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bados, A. (2005). Fobia social. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/359/1/114.pdf>.
2. Fernández, J. (2006). Las fobias sociales: psicopatología, génesis y tratamiento. VI Jornada científica. Recuperado de: <http://www.ipsalevante.com/documentos/Fobiasocial.pdf>.
3. García, L., Alcázar & Olivares (2002). Efectos a largo plazo del tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada mediante el Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A). *Función Dialnet*, 28(122), 935-953.
4. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=288571>.
5. Gil, F. & Hernández, L. (2009). Tratamiento cognitivo conductual para niños mexicanos con fobia social. *Sistema de información científica*, 40(1), 89-104. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/970/97020402007.pdf>.
6. Inglés, C., Piqueras, J., García, J., García, L., Delgado B. & Ruiz, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3) 376-381. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72714400004.pdf>.
7. Madueño, A., Ortega, M., Rodríguez, E., Alcaraz, E. & Forja F. (2002). Síntomas relacionados con fobia social en personal sanitario. *Medifan*, 12(5), 319-325. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n5/orig1.pdf>.
8. Martín, M. (2012). Ansiedad y miedos en fobias en niños, adolescentes y adultos. *Psicología especial*. Recuperado de: <http://www.psicologiaespecial>.

- com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=59:ansiedad-miedos-y-fobias-en-ninos-adolescentes-y-adultos&catid=2:orientacion-a-padres&Itemid=14
9. Olivares, J., Piqueras, J. & Alcázar, A. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18(2), 207-212. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3199.pdf>.
 10. Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán Y. & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de salud pública*, 13(6), 908-920. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>.
 11. Palpán, Y. Jiménez, C. Gary J. & Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima metropolitana. *Psychology International*, 18(4). Recuperado de: <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>.
 12. Pérez, A. (2005). Fundamentos de las terapias de exposición contra las fobias: propuesta teórica integradora de la conducta de evitación. *Terapia psicológica*, 23 (1), 25-35. Recuperado: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/785/78523103.pdf>.
 13. Robles, R., Espinoza, R., Padilla, A., Álvarez, M. & Páez, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: *Psicología iberoamericana*, 16(2), 54-63. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1339/133920328008.pdf>.
 14. Sánchez, G. & Olivares, J. (2009). Intervención temprana en niños y adolescentes con fobia social. *Anuario de psicología*, 40 (1) 75-88. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/970/97020402006.pdf>.
 15. Sierra, Zubeidat & Fernández (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista males-tar E subjetividade*, 6 (2), 472-517. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482006000200010&script=sci_arttext&tlng=es.
 16. Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J. & Salinas, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud mental*, 31, 189- 196. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58231304.pdf>.
 17. Sánchez, H., Hernández, M., Horga de la parte, J. Navarro, F. & Asunción, M. (1992). Trastorno de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. *Guía de atención clínica en A.P.* Recuperado de: <http://www.san.gva.es/docs/dac/guia-sap033ansiedad.pdf>.
 18. Zubeidat, I. (2005). Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes .Editorial de la universidad de ranada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/15467715.pdf>.