



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

---



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD SOCIAL Y ANSIEDAD FISICA SOCIAL

EN ADOLESCENTES MEXICANOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: Varela Montiel Edgar Antonio

DIRECTOR: Dra. Flor de María Erari Gil Bernal

PACHUCA, HGO. 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
*School of Health Sciences*  
Área Académica de Psicología  
*Department of Psychology*

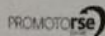
05 de mayo de 2016  
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE  
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
*Head of academic psychologyc area*

Manifiesto a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **EDGAR ANTONIO VARELA MONTIEL**, bajo la modalidad de Tesis individual cuyo título es: "RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD SOCIAL Y ANSIEDAD FÍSICA SOCIAL EN ADOLESCENTES MEXICANOS" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Arturo Del Castillo Arreola	Presidente	
Dra. Flor de María Erari Gil Bernal	Primer Vocal	
Dra. Antonia Yugoslavia Iglesias Hermenegildo	Segundo Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Tercer Vocal	 Angélica Romero P.
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Secretario	
Dr. Santos Noé Herrera Mijangos	Suplente	
Dr. José Esael Pineda Sánchez	Suplente	



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N  
Carretera Pachuca Actopan  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313  
psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

# ÍNDICE

## CONTENIDO

Índice.....	3
Índice de tablas .....	6
Resumen.....	7
Abstract .....	8
Introducción.....	9
Capítulo 1. Ansiedad Social .....	12
Trastornos de ansiedad .....	12
Clasificación diagnóstica.....	12
Síntomas Generales de la Ansiedad.....	13
Antecedentes históricos de la ansiedad social.....	15
Definición y características de la ansiedad social .....	18
Criterios diagnósticos de la ansiedad social .....	18
Situaciones temidas por los ansiosos sociales .....	20
Fase de génesis de la ansiedad social .....	22
Fase de desarrollo de la ansiedad social.....	24
La fase de mantenimiento de la fobia social.....	26
Epidemiología .....	27
Edad de inicio .....	27
Diferencias por sexo .....	28
Prevalencia .....	29
Evaluación de la Ansiedad Social.....	30

Capítulo 2. Ansiedad Física Social.....	32
Diferencias entre hombres y mujeres .....	38
Instrumentos de evaluación de la ansiedad física social .....	39
Capítulo 3. Relación entre la ansiedad social y la ansiedad física social en adolescentes. ....	41
Justificación.....	45
METODO .....	48
Preguntas de investigación.....	48
Objetivos.....	48
Objetivo General 1 .....	48
Objetivos específicos: .....	48
Objetivo General 2 .....	49
Objetivos específicos:.....	49
Objetivo General 3.....	50
Objetivos específicos:.....	50
Hipótesis conceptual.....	50
Hipótesis estadísticas .....	52
Definición de variables.....	53
Participantes .....	54
Tipo de diseño y estudio .....	54
Instrumentos .....	54
Procedimiento .....	55
FASE I .....	55
FASE II .....	56

Resultados .....	57
Discusión y conclusiones .....	65
Relación entre ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes. .....	65
Diferencias entre adolescentes de secundaria y preparatoria .....	66
Ansiedad social.....	66
Ansiedad física social .....	69
Diferencias entre hombres y mujeres .....	71
Ansiedad social.....	71
Ansiedad física social .....	72
Limitaciones, alcances y sugerencias .....	76
Referencias .....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. 1. Criterios diagnósticos del DSM-V para la ansiedad social.....	19
Tabla. 2. Criterios de la CIE-10 para la ansiedad social.....	20
Tabla. 3. Definición operacional y conceptual de la ansiedad social y la ansiedad física social.....	53
Tabla. 4. Medias y desviaciones estándar de ansiedad social y ansiedad física social.....	57
Tabla.5 Media y desviación estándar de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes de secundaria y preparatoria.....	58
Tabla.6. Relación de Ansiedad Social y Ansiedad Física Social en adolescentes de secundaria y preparatoria.....	59
Tabla.7. Diferencias entre adolescentes de secundaria y preparatoria en Ansiedad Social y Ansiedad Física Social.....	60
Tabla.8. Diferencias de mujeres y hombres en ansiedad social y ansiedad física social.....	60
Tabla.9. Diferencias entre los grados escolares de secundaria en el nivel de Ansiedad Social y el nivel de Ansiedad Física Social.....	61
Tabla.10. Diferencias entre los grados escolares de preparatoria en el nivel de Ansiedad Social y el nivel de Ansiedad Física Social.....	62
Tabla.11. Diferencia entre hombres y mujeres adolescentes en la Ansiedad Social y Ansiedad Física Social.....	63
Tabla.12. Diferencias en el nivel de ansiedad social y el nivel de ansiedad física social por sexo en secundaria y preparatoria.	64

