



Universidad
Nacional
de Rosario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Factores claves en el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Social en Adolescentes

Investigación bibliográfica

Autor: Alonso María Elizabeth

Legajo: A-5143/8

Docente responsable: Ps. Rey Ailén Laura

2024
ÍNDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3. ACERCA DEL POSICIONAMIENTO EPISTEMOLÓGICO

3.1 Principales conceptos de la terapia cognitivo-conductual

3.2 Consideraciones generales acerca del Trastorno de Ansiedad Social

3.3 Características clínicas del Trastorno de Ansiedad Social 3.4

Tratamiento psicoterapéutico

4. EXPOSICIÓN DEL MATERIAL OBJETO DE REVISIÓN

4.1 Ansiedad social en la adolescencia

4.2. Contexto familiar y estilo de crianza

4.3 Aspectos psicológicos individuales

4.4 Sucesos vitales negativos

4.5 Las variables del contexto social: el uso de internet y consumo de sustancias

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

6. CONCLUSIONES

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESUMEN

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) es un padecimiento psicológico que presenta mayor prevalencia en la población adolescente, afectando considerablemente su calidad de vida. Por este motivo, la presente investigación bibliográfica tuvo como objetivo analizar los factores que contribuyen al desarrollo del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. Se plantea como hipótesis que el desarrollo de la ansiedad social se encuentra influenciada por dimensiones individuales, familiares y sociales. Se llevó a cabo una recopilación de datos de diferentes fuentes para analizar dichos factores en función de los estudios realizados en torno a la problemática. Asimismo, esta investigación se realizó desde una perspectiva cognitivo-conductual, lo que permitió indagar y exponer las conceptualizaciones teóricas principales para comprender el cuadro, así como su tratamiento psicoterapéutico. Por último, se realizó el análisis del material recabado y las reflexiones finales donde se concluye que tanto el entorno familiar y el estilo de crianza como los factores individuales, que comprenden la autoestima, el autoconcepto, las habilidades sociales y asertividad, fueron los aspectos más destacados dentro de los factores que contribuyen al desarrollo del TAS en jóvenes, mientras que la influencia de los factores sociales parece ser menor en comparación.

Palabras claves: *Trastorno de Ansiedad Social, Adolescencia, Factores asociados, Cognitivo-conductual.*

1. INTRODUCCIÓN

1. 1 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

El presente Trabajo Integrador Final abordó la temática sobre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) en la adolescencia. La ansiedad social, también conocida como fobia social, es un padecimiento psicológico caracterizado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como un miedo intenso ante determinadas situaciones sociales en las que un individuo teme ser juzgado, criticado o hacer el ridículo al estar expuesto a la posible evaluación negativa por parte de otras personas (APA, 2013). Es en la década de 1970 que un psiquiatra inglés llamado Isaac Marks acuñó el término fobia social, el cual fue incorporado luego como categoría diagnóstica en el DSM-III (APA, 1980) y posteriormente en el año 2001 el DSM-IV (APA,2001) se reemplaza el nombre de fobia social por el de TAS por ser menos estigmatizante (Cia, 2004).

Aunque es común que la mayoría de las personas se preocupen por ser aceptadas socialmente, para aquellos que padecen TAS esta preocupación se vuelve abrumadora, por lo tanto, las situaciones sociales se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar intensos llegando a interferir significativamente en la vida diaria y las relaciones sociales de la persona afectada (Bados, 2009).

Existen diferentes estudios epidemiológicos que han centrado su atención en este padecimiento debido a su elevada prevalencia y las grandes limitaciones que produce (Cia,2004). Actualmente, se presenta un gran interés por la investigación del TAS y su tratamiento. Asimismo, en varios estudios se observa que la edad de inicio de la ansiedad social es predominantemente en la adolescencia (Bados, 2017; Cia, 2003; Olivares et.al,2003). Se trata de una etapa de la vida en la cual los jóvenes se encuentran en un proceso activo de construir su propia identidad y establecer relaciones sociales significativas, por lo que el TAS puede repercutir de manera negativa en la calidad de vida del adolescente, ya sea en el ámbito social, escolar y en el desarrollo individual.

De esta manera, a través de un análisis exhaustivo de la literatura existente, se propone problematizar sobre los factores subyacentes que explican por qué la adolescencia es un período crítico para la aparición y exacerbación de la ansiedad social. Se pretende identificar y comprender los factores determinantes que contribuyen al desarrollo del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes con el propósito de proporcionar una descripción detallada de los aspectos que interactúan en la génesis y perpetuación del cuadro en esta etapa de la vida.

Para ello, se llevó a cabo una investigación bibliográfica a modo de tesis panorámica que permitió indagar, en primer lugar, aquellos trabajos que han abordado la influencia del entorno familiar y el estilo de crianza en la génesis y el mantenimiento del TAS. En segundo lugar, se consideraron aquellos aspectos individuales que pueden subyacer en los sujetos con ansiedad social como el autoconcepto, la autoestima, la asertividad y habilidades sociales. En tercer lugar, se buscó conocer en qué medida los sucesos vitales negativos pueden generar mayor vulnerabilidad de los sujetos a presentar ansiedad social. Finalmente, se analizó la influencia de variables del contexto social en el desarrollo del TAS como el uso de internet y el consumo de sustancias.

Cabe destacar que este trabajo se abordó desde una perspectiva cognitivo conductual. Por esta razón, se exponen los principales conceptos de la misma en el abordaje del TAS, partiendo del modelo cognitivo de Clark y Beck (2012), donde se plantean los diferentes aspectos a tener en cuenta para un tratamiento favorable que les permitan a los pacientes hacer frente a aquellas situaciones que les generan malestar.

Para finalizar, se realizó un análisis detallado de los datos recopilados de varias bases de datos, como artículos científicos, investigaciones empíricas, tesis universitarias, investigaciones bibliográficas, con el objetivo de llegar a conclusiones significativas al respecto.

2.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General:

- Analizar los factores que contribuyen al desarrollo del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes.

Específicos:

- Indagar cómo el entorno familiar y el estilo de crianza pueden influir en el desarrollo de la ansiedad social en los jóvenes.
- Identificar aspectos individuales que pueden influir en el desarrollo de la ansiedad

social, tales como el autoconcepto, la autoestima, la asertividad y habilidades sociales.

- Analizar el efecto que tienen los sucesos vitales negativos en el desarrollo de la ansiedad social.
- Analizar la influencia de variables del contexto social que pueden influir en el desarrollo de la ansiedad social como el uso de internet y el consumo de sustancias.

ACERCA DEL POSICIONAMIENTO EPISTEMOLÓGICO

3.1 Principales conceptos de la terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual se sitúa en torno a la década de 1970 luego de la crisis del movimiento conductista como una manera de ampliar este enfoque debido a las dificultades con las que contaban para explicar sus logros. Según plantea Vittorio Guidano (2001), el paradigma conductista consideraba a la mente como una *caja negra*, donde no se podía ver dentro, por lo tanto, no podía ser estudiada. Sin embargo, en las técnicas conductistas se utilizaban muchos de sus elementos, como la técnica de la desensibilización sistemática, donde el paciente debía imaginar la situación que temía de manera gradual. De esta manera, se utilizaba la imaginación que era una variable de la *caja negra*. Estas inconsistencias fueron llevando a la evolución hacia el cognitismo entre los conductistas.