## RESUMEN

El presente estudio de tipo cuantitativo muestra la relación y diferencias entre la ansiedad social y la ansiedad física social de 485 adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria del municipio de Zumpango en el Estado de México. Los participantes fueron adolescentes de entre los 12 y 19 años de edad. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico intencional. Para estos fines se utilizaron la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (EASA) y la Escala de Ansiedad Física Social para Adolescentes (EAFS). El análisis estadístico que se utilizó para identificar las correlaciones entre variables fue el de Producto Momento de Pearson y para comparar entre los niveles de ansiedad social y ansiedad física social entre por sexo y nivel académico, el ANOVA de una vía. Para conocer entre qué grupos específicamente las diferencias se corrieron pruebas Post-hoc de Tukey. El nivel de ansiedad social ( $M=31.76$ ,  $DE=10.1$ ) y de ansiedad física social ( $M=16.38$ ,  $DE=5.92$ ) en adolescentes. Se discuten los hallazgos a la luz de la literatura y se presentan las principales limitaciones y sugerencias.

Palabras clave: ansiedad social, ansiedad física social, adolescentes, relación y diferencias.

## **ABSTRACT**

The present quantitative study shows the relationship and the differences between social anxiety and social physique anxiety in a 485 sample of a middle and high schools students from the municipality of Zumpango at the State of Mexico. Participants were adolescents between 12 and 19 years old. The type of sampling used was not probabilistic intentional. To measure the variables of the present study were used the Social Anxiety Scale for Adolescents and Social Physique Anxiety Scale for Adolescents. The statistical analysis showed positive and significant correlations between variables and differences between sex and academic level of social anxiety and social physique anxiety. The levels social anxiety ( $M=31.76$ ,  $SD=10.1$ ) and social physique anxiety ( $M=16.38$ ,  $SD=5.92$ ) in adolescents.

Key words: social anxiety, social physique anxiety, adolescents, relationship and differences



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período clave del desarrollo ya que en éste se establecen metas y valores, así como un sentido y dirección de la vida. Las esferas biológica, psicológica y social, otorgan una perspectiva de cambio físico y psicológico en el propio individuo así como en su relación con los demás (Smetana, Campione-Barr & Metzger, 2006).

Dentro de los cambios significativos en la adolescencia se encuentran los psicológicos, de los cuales sobresalen la transformación del mundo social, el tipo de relaciones con los pares y el inicio de las relaciones románticas. El ambiente escolar funciona como un escenario primordial en el que se encuentran los principales agentes socializadores, que jerarquizan e impactan en sus actividades, preferencias, sentimientos y pensamientos. Una de las características relevantes en esta etapa es un intenso deseo de independencia, combinado con una elevada necesidad de apoyo social por parte de los pares, de tal manera que uno de los indicadores importantes de la salud mental del adolescente es la relación significativa con estos; el apego a los amigos, el apoyo o la confianza con ellos, forman una naturaleza protectora para su nivel de autoestima (Wissink, Dekovic & Meijer, 2009).

Una problemática que interfiere este ajuste social de los adolescentes es la *fobia social o trastorno de ansiedad social*. De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) es el más común de los trastornos de ansiedad y se refiere al miedo o ansiedad de un individuo que se presenta ante la actuación en situaciones sociales o en público. El adolescente socialmente ansioso observa limitadas sus relaciones interpersonales al mostrar déficit en la capacidad social, desea la compañía de otros, aunque evita las situaciones sociales por temor a ser considerado como incongruente, estúpido o molesto (Stein & Stein, 2008; Wittchen, Stein & Kessler, 1999).

Numerosos estudios han reportado que la ansiedad social se asocia con posibles problemáticas de la salud mental, entre las que se encuentran: depresión mayor, bajo rendimiento académico, deserción escolar, desarrollo de otros trastornos de ansiedad, inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas, abuso y dependencia de alcohol, relaciones de pareja disfuncionales, trastornos de la conducta alimentaria, autoestima e imagen corporal (Alva & Cukier, 2009; Kessler, 2003; Komar, 2006; Morris, Steward & Ham 2005; Stein & Kean, 2000; Van Ameringen, Mancini & Farvolden, 2003; Zubeidat, Fernández, Sierra & Salinas, 2008).

En una investigación realizada por Hart, Leary y Rejeski en 1989 en la cual estudiaron la relación entre la ansiedad social y la autoestima e imagen corporal, encontraron que cuando se presentaba baja autoestima corporal y una insatisfacción de la imagen corporal se podía presentar un miedo a la evaluación negativa sobre el físico por parte de los demás. A este fenómeno, Hart y sus colaboradores lo nombraron *ansiedad física social*, que fue descrita como un subtipo de ansiedad social. Desde entonces numerosos estudios han examinado este constructo psicológico (Crawford & Eklund, 1994; Focht & Hausenblas, 2004, Russell & Cox, 2003).

En la presente investigación se enfocó en determinar la relación y la diferencia que existe en el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria del municipio de Zumpango en el Estado de México. La revisión de la literatura al respecto, arrojó que la investigación sobre la relación entre estas dos variables a nivel nacional e internacional, es nula. Aunado a esto, la ansiedad física social es una variable que no se ha investigado en México y las investigaciones que se han realizado en otros países han sido con muestras con características muy particulares por lo que se dificulta la generalización de los resultados a población general (atletas, nadadores, gimnastas, etc.) (Cox, Lantz, & Mayhew, 1997; Crawford, & Eklund, 1994; Eklund, & Crawford, 1998; Kowalski, Crocker, & Kowalski, 2001).

En el presente documento se puntualiza la definición, la clasificación así como los síntomas generales de la ansiedad, así como los antecedentes históricos, definición, características y criterios diagnósticos de la ansiedad social, al igual que las situaciones temidas por los ansiosos sociales y se describe el modelo explicativo de la génesis, el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad social. En el segundo capítulo se desarrolla la variable de ansiedad física social, la cual, como se mencionó anteriormente cuenta con pocos estudios que la hayan investigado, no obstante, se logra integrar a lo largo del capítulo los antecedentes de la variable, su definición, características, etiología, diferencias entre hombres y mujeres, e instrumentos de evaluación que se han desarrollado hasta ahora. Como parte del presente estudio y dada la carencia de instrumentos para medir dicha variable, se presenta una propuesta de validación de una escala para medir ansiedad física social en adolescentes mexicanos. En el tercer capítulo, se desarrollan y explican cada de una de las problemáticas de salud física o mental surgen en los adolescentes con ansiedad social o ansiedad física social a lo largo del desarrollo.

Posteriormente se incluye el planteamiento del problema, el método utilizado, los resultados divididos en dos fases, la primera con los datos de la validación de la escala mencionada anteriormente y en la segunda con aquellos referentes a la relación entre ansiedad social y ansiedad física social, así como a las diferencias entre edad, sexo. En discusión y conclusiones se desarrolla la explicación de los datos encontrados y se hacen propuestas específicas a la luz de la evidencia recabada y de las limitaciones y alcances del presente estudio.

## **CAPÍTULO 1. ANSIEDAD SOCIAL**

### **Trastornos de ansiedad**

El miedo es una respuesta normal y adaptativa frente a amenazas reales, la cual prepara al organismo a reaccionar ante situaciones de peligro y se expresa por medio de un estímulo peligroso. El miedo se considera como medio de protección contra el daño lo que lo hace que una emoción importante y funcional, por el cual es provisto el organismo con un sistema de alerta para la acción. El organismo es advertido de peligro por el miedo y éste lo prepara para una huida (Echeburúa, 1993; Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick, 2002; Spence, 1998).

La ansiedad, a diferencia del miedo, se caracteriza por ser un temor desproporcionado con relación a la duración, grado de evitación, malestar subjetivo, con relación a la intensidad real de peligro ocasionado por un estímulo temido (Sweener & Pine, 2004; en Gil-Bernal, 2009).

La ansiedad está caracterizada por el miedo o incremento de la tensión psicológica y física que causa angustia. Es un estado subjetivo de miedo, temor o tensión que se presenta frente a una situación naturalmente temerosa o amenazante. La ansiedad puede ser una reacción normal, y cuando es así es útil porque induce un estado de alerta que mejora el rendimiento físico y mental, sin embargo, cuando ésta es anormal o excesiva, deteriora el rendimiento emocional y físico, produciendo un alto nivel de malestar (DSM-5, American Psychiatric Association, APA, 2013).

### **Clasificación diagnóstica**

De acuerdo al DSM-V (APA, 2013) se propone la siguiente clasificación de los trastornos de ansiedad:

1. *Trastorno de ansiedad por separación*: miedo o ansiedad del individuo a separarse de personas por las que siente apego como familiares y/o amigos.
2. *Mutismo selectivo*: Fracaso al intentar expresarse ante un público. Se acompaña de malestar significativo.
3. *Fobia específica*: marcado miedo o ansiedad a un objeto o situación específica.
4. *Ansiedad social*: miedo o ansiedad ante situaciones sociales, en las que el individuo se expone a posibles evaluaciones de los demás.
5. *Trastorno de pánico*: aparición de miedo o malestar inesperados en los cuales el individuo presenta estados de ansiedad.
6. *Agorafobia*: miedo situaciones, como son: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, etc. En las que el individuo tiene la idea de que escapar podría ser difícil.
7. *Trastorno de ansiedad generalizada*: ansiedad o preocupación excesiva en relación a diversos sucesos o actividades (laboral o escolar), a tener un ataque de ansiedad.
8. *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos*: ansiedad generada por el consumo excesivo de alguna sustancia.
9. *Trastorno de ansiedad por una condición médica*: ansiedad inducida por algún padecimiento fisiológico.
10. *Trastorno de ansiedad no especificado*: ansiedad que no reúne criterios diagnósticos de los mencionados.

## **Síntomas Generales de la Ansiedad**

La sintomatología de los trastornos de ansiedad se manifiesta de forma muy variada y se puede clasificar como:

*Física*: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el

estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.