Uno de los principales pioneros de la terapia cognitivo-conductual fue Albert Ellis (1981), filósofo y psicoanalista, quien se propone crear la Rational-Emotive Therapy (RET). Dentro de esta terapia postula la teoría A-B-C donde sostiene que no son los acontecimientos los que causan nuestras emociones y conductas, sino que están determinadas por nuestras creencias acerca de dichos acontecimientos. La RET tiene como objetivo mejorar la capacidad de pensamiento racional, favorecer respuestas emocionales adecuadas y promover conductas más funcionales.

Otro de los principales referentes fue el psiquiatra y psicoanalista Aaron Beck (1979) quien, luego de cuestionar el modelo psicoanalítico en el tratamiento de la depresión, propuso un modelo cognitivo propio donde plantea la premisa teórica de que los comportamientos de una persona se ven ampliamente determinados por la manera en la cual percibe el mundo. La Terapia Cognitiva se lleva a cabo por medio de la implementación de técnicas tanto cognitivas como conductuales que tienen como finalidad identificar y reestructurar creencias y supuestos disfuncionales que distorsionan las experiencias, así como también se propone poner a prueba estas cogniciones desadaptativas.

Como afirma Judith Beck (2000) “la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas” (p.32). En relación a esto postula la existencia de creencias centrales e intermedias propias de cada individuo, así como también pensamientos automáticos, los cuales van a influir en las conductas y las emociones. Estas consideraciones serán ampliadas más adelante para explicar los síntomas cognitivos propios del TAS.

Según plantean Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) “el postulado central de la terapia cognitiva es que los hombres hacemos una lectura activa y singular de los estímulos internos y externos, la cual influirá en el modo en que nos sentimos y comportamos” (p.26). De esta manera, se plantea que cada individuo tiene una manera singular de dar sentido a la realidad, dando lugar, muchas veces, a interpretaciones que son consideradas como desadaptativas y que generan malestar, impidiendo alcanzar las metas deseadas. En relación a esto, los autores retoman el término de *esquema*, el cual es definido como “estructuras de procesamiento de la información

que participan en la generación y adscripción de significado, permitiendo construir de esta manera una visión estable de sí mismo y del mundo” (Biglieri & Vetere, 2011, p.29). Estos esquemas pueden permanecer inactivos o por el contrario ser activados por situaciones amenazantes dando lugar, a su vez, a la activación de creencias centrales e intermedias, las cuales conforman los principales componentes de los esquemas y, de acuerdo a su flexibilidad, son susceptibles de ser modificados.

De esta manera, se postula como hipótesis principal de la terapia cognitivo conductual la existencia de una influencia mutua entre pensamientos, emociones y conducta (Biglieri & Vetere, 2011). Por lo tanto, esta terapia operará sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente para mejorar la calidad de vida.

3.2 Consideraciones generales acerca del Trastorno de Ansiedad Social

La ansiedad se manifiesta como un complejo sistema que se desencadena ante determinados acontecimientos concebidos como amenazantes para la vida de un individuo, dando lugar a la activación de respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas, en los que dichos sucesos son anticipados y percibidos como incontrolables (Clark & Beck, 2012). Se trata entonces de un mecanismo adaptativo que nos permite hacer frente a determinados desafíos y amenazas. Sin embargo, cuando la respuesta de ansiedad es excesiva y persistente e interfiere con la vida diaria sin una razón aparente o proporcional al estímulo, estamos frente a una ansiedad desadaptativa o patológica.

Dentro de los diferentes trastornos de ansiedad que se distinguen en el DSM-5 (APA, 2013) encontramos el Trastorno de Ansiedad Social o también denominado anteriormente como fobia social. Ante determinadas situaciones o interacciones sociales, como una entrevista de trabajo, una primera cita, realizar un examen, es común sentir cierto grado de ansiedad. Esto implica experimentar determinados síntomas fisiológicos propios de la misma, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, entre otros, lo que resulta esperable siempre y cuando no desencadene en un temor desmedido. Sin embargo, cuando el miedo se vuelve intenso e incapacitante para el individuo hablamos de TAS, el cual es definido por el DSM-5 como “un miedo o ansiedad intensa a una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas” (APA, 2013, p.202). Según la CIE-10 (1992) el TAS o fobia social está caracterizado por miedo a ser escudriñado por los demás, lo que conduce al paciente a evitar situaciones de interacción social.

Se puede identificar que ambas definiciones subrayan la importancia de la percepción ajena y la vulnerabilidad a la ridiculización, en donde el temor no sólo se limita a la interacción social sino también a la evaluación externa y el potencial juicio por parte de los demás. Además, se hace referencia a la evitación de situaciones sociales, lo cual implica que este padecimiento puede interferir de manera significativa en la vida del individuo que se somete a un círculo vicioso de ansiedad y evitación.

En el DSM-4 (APA, 1994) se plantea la especificación de TAS generalizado cuando el miedo está ligado a una amplia variedad de situaciones sociales que da lugar a una evitación activa de las mismas. En cambio, los individuos que no reúnen los criterios definitorios de TAS generalizado, son aquellos que temen a determinadas situaciones sociales como, por ejemplo, hablar en público, mientras que se siente cómodo en el resto de las situaciones sociales. De acuerdo con Bados (2017), “los pacientes con fobia social generalizada suelen presentar más ansiedad y evitación social, más miedo a la evaluación negativa, más déficit de habilidades sociales y un mayor deterioro de sus relaciones sociales, familiares y laborales” (p.4).

Entre las situaciones temidas, el individuo puede experimentar miedo a ser

observado y evaluado negativamente por los demás debido a las manifestaciones fisiológicas que se experimentan, como sudoración, rubor, temblores, entre otros. Las interacciones sociales de todo tipo, como reuniones de trabajo, asistir a eventos sociales y citas son generadoras de altos niveles de ansiedad ya que implican mantener conversaciones con otras personas en las cuales sienten que pueden ser valorados negativamente o temen hacer el ridículo. Otras situaciones sociales como hablar en público, exponer un examen o comer delante de otros también pueden generar en ellos temor y ansiedad.

En general, existe una anticipación por parte del individuo ante dichas situaciones lo que aumenta el miedo o ansiedad a exponerse a las mismas. “La ansiedad anticipatoria puede ser muy intensa, llevando al individuo a la evitación extensiva de las situaciones sociales temidas, así como a la producción de respuestas inhibitorias involuntarias” (Clark & Beck, 2012, p.560). Esto trae aparejado grandes consecuencias ya que el individuo se puede ver limitado en la mayoría de los aspectos de su vida como, por ejemplo, conseguir un puesto de trabajo o buscar un ascenso en el ámbito laboral, establecer un vínculo de pareja o interactuar con gente nueva. De esta manera se convierten en personas muy solitarias que tienden al aislamiento, lo que genera, a su vez, una gran dificultad para desarrollar herramientas y habilidades. El inicio temprano y el curso crónico del cuadro da lugar a diferentes complicaciones que se asocian al padecimiento, como el abuso de sustancias, el alcoholismo, la depresión y los intentos de suicidio (Cia, 2004).