*Psicológica:* Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, temor a la muerte, la locura o a el suicidio.

*Conductual:* Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambio en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

Dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibles.

*Social:* Irritabilidad, ensimismamiento, dificultad para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Los síntomas pueden variar entre cada persona, al igual que la intensidad con la que se presenten. La predisposición biológica y/o psicológica muestra lo vulnerable o susceptible de cada persona a unos u otros síntomas (Viaud-Delmon, Ivanenko, Berthoz, & Jouvent, 2000).

Al ser diferente la sintomatología para identificar cada uno de los trastornos de ansiedad, es suma importancia cada uno de estos, para que se pueda identificar las diferencias entre etiología, desarrollo y consecuencias. Por lo tanto estudiar la ansiedad social y cada parte que la integra, así como su relación con otras variables es de gran interés para conocer todo lo que se relaciona con esta.

### **Antecedentes históricos de la ansiedad social**

El trastorno de ansiedad social o fobia social, como también se le conoce, constituye un problema psicológico tal vez tan antiguo como la humanidad (Bobes, Bascarán, Bousuño, García-Portilla & Saiz, 2003; Olivares & Caballo, 2003). En 1845, Robert Burton (p. 253), en su obra “La anatomía de la melancolía”, presenta lo escrito por Hipócrates, quien describe lo que sucede a su paciente de la siguiente manera:

“Es más que una timidez, suspicacia o temor. No se atreve a estar con otras personas por miedo a vocalizar mal o excederse en sus gestos mientras habla, y teme que va a ser deshonrado ante los demás. Piensa que cada persona lo observa”.

Desde Hipócrates se han descrito las reacciones ante las situaciones sociales como vergüenza y timidez. Por lo tanto esta última, la inhibición social, el miedo a hablar en público, la ansiedad social, la ansiedad interpersonal, la ansiedad de evaluación, el miedo escénico, etc., son algunas maneras en las que han sido conceptualizados los problemas de interacción social, y se nombran de acuerdo a la modalidad (Botella, et al., 2003; en Gil Bernal, 2009).

En 1901 Hartenberg en su libro *Les timides et la timidité* describió la fobia social como actualmente se conoce. Para 1909 Janet utilizó el término *Phobie des situations sociales* para explicar el miedo que los pacientes percibían al ser observados en el momento que hablaban, escribían o tocaban el piano. En 1966 Marcks y Gelder utilizaron el concepto de fobia social como categoría diagnóstica.

Catalogaron como fobias sociales a los miedos a comer, beber, temblar, sonrojarse, hablar, escribir o vomitar en situaciones sociales. Mismos que habían sido conocidos anteriormente como “trastornos por ansiedad olvidados” (Bobes et al., 1999).

La conceptualización inicial de la ansiedad social como categoría diagnóstica diferenciada de los otros trastornos de ansiedad fue descrita por Mark y Gelder en 1966. Describiendo a la ansiedad social o fobia social como: Ansiedad o fobia a situaciones sociales expresada de manera muy variada, como timidez, miedo a ruborizarse en público, a comer en restaurantes, a conocer hombres o mujeres, a ir a bailes o fiestas, o a temblar cuando se es el centro de atención. Estos autores plantean la individualización del trastorno, separando a éste de las fobias específicas, de forma que lo propuesto por ellos fue la clasificación de las fobias. Presentaron cuatro categorías: agorafobia, fobia social, fobia a animales y fobias específicas. En la actualidad éstas se han modificado quedando: fobias situacionales, a los animales, relaciones con el ambiente y la naturaleza y a la sangre y las heridas (Durand & Barlow, 2007).

En el DSM II se integró la categoría diagnóstica “Reacción de retirada” o de aislamiento (DSM II, 1968) en la cual se incluía tanto timidez y ansiedad social como indiferencia y gratificación por las interacciones sociales. Lo cual generaba confusión al integrar estos elementos en un solo diagnóstico. La indiferencia y el desinterés por la gratificación social se pueden relacionar con otro tipo de trastorno como el de la personalidad esquizoide, mientras que la timidez como la ansiedad social se consideran condiciones en las que la ansiedad se presenta, precisamente por la relevancia de la opinión de los otros (Halgin & Whitbourne, 2005).

La fobia social se agregó como categoría diagnóstica en el DSM-III (APA, 1980) siendo integrada en los trastornos de ansiedad de comienzo en la infancia y adolescencia, por lo tanto el trastorno de la personalidad esquizoide se mueve a



otro grupo de trastornos, para delimitar la confusión que se producía en el manual anterior.

Durante más de una década fue el trastorno de ansiedad menos investigado por especialistas de la salud mental, debido a que se le atribuía como banal, por ser confundido el concepto de ansiedad social con el de timidez, rasgo temperamental sin importancia para el Eje 1, las tasas de prevalencia son más elevadas en la población general que la fobia social, afectando ésta al 2% de la población, en cuanto a la timidez afecta el 38% de los niños (Bobes, Bascarán, Bousoño, García-Portilla, & Saiz, 2003; Carretero, Feizas, Pellungrini, & Gutiérrez, 2001; Furmark, 2002).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se integró la categoría diagnóstica de fobia social en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) hasta 1992 (Bobes, Bascarán, Bousoño, García-Portilla & Saiz, 2003; Carretero, Feizas, Pellungrini, & Gutiérrez, 2001; Furmark, 2002).

En el DSM-V se ha eliminado el criterio de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su ansiedad es excesiva o irracional. En lugar de esto, la ansiedad debe ser desproporcionada para el peligro o amenaza implicado en la situación y para el contexto sociocultural. Se agrega que la duración de al menos 6 meses se extiende a todas las edad. Se permite que el miedo, ansiedad o evitación pueda estar relacionado con una condición médica a condición de que sea excesivo. Eliminan el especificador de fobia social generalizada, el cual es reemplazado por el especificador "sólo actuación" (el miedo está restringido a hablar o actuar en público). Cuando hay ataques de pánico, se requiere que se ponga como un especificador: trastorno de ansiedad social con ataques de pánico (Bados, 2015).

En la actualidad la ansiedad social se encuentra en la categoría de los trastornos de ansiedad en el DSM-V como en la CIE-10. Definida como: acusado y persistente miedo a una o más situaciones sociales como son las actuaciones en

público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o una probable evaluación por parte de los otros (APA, 2013). Entre ambos manuales se encuentra una concordancia del 66% en la coincidencia de casos positivos (Bados, 2009).

### **Definición y características de la ansiedad social**

El trastorno de ansiedad social, se conceptualiza por ansiedad o miedo acusado, persistente y excesivo en respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público en las que el/los individuo/s se muestran ante personas que no pertenecen al ámbito familiar, en las cuales se presentan pensamientos de ser posiblemente evaluado o juzgado negativamente por los demás. Puede ser evaluado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, sucio o desagradable. Por lo cual la/s persona/s pueden mostrar síntomas de ansiedad como ruborización, temblores sudoración, tartamudeos, lo que lo puede llevar a sentirse evaluado negativamente por lo demás a causa de dichas actuación. Este miedo se relaciona a conductas de evitación de situaciones sociales, siendo que dichas actuaciones en público las experimenta de manera ansiosa o con malestar. Los comportamientos de evitación afectan al individuo en sus actividades como relaciones laborales o académicas, así como en las sociales, pueden producir malestar clínico significativo (APA, 2013; Olivares, Rosa, & García-López, 2004). Las situaciones sociales temidas puede ser como el temor a hablar, comer o escribir en público, utilizar baños públicos, asistir a fiestas o entrevistas (Gil-Bernal, 2003).

### **Criterios diagnósticos de la ansiedad social**

En la actualidad la ansiedad social se encuentra dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad tanto en el DSM-V como en la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10). La concordancia que existe entre ambos manuales es de 66% de similitud en casos positivos (Bados, 2009).

En la tabla 1 se muestran los criterios diagnóstico según la APA, y en la tabla 2 se presentan los de la OMS.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-V para la ansiedad social**

---

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).
  - B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
  - C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
  - D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
  - E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
  - F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
  - G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
  - H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
  - I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
  - J. I existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.
-

**Tabla 2. Criterios de la CIE-10 para la ansiedad social**

---

1. Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes).
  2. El temor puede ser discreto (comer en público, hablar en público, encuentro con el sexo contrario) o difuso (incluyendo casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar).
  3. Se asocia con baja autoestima y miedo a la crítica.
  4. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otro síntomas (por ejemplo ideas delirantes u obsesivas).
  5. La ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
  6. La situación fóbica se evita siempre que es posible.
- 

En una investigación sobre la comorbilidad que tiene la ansiedad social en adolescentes (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra & Salinas, 2007) se muestra que se confunde con trastornos de ansiedad, introversión social, hostilidad, malestar social, problemas escolares y baja autoestima.

### **Situaciones temidas por los ansiosos sociales**

Según Gil-Bernal (2009) en un estudio realizado con una muestra de población general en la Ciudad de México, las situaciones temidas se simplifican como:

- 1) Situaciones que implican interacción con otras personas: Comenzar y sostener charlas, expresarse sobre asuntos personales, mantener relaciones íntimas, ir a fiestas, recibir críticas, realizar o rechazar solicitudes, sostener opiniones propias, involucrarse con personas de autoridad.

2) Situaciones que implican un miedo a ser observado, sin que necesariamente haya interacción con otras personas: exponer en público, participar en conversaciones, colaborar en situaciones que involucren asertividad. Las que se pueden considerar como menos temidas pueden ser comer, beber y escribir en lugares públicos, asistir a clases de gimnasia o danza.

Mientras tanto Bados (2015) divide las situaciones en cuatro categorías que son:

Intervención pública: realizar una plática, efectuar actividades en público, dar información frente a un grupo, participar en situaciones formales de grupos pequeños.