3.3 Características clínicas del Trastorno de Ansiedad Social

Dentro de las características clínicas del TAS nos encontramos con síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Alfredo H. Cia (2004) los distingue como:

Cognitivos: Temor a sentirse juzgado o criticado o a decir algo que resulte tonto o aburrido, ser poco asertivo, no saber que decir o hacer frente a otras personas, etc

Físicos: Taquicardia, temblores, enrojecimiento facial, sensación de ahogo, sudoración, malestar abdominal o diarreas.

Conductuales: evitación de las situaciones sociales temidas. (p.16)

Síntomas cognitivos

Las creencias y expectativas negativas sobre las situaciones sociales resultan clave en el surgimiento, así como en el mantenimiento del TAS. Estas cogniciones suelen ser exageradas llevando a anticipar el peor de los escenarios incluso cuando la amenaza no es tal.

Beck Judith (2000) afirma que “a partir de su infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo (...) estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas” (p.33). Estas creencias denominadas *centrales* se encuentran profundamente arraigadas en las personas ya que se van desarrollando desde edades muy tempranas y es, a partir de ellas, que vamos a percibir las situaciones que se nos presentan de una u otra manera, que, cuando se trata de creencias negativas, conduce a procesar la información de forma disfuncional. Dentro de las creencias centrales del TAS nos encontramos con las creencias de un *self* social que se considera inútil, débil o inferior, tales como soy aburrido, no soy una persona amigable, no tiendo a gustar a las personas, soy socialmente raro, no encajo (Clark & Beck, 2012).

Se plantea también la existencia de las *creencias intermedias* o supuestos implícitos que surgen a partir de las creencias centrales. “Estas creencias brindan

información respecto de cómo el paciente considera que deberían ser las cosas o su propio comportamiento y establecen reglas sobre cómo interpretar determinados acontecimientos” (Biglieri & Vetere, 2011, p.32). Las creencias intermedias se tratan entonces de actitudes, reglas y presunciones que, en el TAS, suelen estar relacionadas con el miedo a ser juzgado de manera negativa: debo caerle bien a todas las personas, debo ser ocurrente en las conversaciones, debo mostrarme siempre seguro, si me pongo rojo, los demás pensarán que soy raro, si digo algo equivocado, la gente se reirá de mí, entre otros. Estas creencias se basan en una sobrevaloración de la importancia de la impresión que se da a los demás, la suposición de que las interacciones sociales tendrán consecuencias extremadamente negativas y a sentir la necesidad de ser perfecto en todas las interacciones sociales.

Luego, se encuentran los llamados *pensamientos automáticos* que se desencadenan a partir de las creencias intermedias. Los pensamientos automáticos son circunstanciales, más próximos a la consciencia y se caracterizan por ser espontáneos y fugaces. “Los pensamientos automáticos pueden tener formato verbal o en imagen y representan la interpretación de una situación particular” (Biglieri & Vetere, 2011, p.33). Entonces, en una determinada situación social donde el individuo con TAS se ruborice, por sus creencias intermedias del tipo debo mostrarme siempre seguro o si me pongo rojo, los demás pensarán que soy raro, se podrían desprender pensamientos automáticos como estoy quedando como un tonto, todos me están mirando, nadie querrá hablar conmigo, entre otros.

Según considera Judith Beck (2000), las creencias centrales que subyacen a una persona influyen en la manera de percibir las distintas situaciones dando lugar a pensamientos automáticos que van a incidir sobre las emociones, las conductas y las respuestas fisiológicas.

Síntomas fisiológicos y conductuales

El TAS se caracteriza también por la presencia de respuestas fisiológicas. Al enfrentarnos con una situación considerada amenazante o peligrosa, se activa la rama simpática del sistema nervioso autónomo que desencadena una hiperactivación fisiológica que va a producir toda una serie de síntomas físicos que preparan al organismo para hacer frente o huir de la situación amenazante (Biglieri & Vetere, 2011). Los síntomas físicos propios del TAS se caracterizan por palpitaciones, opresión en el pecho, sudoración, rubor, aumento de la frecuencia respiratoria, dificultad para respirar, temblores, mareos, cefalea y, en algunos casos, problemas gastrointestinales como vómitos, diarreas.

Estos síntomas fisiológicos tanto como las situaciones que los activan tienden a ser evitados, sin embargo, dentro de los síntomas conductuales, no sólo nos encontramos con la evitación de situaciones temidas. Existen, además, otro tipo de conductas de seguridad y conductas de reaseguro que le permiten al individuo sobrellevar estas situaciones que les genera ansiedad y a prevenir, en su mente, escenarios catastróficos (Biglieri & Vetere, 2011). Algunos ejemplos de ellas son el evitar el contacto visual, el mantenerse en silencio para evitar críticas, ir siempre acompañado de otra persona, tomar bebidas alcohólicas para desinhibirse. De acuerdo con Rodríguez Biglieri y Vetere (2011), se debe tener en cuenta que todas estas conductas son estrategias disfuncionales de afrontamiento que, si bien reducen la ansiedad momentáneamente y de manera inmediata, tienden a mantener la ansiedad a largo plazo ya que evitan la desconfirmación del temor, exacerban los síntomas y entorpecen el desempeño social.

3.4 Tratamiento psicoterapéutico

El tratamiento cognitivo-conductual es considerado la estrategia terapéutica de primera elección. Dentro del tratamiento psicoterapéutico llevado a cabo por medio de la terapia cognitivo-conductual, nos encontramos con técnicas tanto cognitivas como conductuales. Los tratamientos más estudiados y eficaces son la exposición, que incluye la simulación, los ensayos de conducta en la sesión y autoexposición *in vivo* (AEV) y la reestructuración cognitiva combinada con dicha exposición (Bados, 2017).

Existen diferentes técnicas empleadas para el tratamiento del TAS. Según plantean Clark y Beck (2012) en su modelo de terapia cognitiva para la fobia social, en las primeras sesiones de tratamiento se debe llevar a cabo la formación y elaboración de objetivos, que permite poner al paciente en conocimiento acerca del Trastorno de Ansiedad Social, las situaciones temidas, la evaluación de los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales, así como los efectos perjudiciales de las conductas de reaseguro que mantienen el cuadro. Por otro lado, se proponen objetivos específicos que el paciente espera lograr con dicho tratamiento, así como también los objetivos del terapeuta informando que deben ser lo más realistas posible.

Un aspecto crucial dentro del proceso terapéutico es el concepto de empirismo colaborativo que, según afirma Biglieri & Vetere (2011):

Hace referencia a la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente en el marco del tratamiento. La misma se basa en un vínculo donde ambos agentes se posicionan como miembros de un equipo que trabaja en forma cooperativa en la búsqueda de soluciones. (p.50)

De esta manera, deberán establecer dentro del proceso terapéutico una relación lo más igualitaria posible que incentive al paciente a participar y actuar plenamente en su proceso de cambio (Biglieri & Vetere, 2011).