Intervención informal: Iniciar y sostener conversaciones con personas desconocidas, comentar temas personales, hacer cumplidos, relacionarse con personas del sexo opuesto o preferido, convenir y/o acudir a citas, asistir a fiestas, relacionarse con personas nuevas, establecer relaciones íntimas, hacer llamadas telefónicas y recibir críticas.

Interacción asertiva: Solicitar a otras personas que cambien algún comportamiento molesto, reclamar derechos, devolver objetos comprados que tiene alguna falla, hacer peticiones o negarse a las solicitudes de otros, manifestarse en desacuerdo, crítica o molestia con otros, defender las opiniones personales o interactuar con personas de autoridad.

Ser observado: al comer, beber, escribir, firmar o trabajar frente a otras personas, asistir a clases de gimnasia, baile o danza, usar lavabos o baños públicos, entrar en espacios en los que hay otras personas sentadas como salones de clase, transporte público, auditorios.

Modelo explicativo de la génesis, el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad social

Olivares y Caballo en el 2003 crearon un modelo para explicar la génesis, el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad social, el cual es descrito por tres fases, por medio de las cuales describen las variables y factores que intervienen en el individuo para presentar este trastorno.

### **Fase de génesis de la ansiedad social**

Esta fase describe el conjunto de factores que el modelo presupone como predisponentes o precipitantes del inicio de la ansiedad social. Las variables incluidas en el contexto social negativo y las variables organísmicas son las conforman esta fase.

El origen de la ansiedad social es el resultado de formas de aprendizajes que de manera aislada o combina intervienen para mediar la relación entre un contexto social negativo y conjunto de variables organísmicas que provocan que un sujeto genere un alto potencial de vulnerabilidad, por efecto de aparición y limitación de un patrón de respuestas de ansiedad que surge de una reacción adaptativa ante una situación social experimentada como amenaza de la integridad del individuo, aunque, se consolida como consecuencia con respecto al número o a la intensidad de los ensayos realizados, por lo cual se puede generalizar a otras situaciones sociales, por relación, modificándose, su función de adaptativa a desadaptativa.

En el contexto social negativo son importantes los modelos humanos, porque significan para el individuo, la manera de manifestar directa o indirectamente su aversión a la actuación ante personas desconocidas a su entorno cercano, lo que predispone al niño, adolescente o adulto, a actuar de

manera similar en situaciones parecidas (Bandura, 1969; Bandura, Ross & Ross, 1963; Bandura & Wlater, 1980; Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989).

Los antecedentes familiares preceden a la manera en cómo se comporta el sujeto a partir de aprender la conducta de algún integrante de ésta, al igual se observan otros precedentes dentro de este como son: estimulación social deficiente, aislamiento social de la familia (creencias irracionales, reforzamiento a la evitación o escape de las situaciones “peligrosas”) o la existencia de problemas psicopatológicos en uno o ambos progenitores. Los modelos educativos implementados en el contexto familiar por los progenitores, son de suma importancia para el desarrollo de la fobia social, dentro de los cuales se presentan a) autoritario-coercitivo y altamente exigente, b) condescendiente-complaciente o c) caótico.

El contexto educativo como el familiar ejerce influencia en la transmisión de información, ambos siendo depósitos y fuentes de creencias, supuestos y atribuciones erróneas. La inadecuación de la conducta de los profesores, la aceptación e integración del niño o el adolescente en el contexto escolar constituyen factores de vulnerabilidad. Las carencias del personal responsable del individuo dentro de los centros educativos con respecto a su conocimiento del curso evolutivo humano y el manejo de las habilidades sociales, así como la información proveniente de teorías pedagógicas fundamentadas en supuestos erróneos, constituyen fuentes potenciales de peligro que aumenta la probabilidad de que actúen de manera inapropiada (p. ej. Empleo inadecuado de refuerzo negativo y la extinción de conductas adaptativas).

En las variables orgánicas el modelo establece cuatro grupos: a) los determinantes biológicos, b) los factores de personalidad, c) las respuestas de escape y d) otros factores, este último se integra por una variedad de variables que no se pueden integrar en los apartados anteriores.

Los determinantes biológicos pueden ser de carácter evolutivo o no evolutivo. Los evolutivos son aquellos que nos afectan a todos, pero, en general, aparecen y desaparecen en la vida sin causar efectos negativos; los no evolutivos se refieren a variables como el sexo, la inhibición conductual, la preparación biológica o la imagen física. Las respuestas de temor o escape ante la presencia, actuación o relación con extraños; la separación de los padres o de seres queridos significativos; se encuentran dentro de los determinantes biológicos evolutivos. En los no evolutivos se identifican variables como sexo que indican que por cada dos chicas hay un chico con ansiedad social esto obtenido de estudios epidemiológicos realizados con muestras comunitarias. Los efectos desadaptativos que produce el adelanto o el retraso del desarrollo físico en relación al grupo cultural de referencia o la imagen física, que en la adolescencia se considera un factor de relevancia, al igual que todo lo que puede influir en el deterioro de la imagen física (p. ej., problemas de salud, obesidad, acné virulento y cicatrizante, psoriasis, exceso de vello en las chicas, por mencionar algunos). La introversión y el neuroticismo son factores de la personalidad. La autocrítica irracional y desproporcionada, intensifica la focalización de la atención hacia señales internas y externas que se puedan percibir como peligros reales, así como la observación de otras amenazas potenciales.