Retomando a Clark y Beck (2012), luego de formar al paciente se lleva a cabo la reestructuración cognitiva, buscando contrarrestar las interpretaciones negativas que el individuo considera amenazantes. Para esto se debe realizar una valoración acerca de la gravedad y probabilidad de la amenaza social y, una vez que se especifica la interpretación ligada a la experiencia social amenazante, se prosigue con la decatastrofización del pensamiento anticipatorio. Finalmente, se busca que la persona elabore una interpretación alternativa más realista de la amenaza anticipatoria.

A fines de lograr la reestructuración cognitiva, el terapeuta utiliza el cuestionamiento socrático para poner a prueba cualquier evidencia que confirme tan alta valoración de probabilidad y gravedad del resultado (Clark & Beck, 2012). El cuestionamiento socrático “facilita el acceso a la red de significados mediante la cual cada hombre edifica una visión de sí mismo y del mundo, constituyéndose en una vía óptima para percibir el paradigma del paciente” (Biglieri & Vetere, 2011, p.52).

De la misma manera, se establece la reestructuración cognitiva de las creencias disfuncionales sobre sí mismo. Es importante tener en cuenta que estas creencias no siempre son susceptibles de ser modificadas, sin embargo, se puede llevar a cabo una flexibilización de las mismas.

Para cuestionar los supuestos y creencias, se emplea el cuestionamiento verbal y el conductual hasta establecer creencias más moderadas, realistas y adaptativas. Sin embargo, puesto que las creencias nucleares están más arraigadas que los pensamientos concretos, su modificación requiere más tiempo y puede suscitar

mayores resistencias por parte del cliente (Bados, 2017, p.106)

Las habilidades sociales son un elemento clave a tener en cuenta dentro del proceso terapéutico con pacientes que padecen TAS: “Los déficits en las habilidades sociales influyen significativamente sobre el tratamiento. En ausencia de habilidades sociales positivas, el entrenamiento en habilidades sociales será un componente importante del tratamiento” (Clark & Beck, 2012, p.576). El entrenamiento en habilidades sociales comprende el uso de instrucciones, aprendizaje de roles, y prácticas *in vivo* asistidas por el terapeuta, donde se incluyen ejercicios para conversar fluidamente, hablar y expresar los sentimientos, soltura física, comunicar intereses y necesidades, entre otros (Cía,2004).

Finalmente, otra de las técnicas mencionadas por Clark y Beck (2012) es la exposición a la amenaza social, que se trata de un experimento conductual realizado por medio de una exposición *in vivo* de las situaciones temidas, informadas por el paciente, comenzando por aquellas situaciones que provocan una ansiedad entre baja y moderada. Esta exposición va a ayudar a reestructurar las creencias negativas o desadaptativas acerca de la situación amenazante que refuerzan la ansiedad social al ponerlas a prueba para desmentirlas.

De este modo, “la terapia cognitiva que incluye tanto reestructuración cognitiva como la repetida exposición a las situaciones sociales ansiosas produce una mejoría clínicamente significativa y resistente en el 75% de los individuos que completan el tratamiento” (Clark & Beck, 2012, p.637).

4. EXPOSICIÓN DEL MATERIAL OBJETO DE REVISIÓN

4.1 Ansiedad social en la adolescencia

Como se mencionó anteriormente, la edad de comienzo del TAS se produce predominantemente en la adolescencia. Bados (2017) indica que “la edad media de inicio suele ser los 15 años. En un estudio con más de 40.000 americanos Grant et al. (2005) hallaron una edad media de comienzo de 15,1 y una mediana de 12,5” (p.11). De igual modo, Cía (2004) expone los datos de una encuesta en donde los temores sociales eran reportados por el 21,4% de los niños de 8 años, el 45,7% de 12 años y el 55,7% de 17 años, lo que indica una prevalencia elevada de la ansiedad social en la adolescencia.

La adolescencia se trata de una etapa de la vida en donde se presentan múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales, marcando una “transición entre la infancia y la edad adulta que transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente” (Moreno,2007, p13). Podemos decir que durante este periodo se va a ir dando lugar a la búsqueda de una identidad propia, una mayor autonomía y a la integración a un grupo de pertenencia. Moreno (2007) afirma:

La construcción de esta nueva identidad -que implica un nuevo concepto de uno mismo, la autonomía emocional, el compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad- se extiende a lo largo de toda la adolescencia. (p.14)

Por otro lado, se producen cambios notables en la manera de relacionarse y en los contextos sociales, donde adquieren mayor significación los grupos de iguales como compañeros, como consejeros, apoyo y como modelos para el comportamiento. Al mismo tiempo, las relaciones con los padres se modifican en el sentido de una mayor igualdad y reciprocidad, donde la autoridad parental se percibe como un área que está abierta al debate y la negociación (Coleman & Hendry,2003).

Tal como plantea Bados (2017):

La adolescencia es un periodo crítico ya que cada persona va a verse sometida a un proceso de evaluación por el resto de los miembros de su grupo de iguales y va a tener que establecer su papel y su lugar en un sistema social distinto al de la familia. La lucha por establecer un lugar en las jerarquías sociales de dominancia facilita la aparición de los conflictos sociales, a los cuales puede responderse con ansiedad como medio de prevenir o defenderse de los ataques de los miembros más dominantes. (p.11)

Este contexto de socialización y la inherente incertidumbre que acompaña a la adolescencia en todo su proceso de cambios, puede acompañarse en muchos casos de altos niveles de ansiedad. En el caso de quienes padecen TAS, interfiere de manera negativa, lo que genera un deterioro significativo en sus relaciones y en su calidad de vida que dificulta el camino hacia su integración social, tan importante en esta etapa.

De esta manera, en función de lo antedicho, se considera que la adolescencia es un periodo donde pueden intervenir diversos factores para el desarrollo y mantenimiento del TAS. Por ello, se procede a indagar acerca de los mismos en relación al contexto familiar, los aspectos individuales, los sucesos vitales negativos y las variables del contexto social que podrían predisponer a este cuadro en los jóvenes.

4.2. Contexto familiar y estilo de crianza

El contexto familiar y el estilo de crianza parental juegan un papel clave en el desarrollo de todo niño y adolescente. Alfredo Cia (2004) plantea que:

Diversas teorías, como la teoría del aprendizaje social, la teoría del apego y las teorías cognitivas, que hablan acerca del desarrollo de esquemas cognitivos referidos a lo social,

coinciden en que los niños aprenden comportamientos, actitudes y creencias a partir del modo en el cual sus padres interactúan con ellos. Los comportamientos que los padres ofrecen como modelo, los mensajes que brindan y los modos en que estructuran la interacción del niño y la familia con otras personas del contexto extrafamiliar, son asimilados a lo largo del desarrollo evolutivo. (p.93)

De la misma manera, Bados Arturo (2017) menciona la importancia de la disciplina ejercida por parte de los padres para lograr establecer vínculos seguros y relaciones satisfactorias que contribuyen a un buen desarrollo de la autonomía, la autoconfianza y las habilidades sociales.

Diferentes estudios han demostrado la importancia que tiene el contexto familiar y la manera en que los padres ejercen la crianza sobre sus hijos en el posible desarrollo del TAS. Gomez et al. (2016) realizaron un estudio sobre los factores psicoevolutivos y de contexto familiar, donde los resultados indicaron que los estilos educativos parentales y la disciplina parental predicen de forma significativa el desarrollo de ansiedad social en población adolescente. Espinosa-Fernández et al. (2016) llevaron a cabo una investigación donde se exponen diversos estudios que demuestran una correlación entre padres sobreprotectores, controladores, hostiles y la presencia de ansiedad social en adolescentes. También se considera que la presencia de crítica negativa y poco apoyo emocional por parte de los padres tienen un efecto directo sobre el desarrollo del TAS.

En la ciudad de Lima metropolitana, Muenta (2019) realizó un estudio cuyo objetivo consistió en relacionar la ansiedad social y los diferentes estilos de crianza. Esta investigación concluyó que el rechazo de los padres y la sobreprotección es un

factor determinante de la ansiedad social. En esta misma línea, en la ciudad de Cuenca-Ecuador, Darwin (2020) llevó a cabo un estudio centrado en la relación entre los factores familiares y los síntomas de la ansiedad social. Esta investigación plantea como resultado que eventos como la muerte de uno de los padres o el divorcio, pueden desestabilizar el funcionamiento del núcleo familiar, desencadenando el desarrollo de TAS en la adolescencia. Por otro lado, también se menciona a la crianza, la hostilidad y la sobreprotección como causas principales ya que una timidez elevada en el adolescente está asociada a la ansiedad social materna y un ambiente familiar poco activo socialmente.

Cia Alfredo (2004) refiere que los padres pueden influir de manera directa en el desarrollo del TAS en un niño, al limitar las posibles interacciones sociales, dando lugar a la integración de actitudes de evitación que restringen el afrontamiento de situaciones de contacto social. Por su parte Bados (2017) afirma:

Progenitores sobreprotectores (hipercontrolados), poco o nada afectuosos, muy críticos y exigentes e incluso hostiles, que no apoyan a sus hijos inhibidos, que utilizan la vergüenza y el “qué pensarán” como técnicas educativas y disciplinarias, y que incluso muestran actitud de rechazo. Este estilo educativo es informado retrospectivamente con mayor frecuencia por las personas con FS en comparación a controles normales. (p.18)

A partir de lo desarrollado, se puede afirmar que el contexto familiar y el estilo de crianza tiene gran influencia en el desarrollo de TAS ya que los comportamientos y actitudes de los progenitores condicionan, en gran medida, el desarrollo de síntomas de ansiedad social en sus hijos. Como se mencionó anteriormente, resulta crucial remarcar la importancia del estilo de crianza ya que el mismo puede dificultar el desarrollo de las competencias sociales que son claves en la adolescencia, donde los jóvenes se encuentran en la búsqueda de establecer vínculos sociales significativos por fuera de su círculo familiar.

4.3 Aspectos psicológicos individuales

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios e inestabilidad, contar con recursos emocionales se vuelve crucial para afrontar determinadas situaciones y lograr una adaptación social efectiva. De esta manera, la percepción de uno mismo, la valoración personal, la asertividad y habilidades sociales adquieren gran relevancia en esta etapa.

Dentro de estos aspectos, se encuentra el autoconcepto y la autoestima. De acuerdo con Cazalla-Luna y Molero (2013), el autoconcepto se define como la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo, teniendo en cuenta el contexto y el momento del desarrollo evolutivo que atraviesa la persona. Por lo tanto, el mismo se configura por medio de las experiencias vividas y se va desarrollando a lo largo de los años. Por su parte González (1999) va a decir que:

El autoconcepto o concepto de sí mismo, que hace referencia a aspectos cognitivos o de conocimiento, se define como el conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de él mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona (corporal, psicológico, emocional, social, etc.). Implica una descripción objetiva y/o subjetiva de uno mismo, descripción que lógicamente contiene multitud de elementos o atributos (mujer, casada, baja, ambiciosa, amante de la música, etc.) que sirven para distinguir a una persona como única y diferente de todas las demás. (p.220)

Por otro lado, Caballo (2018) considera que la autoestima implica una

evaluación de sí mismo y que expresa si la persona se considera valiosa, capaz, importante. Se trata del juicio que un individuo puede hacer acerca de sí mismo. Siguiendo la misma línea, González (1999) la define como “la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de sí mismo, de su autoconcepto, valoración que se acompaña de sentimientos de valía personal y de auto aceptación” (p.224).

De esta manera se plantea que la autoestima y el autoconcepto son términos con conceptos diferentes que suelen ser utilizados como sinónimos, por lo tanto, se establece una diferencia al definir a la autoestima como la evaluación que se hace sobre el autoconcepto (González, 1999).

Otros recursos emocionales claves para el desarrollo en la adolescencia son la asertividad y las habilidades sociales. El comportamiento asertivo es definido como:

Aquel que le permite a una persona actuar de la mejor manera posible para su interés, defender sus puntos de vista sin presentar una ansiedad exagerada, expresar sincera y abiertamente sus sentimientos y ejercer sus derechos sin negar los de los demás. (Cia, 2004, p.249)

En el caso del TAS, es muy común que se presente una falta de asertividad debido al miedo intenso a quedar expuesto y ser juzgado por los demás, lo que impide que la persona pueda expresar libremente sus opiniones, sus emociones y, de esta manera, poder entablar relaciones más satisfactorias con los demás.

Según considera Cia (2004), la falta de asertividad se puede establecer durante la infancia debido a bloqueos o represiones de una libre expresión del afecto, o por pertenecer a un contexto familiar carente de expresión emocional y que no dio lugar a la estimulación del aprendizaje necesario.

En cuanto a la falta de habilidades sociales en el TAS se plantea que:

Posiblemente la explicación más correcta sea que una elevada ansiedad social dificulta la expresión de las HHSS, haciendo que el sujeto se comporte de forma más torpe a nivel social. Pero también es posible que una mayor falta de habilidad social produzca una mayor ansiedad en el individuo que se enfrenta a situaciones sociales. En ambos casos se produce un círculo vicioso que se autoalimenta, de tal modo que una mayor ansiedad social puede inhibir la expresión adecuada de las HHSS, lo que, a su vez, hace que aumente la ansiedad y que ésta inhiba aún más la expresión de las HHSS (Caballo et al, 2014, p.414)

Esta falta de habilidades sociales, que dificulta las interacciones sociales y puede influir en el desarrollo del TAS, se puede originar al igual que la asertividad, en la infancia. “El aislamiento social del propio niño y de la familia, el cual es informado más frecuentemente en la FS generalizada en comparación a la no generalizada, inhibe el desarrollo de las habilidades sociales del niño y favorece la ansiedad social” (Bados,2017, p.19).