Olivares y Caballo (2003) llegan a la conclusión de que el miedo no es a una evaluación negativa por parte de los padres o de compañeros, sino a no responder adecuadamente a la situación o por no saber con certeza si se responde apropiadamente.

### **Fase de desarrollo de la ansiedad social**

Constituido el patrón de respuestas de ansiedad condicionadas a la actuación y relación ante situaciones sociales, si la persona se expone a una temida, ya sea porque le es imposible evitarla o porque la motivación para exponerse en ese momento es mayor que la percepción de amenaza, esta



situación será más negativa que positiva. En un futuro, la intensidad del malestar será cada vez mayor al autorreforzamiento positivo, lo que causara que la situación comenzará a volverse desagradable. Lo que desencadenara la aparición de respuestas de ansiedad (temblor, rubor, sudor, tasa cardíaca y respiratoria elevada, etc.). Tal reacción excesiva posibilita la llegada de una señal de alarma más desagradable como el ataque de pánico. Lo cual generará un estado de alerta máximo ante toda situación social peligrosamente potencial y ocasionará que se presenten respuestas fisiológicas, cognitivas y/o motoras a la situación social temida.

Después de la exposición a una o varias situaciones sociales en las que se ha experimentado un malestar significativo, la asociación se unifica y generaliza. El malestar depende de la intensidad de la relación entre la situación social y las respuestas de ansiedad, así como el miedo, intensidad, frecuencia y duración con que la persona las percibe, mediante el recuerdo de lo vivido.

Los ansiosos sociales se encuentran en un estado permanente de alerta dentro de situaciones sociales, debido a la incertidumbre que se genera por la ausencia de retroalimentación positiva del medio social y por la duda de la propia capacidad para adaptarse a determinadas situaciones. La necesidad de llenar las carencias de atención y consideración social, de hacer las cosas bien, de percibirse aceptado, querido y valorado socialmente, genera en los ansioso sociales desarrollar un pensamiento de perfeccionismo; lo que conlleva a una autoexigencia elevada. Al no cumplir con esto, genera malestar que lo lleva a que el individuo se aislé socialmente.

El individuo con ansiedad social presta poca atención a la tarea que realiza y se enfoca a señales internas y de la situación. Lo que marca como punto de atención que se centre en las respuestas somáticas y neurovegetativas que los demás puedan observar. Lo que provoca que el ansioso social genere pensamientos que lo denigren (p. ej.: me voy a quedar sin saber qué decir, voy a

decir tonterías, me tamblará la voz, etc.). Aunque las personas no perciben los errores cometidos.

#### *La fase de mantenimiento de la fobia social*

En esta fase principalmente aumento la incertidumbre y el efecto que genera la audiencia. La persona presenta malestar aunque no esté expuesta a la situación, sino con el hecho de recordar una situación.

Lo que genera una reacción del sistema fisiológico. La persona a través de los pensamientos recupera información proveniente de dicha experiencia o la relación de información, de la retroalimentación de personas significativas, de las creencias o del significado que le otorgue a la situación social.

El ansioso social tiene la necesidad de escapar y evitar las situaciones sociales que le generan malestar, lo cual lo lleva al aislamiento social, y por ende a sufrir las consecuencias negativas que lo acompañan.

La ansiedad de la imagen corporal es un importante factor para desarrollar ansiedad social en adolescentes (Waghachavare, Quraishi, Dhumale, & Gore, 2014). En una investigación en la que se trabajó con un grupo control (sin acné) y con personas con acné, se encontró que estas últimas puntuaron alto en ansiedad social siendo esta la de mayor puntuación dentro de las psicopatologías que se midieron (Öztürk, Deveci, Bagciglu, Atalay, & Serdar, 2012).

Como se está preparado evolutivamente para temer a ciertos animales, también se prepara de forma evolutiva para temer a las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo. Estas expresiones son identificadas cuando las caras miran directamente a la persona, lo que provoca un contacto ocular, no se necesita explicar el significado de la expresión facial el miedo surge de manera preatencional, lo que muestra que exististe una carga genética de miedo a ciertas expresiones fáciles (Bados, 2015).