En cuanto a las investigaciones encontradas, podemos mencionar a Delgado et al. (2013) que realizaron un estudio que analiza las relaciones entre ansiedad social y las dimensiones del autoconcepto en una muestra de 2.022 estudiantes españoles de 12 a 16 años. Los resultados arrojaron una relación significativa entre la ansiedad social y un pobre autoconcepto, reforzando los supuestos de los modelos cognitivos de la ansiedad social, que enfatizan el bajo autoconcepto de los jóvenes con ansiedad social como factores de inicio y/o el mantenimiento del trastorno. Cubas-Ruiz (2021) llevó a cabo en Lima-Perú un estudio centrado en la relación entre autoestima y ansiedad social en una muestra constituida por 222 estudiantes, con edades entre 15 a 17 años, donde se observó que existe una correlación significativa e inversa entre

autoestima y ansiedad social, es decir, conforme mayor sea la autoestima, menor será la ansiedad social y sus componentes como miedo, síntomas fisiológicos, evitación y/o viceversa. Por su parte, Villar-Flores (2023) realizó una investigación con el objetivo de establecer la relación entre la ansiedad social y las habilidades sociales en estudiantes del nivel secundario de edades entre 15 y 17 años, donde se confirmó la relación positiva y altamente significativa entre la ansiedad social y la falta de habilidades sociales.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos y considerando que la autoestima implica una evaluación del autoconcepto se puede decir que, a partir de los mismos, se evidencia la importancia de fortalecer un autoconcepto positivo, el cual implica una percepción saludable de las propias habilidades, logros y características. Esta visión positiva contribuye no sólo a una autoestima elevada, sino también a evitar, en la medida de lo posible, el desarrollo del TAS en la adolescencia. Por otro lado, cabe destacar la importancia de un buen desarrollo de habilidades sociales y asertividad durante la infancia y/o adolescencia ya que la carencia de las mismas podría favorecer la aparición de TAS. La falta de habilidades sociales puede dificultar la comunicación interpersonal, la capacidad de establecer relaciones significativas con sus pares, la integración en grupos sociales, limitar la capacidad para expresar emociones de manera adecuada, lo que podría llevar al aislamiento social y afectar la autoestima.

4.4 Sucesos vitales negativos

A lo largo de la vida estamos expuestos a experimentar diferentes sucesos que pueden repercutir en nuestra vida cotidiana y, a los cuales, se suele responder con niveles elevados de estrés y ansiedad. Estas perturbaciones pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a la ansiedad social, sin embargo, es importante tener en cuenta que la probabilidad de que estos sucesos desencadene un cuadro psicopatológico va a depender de distintos factores. En esto se basa el Modelo Diatesis-Estrés de la Terapia Cognitiva:

La predisposición biológica y las experiencias tempranas interactuarían (...) conformando un nivel de *vulnerabilidad* a desarrollar determinadas afecciones. Estas variables también son denominadas en muchas ocasiones como *factores predisponentes*. Sin embargo, se necesita de ciertos factores *precipitantes* o *activantes* específicos para que se desencadene la enfermedad. Cuanto mayor sea el nivel de vulnerabilidad, menor influjo de los factores precipitantes será necesario y, a la inversa, cuanto menor sea el nivel de vulnerabilidad se necesitará de un mayor nivel de estrés para el inicio de los trastornos. (Biglieri & Vetere, 2011, p.40)

En el caso del TAS, Bados (2017) plantea que los individuos con ansiedad social parecen informar haber experimentado, a lo largo de su vida, sucesos negativos en distintas situaciones sociales, tales como rechazo, intimidación, burlas, desprecio, entre otros, lo que ha aumentado las probabilidades de que experimenten ansiedad y eviten tales situaciones. La intensidad, frecuencia y contexto de estas experiencias influyen en sus efectos mientras que eventos traumáticos previos pueden potenciar el temor a situaciones similares. Su vulnerabilidad frente a estas vivencias se ve aumentada por altos niveles de estrés y eventos adversos en la vida, como abusos o conflictos familiares.

En relación a los estudios encontrados, Binelli (2014) realizó un estudio epidemiológico que incluyó el abordaje de la relación entre cinco acontecimientos vitales estresantes experimentados en la infancia y/o adolescencia (pérdida de una persona querida, abuso físico, abuso emocional, violencia familiar y abuso sexual) y la

ansiedad social. Los resultados demostraron que la violencia familiar experimentada durante la infancia y/o adolescencia se asocia a la presencia de ansiedad social en la vida adulta.

Por otro lado, Herazo et al. (2018) realizaron una meta-revisión de la asociación entre estresores vitales durante la infancia (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual y negligencia) y trastornos de ansiedad, entre ellos el TAS. Se observó una asociación significativa entre los principales trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-5 y distintos estresores vitales en la infancia.

De esta manera se puede evidenciar que, los sucesos vitales negativos experimentados durante la infancia y/o adolescencia pueden dar lugar en algunos casos al padecimiento del TAS en la adolescencia. Sin embargo, debemos tener en cuenta que una vez desarrollado este cuadro tanto los acontecimientos negativos como los positivos pueden operar como desencadenantes del mismo, ya que operan de la misma manera como factores estresantes. Tal es el ejemplo de un ascenso de trabajo, un acontecimiento positivo en la vida de una persona que es vivenciado con mucho temor en los casos de TAS.

En relación a lo mencionado, Clark y Beck (2012) afirman:

No son los factores ambientales o sociales sino las respuestas cognitivas a las experiencias sociales las que constituyen el rasgo distintivo de la fobia social. En otras palabras, el factor más crítico en la etiología de la fobia social puede ser la interpretación negativa que hacen los individuos tímidos o socialmente ansiosos de sus interacciones sociales con los demás. (p.576)

Por lo tanto, se puede considerar que más allá de los factores estresantes que se puedan presentar en la vida de una persona que padece TAS, es indispensable tener en cuenta aquellas percepciones disfuncionales respecto de las experiencias vivenciadas.

4.5 Las variables del contexto social: el uso de internet y consumo de sustancias

Entre las variables del contexto social que pueden influir en el desarrollo de TAS en la adolescencia, se puede señalar el uso de las redes sociales. Hoy en día las redes sociales funcionan como una importante fuente de comunicación y de socialización, las cuales tienen como principales usuarios a los adolescentes, llegando a tener tanto efectos positivos como negativos en ellos. Por un lado, puede proporcionar conexiones sociales, apoyo emocional y la oportunidad de expresarse a través de ellas. Sin embargo, pasar demasiado tiempo en las redes sociales puede generar aislamiento debido a la comodidad que implica el poder comunicarse detrás de una pantalla, lo que perjudica el desarrollo de habilidades sociales.

Según plantea Echeburúa y De Corral (2010) “el abuso de las redes sociales puede provocar una pérdida de habilidades en el intercambio personal (la comunicación personal se aprende practicando), desembocar en una especie de analfabetismo relacional y facilitar la construcción de relaciones sociales ficticias” (p.95). Por otro lado, el hecho de compartir y consumir todo tipo de información en las redes, puede llevar a comparaciones negativas afectando la autoestima. Durante la adolescencia el grupo de pares adquiere una enorme importancia en el proceso de formación de la identidad, sirviendo como un espejo en el que los jóvenes reflejan y ajustan ciertos aspectos de sí mismos en base a las interacciones y la retroalimentación recibida. Sin embargo, la falta de conexión afectiva que ofrece el anonimato desde el cual interactúan los adolescentes a través del *feedback* virtual puede resultar negativo para

la construcción de la identidad de los jóvenes (Arab & Diaz, 2015).

Entre las investigaciones que se encontraron acerca de la influencia del uso de internet en el desarrollo de la ansiedad social durante la adolescencia, podemos mencionar a Castro & De la Villa (2017) que expone los datos obtenidos de una investigación acerca del uso inadecuado de las redes sociales, cuyos resultados demostraron que, en esos casos, presentaban carencias en habilidades sociales, ansiedad social y baja autoestima. También se hace referencia en el estudio que los individuos prefieren satisfacer sus necesidades psicosociales por medio de las redes sociales, lo cual trae efectos negativos en su vida diaria. Por su parte, Torrente et al. (2014) realizaron un estudio con una muestra de 446 adolescentes españoles entre 12 y 16 años, el cual arrojó como resultado la relación de la adicción a Internet con la ansiedad social. Aquellos adolescentes que obtuvieron puntuaciones elevadas en adicción a Internet presentan mayores niveles de ansiedad social y de dificultades en las habilidades sociales.

Otro factor que se puede incidir en el desarrollo del cuadro en el contexto social de los jóvenes es el consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

El uso de sustancias (alcohol o drogas) es una manera artificial y equivocada de reducir los miedos en una situación de exposición o de desempeño personal. En el mejor de los casos son soluciones transitorias, mientras duren los efectos mismos. (Cia,2004, p.315)

Los adolescentes pueden experimentar el consumo de sustancias como una forma de lidiar con el TAS, lo que a su vez puede exacerbar o desencadenar problemas de ansiedad creando un ciclo complejo entre ambos. Por lo tanto, el consumo de sustancias podría tanto preceder o ser consecuencia de este cuadro.

Como menciona Cia (2004):

El TAS es 9 veces más frecuente entre las personas que presentan alcoholismo. Los pacientes describen que usan deliberadamente el alcohol como una automedicación equivocada para reducir su ansiedad social, por consiguiente, el abuso y/o dependencia alcohólica suelen ser secundarios al TAS. (p.57)

En cuanto a las investigaciones realizadas en relación al consumo de sustancias y TAS en jóvenes, podemos mencionar a Jiménez-López y Jurado (2014) que obtuvieron datos sociodemográficos, mediciones de ansiedad social y de consumo de alcohol de 3164 adolescentes mexicanos escolarizados voluntarios (hombres y mujeres) entre 12 y 18 años de edad. En este estudio, las diferencias en el patrón de consumo de alcohol entre los adolescentes con alto y bajo nivel de ansiedad social no fueron estadísticamente significativas. En cambio, en la investigación de Black et. al (2015), realizaron un seguimiento hasta los 25 años de una muestra de 788 adolescentes, que reveló que los adolescentes con fobia social tienen doble de riesgo de presentar un trastorno por uso de alcohol severo en comparación con personas sin fobia social.

En base a lo desarrollado, se sugiere una conexión significativa entre el uso de las redes sociales y la ansiedad social, ya que las relaciones sociales que llevan a cabo aquellos que padecen TAS no son satisfactorias, por lo tanto, buscan refugio por medio

de las redes sociales entablando nuevas relaciones sin la necesidad de exponerse a la evaluación de los demás. En relación al consumo de sustancias, se puede decir que existe una mayor prevalencia de abuso y dependencia de alcohol entre los adolescentes con ansiedad social en comparación con aquellos que no padecen este

cuadro. Aunque no se logró encontrar estudios que determinen si el consumo de sustancias en la adolescencia puede ser un factor predisponente para el desarrollo del TAS.

5. ANALISIS E INTERPRETACION

En base a la investigación llevada a cabo, se puede observar que la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Social en la adolescencia y su cronicidad ha generado una gran preocupación y la realización de diversas investigaciones al respecto. En este estudio, el interés se centró en los factores que predisponen a dicho padecimiento en los jóvenes en base a aspectos individuales, familiares y sociales. De acuerdo a los objetivos planteados y los resultados obtenidos, se encontraron diversas investigaciones que permitieron llevar adelante un análisis detallado respecto a los factores considerados.

En el caso del contexto familiar y el estilo de crianza, los resultados de las investigaciones encontradas caracterizan a los estilos de crianza sobreprotector, hostil, poco afectuoso como factores determinantes en el desarrollo del TAS. Se destaca cómo los comportamientos, actitudes y creencias de los padres modelan la forma en que los niños y adolescentes perciben y enfrentan las interacciones sociales, por lo tanto, la crítica negativa, el rechazo por parte de los progenitores y un contexto familiar negativo pueden propiciar una mayor probabilidad de padecer este trastorno en los adolescentes. El estilo de crianza y la disciplina ejercida se menciona como un factor clave para establecer relaciones satisfactorias, autoconfianza y habilidades sociales, sin embargo, puede tener un efecto significativo en el desarrollo de ansiedad social en los adolescentes dado que un estilo sobreprotector y autoritario es el que más predispone a este cuadro.

Los aspectos psicológicos individuales como la autoestima, el autoconcepto, la asertividad y las habilidades sociales son elementos esenciales a la hora de interactuar y establecer relaciones interpersonales saludables, sobre todo en la etapa de la adolescencia, en donde los jóvenes buscan establecer lazos sociales significativos con sus pares. Los resultados de las investigaciones encontradas establecen que la falta de habilidades sociales y asertividad puede estar asociada con el desarrollo del TAS, que genera un ciclo donde la ansiedad dificulta el desarrollo de estas habilidades. Además, señalan una relación significativa e inversa entre la ansiedad social y un pobre autoconcepto o una baja autoestima, lo que demuestra que pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento del cuadro.

Con respecto a los sucesos vitales negativos, los datos obtenidos señalan que diversos sucesos, como el abuso físico, emocional o sexual, experimentados durante la infancia y adolescencia, pueden predisponer al desarrollo y mantenimiento del TAS. La percepción acerca de uno mismo y la manera en la cual el individuo se enfrenta a las diferentes situaciones sociales pueden estar influidos por aquellas experiencias negativas, aumentando los niveles de ansiedad social. Por otro lado, cabe destacar la importancia de las respuestas cognitivas a experiencias o sucesos, tanto negativos como positivos, ya que las interpretaciones negativas de las interacciones sociales son un factor importante en el desarrollo de este padecimiento.

En relación a el uso de internet y el TAS, los resultados de los estudios consultados muestran que un uso excesivo de las redes sociales puede perjudicar el buen desarrollo de la autoestima y habilidades sociales, lo cual podría constituir un factor predisponente en el desarrollo del cuadro en la adolescencia. Se considera importante señalar, en este punto, que un uso excesivo de las redes sociales puede operar como un fuerte mecanismo de evitación y/o conducta de reaseguro ya que el individuo reemplaza las interacciones sociales cara a cara al resguardarse detrás de una pantalla. Esto puede dar una sensación de seguridad y un alivio al reducir sus

niveles de ansiedad, sin embargo, se evita de esta manera hacer frente a las diferentes situaciones sociales que generan ansiedad, lo que contribuye al mantenimiento del TAS a largo plazo.

En el caso del consumo de sustancias, las investigaciones halladas se centraron en el consumo de sustancias como un medio para reducir los niveles de ansiedad. Sólo se encontraron estudios sobre el TAS en relación al consumo de alcohol en los

adolescentes. De la misma manera que sucede en el abuso del uso de internet, se puede observar que el consumo de alcohol en los jóvenes opera muchas veces como conducta de reaseguro para este cuadro ya que permite al individuo aliviar los síntomas de ansiedad y sentirse más desinhibido a la hora de interactuar con los demás.

6. CONCLUSIONES

La hipótesis planteada sugiere una interconexión entre factores individuales, familiares y sociales para el desarrollo del TAS en la adolescencia. Se puede considerar, en base a la investigación realizada, que los principales factores que influyen en el desarrollo del cuadro en la adolescencia se relacionan con el contexto familiar y el estilo de crianza y los factores individuales. Las relaciones parentales configuran las primeras relaciones sociales durante la infancia y adolescencia, por ello, se considera que un entorno familiar saludable y estilos de crianza positivos son indispensables para promover el bienestar emocional de los adolescentes. Con respecto a los factores individuales se puede decir que estos aspectos tienen un gran impacto en la capacidad de los jóvenes para enfrentar y adaptarse a los diferentes desafíos sociales a los cuales están expuestos en esta etapa de la vida. Por lo tanto, resulta de suma importancia promover el desarrollo de habilidades sociales, la asertividad, y un autoconcepto y autoestima saludable, como estrategias para prevenir o abordar el TAS. En cuanto a los factores sociales se observa que estos influyen en menor medida, aunque se destaca el impacto negativo del uso excesivo de internet y las redes sociales, así como el consumo de sustancias como mecanismos de evitación que pueden perpetuar el TAS a largo plazo. Estos resultados demuestran la importancia de considerar múltiples dimensiones para comprender la complejidad de este padecimiento en la adolescencia y, por ende, diseñar estrategias de intervención efectivas e integrales para abordar el TAS que promuevan un entorno familiar positivo, el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, así como la toma de conciencia acerca del uso de las nuevas tecnologías y el consumo de sustancias.

Teniendo en cuenta la perspectiva cognitivo-conductual a partir de la cual se llevó a cabo el presente trabajo, se destaca la importancia de las percepciones desadaptativas respecto de las situaciones sociales como un elemento clave dentro de este cuadro. Más allá de las interacciones o experiencias sociales, el miedo se encuentra anticipado por los pensamientos y emociones ligados a aquellas situaciones sociales. Por lo tanto, se considera que la terapia cognitivo-conductual brinda las herramientas necesarias para abordar el TAS en la adolescencia, al centrarse en la reestructuración cognitiva y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento adaptativas para enfrentar las situaciones sociales de manera efectiva y, así, contribuir al bienestar del paciente.

Se espera que esta investigación no sólo brinde mayor conocimiento al estudio del Trastorno de Ansiedad Social en la adolescencia, sino que también constituya una base para futuros estudios sobre la temática, de igual modo que oriente el diseño de intervenciones terapéuticas adecuadas a las necesidades de esta población.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Masson Editorial.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arab, E., & Diaz, A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista médica clínica Condes*, 1-7.
- Bados, A. (2017). *Fobia social, naturaleza, evolución y tratamiento*. Universidad de Barcelona.
- Beck, J. (2000) *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. 1era Edición. Editorial Gedisa.
- Binelli, C. (2014). *Acontecimientos vitales estresantes, perfil de personalidad y correlatos neuronales en la ansiedad social*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Black, J., Duncan, B., Clark, C., Martin, K., Kim, T., Blase, K., Creswell, & Chung, T. (2015) *Course of Alcohol Symptoms and Social Anxiety Disorder from Adolescence to Young Adulthood. Alcohol Clin Exp Res.*; 39(6): 1008–1015
- Caballo, V., Salazar, I. & Equipo de Investigación CISO-A España. (2018). *La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 26, Nº 1, 2018. 23-53*
- Caballo, V., Salazar, I., Iruetia, M., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). *Relacion de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 22, Nº 3, 2014. 401-422*
- Castro, A., & De la Villa, M. (2017). *Uso Problemático de Redes Sociales 2.0 en Nativos Digitales: Análisis Bibliográfico. Health and Addictions, 73-85.*
- Cazalla, L., & Molero, D. (2013) *Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), 43-64.* Clarck, D. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. (Aldekoa, J, Trad.). Desclée De Brouwer (Obra original publicada en 2010).
- Cia, A. (2004). *Trastorno de ansiedad social: Manual Diagnóstico, Terapéutico y de Autoayuda*. Editorial Polemos.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. 4ta Edición. Editorial Morata
- Cubas-Ruiz, R. (2021). *Autoestima y ansiedad social en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de una institución educativa pública del distrito de independencia, 2019*. Universidad privada del norte.
- Darwin, A. (2020) *Revisión bibliográfica del trastorno de ansiedad social en la adolescencia*. Universidad del Azuay.
- Delgado, B., Ingles, C., García-Fernández, J. (2013). *La ansiedad social y el autoconcepto en la adolescencia. Revista de Psicodidáctica, 2013, 18(1), 179-195.*
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones, 22(2), 91-95.*
- Ellis, A.; & Grieger, R. (comp.). (1981). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Desclée de Brouwer.
- 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 Vol. 3. Nº. 2 99-104*
- Guidano, V. (2001). Premisas introductorias. En *Modelo cognitivo postracionalista: Hacia una reconceptualización teórica y crítica* (21-22). Desclée De Brouwer.
- Gomez-Ortiz, O., Casas, C., & Ortega-Ruiz, R. (2016). *Ansiedad social en la adolescencia: Factores psicoevolutivos y de contexto familiar. Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 24(1), 102-129.*

- González, M^a. T. (1999). Algo sobre autoestima: qué es y cómo se expresa. *Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 11, 217-232.
- Herazo, E., Campo-Arias, A., Davila, N. (2018). *Estresores vitales durante la infancia y trastorno de ansiedad: una meta-revisión*. *Duazary / Vol. 15, No. 3 - 2018 / 337 - 346*
- Jiménez-López, L., & Jurado, S. (2014) *Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos*. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* vol. 6 num. 1. 37-50
- Moreno, A. (2007). *La adolescencia*. Editorial UOC.
- Muente, L. (2019). *Dimensiones de crianza y ansiedad social en adolescentes de Lima Metropolitana*. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Olivares, J., Caballo, V., García-López, L., Alcázar, A., & López-Gollonet, C. (2003) Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 2003, 405-427
- Rodríguez Bliglieri R.; & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Editorial Polemos.
- Torrente, E., Piqueras, J., 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*, 175-183.
- Villar-Flores, D. (2023). *Ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de secundaria de una institución educativa de villa el salvador*. Universidad Autónoma del Perú.