## **Epidemiología**

### **Edad de inicio**

De acuerdo a la revisión de la literatura, la edad de inicio se encuentra en promedio entre los 10 y 16.6 años de edad dependiendo del tipo de muestra (adolescentes o adultos) con la que se haya trabajado. Aunque puede comenzar en etapas posteriores, cuando sucede estas situaciones es porqué se trata de una situación secundaria o parte de otro trastorno primario como trastorno psicótico, depresión u otros. Asimismo se presentan reportes de inicio de ansiedad social en edades tempranas, aunque estos son escasos porque se necesita desarrollar la autoconciencia y ésta emerge alrededor de los 8 años (Wittchen & Fhem, 2003).

Rapee y Spence (2004) proponen una media en la edad de inicio que es entre los 10 y los 13 años, la cual especifican que es comienzo temprano. Sugiriendo además que la inhibición conductual en etapas tempranas puede ser un rasgo temperamental precursor de la fobia social.

Otras investigaciones reportan variantes, sin embargo, se ha consensado entre diversos investigadores que la edad de inicio se encuentra aproximadamente a los 11 años que es entre finales de la infancia y en la adolescencia temprana, esto se presenta aproximadamente en un 50% de la población general que se evalúa. Mientras que otros estudios con población clínica muestran reportes entre los 13 y 24 años (Stein & Stein, 2008). Aunque los investigadores españoles presentan trabajos en los cuales, los reportes muestran edades de inicio entre los 12 y 17 años (Inglés, Méndez & Hidalgo, 2001; Olivares, & Caballo, 2003). Con respecto a la duración, Quero, Baños, Botella y Gallardo (2003) indican que ésta puede prolongarse de 12 años o durar toda la vida.

## **Diferencias por sexo**

Es ampliamente descrito que las mujeres tienen mayor tendencia a presentar problemas internalizados como ansiedad y depresión, y los hombres muestran frecuentemente sintomatología externalizada como problemas de conducta (Ybrandt, 2008).

Las mujeres presentan mayor prevalencia de ansiedad social, aunque en población clínica los hombres presentan una tasa más alta de prevalencia. Esto se asocia con una mayor presión de la ansiedad social en los varones, por lo que hay una mayor búsqueda de tratamientos para éstos (Rapee & Spence, 2004). Aunque por otra parte, si observa la situación de forma cualitativa, se muestra que la naturaleza de la ansiedad social, interfiere de la misma manera a hombres y mujeres, de hecho, investigadores se han planteado el dilema de evaluar diferencialmente o no a hombres y mujeres (Hall-Lande, Eisenberg, Christenson, & Neumark-Sztainer, 2007; Inglés, Martínez-Monteagudo, Delgado, Torregrosa, Redondo, Benavides, García-Fernández, & García-López, 2008).

Con la participación de 18 países Iberoamericanos se realizó una investigación, en la cual se evaluaron diferencias por edad y sexo en una muestra de 16,940 adolescentes de 16 y 18 años de edad en cuanto a seis dimensiones de la ansiedad social: 1) quedar en evidencia, o hacer el ridículo en situaciones socialmente embarazosas, 2) interacciones con el sexo opuesto, 3) interacciones con extraños, 4) críticas y preocupaciones, 5) expresión asertiva del enojo, disgusto o displacer y 6) hablar, interactuar con personas de autoridad o actuar en público ante personas de autoridad. Los resultados indicaron que las mujeres puntuaron más alto en el nivel de ansiedad social con respecto a los hombres en diferentes países (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann, & CISO-A, 2008; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann, & CISO-A, 2014).

## **Prevalencia**

La prevalencia estimada en 12 meses en los Estados Unidos (E.U.) es aproximadamente del 7% (Kessler, et al., 2005; Kessler, et al., 2012; Ruscio, et al., 2008). Las prevalencias estimadas inferior a 12 meses en el mundo se ven utilizando el mismo instrumento diagnóstico, son alrededor de 0.5% - 2.0%; en Europa la media de prevalencia está en 2.3% (Lewis-Fernández et al., 2009; Wittchen, et al., 2005). Las tasas de prevalencia para 12 meses en niños y adolescentes son comparables con la de los adultos (Costello, et al., 2003; Kessler, et al., 2012; Wittchen, et al., 1999).

En un estudio que se elaboró en la India, se observó una prevalencia del 20% en la muestra de adolescentes (Waghachavare, Quraishi, Dhumale, & Gore, 2014).

En una muestra de 54 personas con trastornos de conducta alimentaria se encontró una prevalencia del 14.8% con ansiedad social, siendo alto, ya que en la sin trastornos de la conducta alimentaria se presentó una prevalencia de 0% (Behar, Barahona, Iglesias, & Casanova, 2007).

Según la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009) muestra la diferencia de prevalencia en 12 meses por sexo en ansiedad social; hombres (10.0%) y para mujeres (12.4%); siendo así que en México es el segundo trastorno con mayor prevalencia después de las fobias específicas.

Estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial, diversifican los resultados obtenidos, aunque a pesar de esto, es posible tener una estimación de la prevalencia del trastorno de ansiedad social y su relación con otros trastornos mentales, particularmente en población general la depresión (Stein & Stein, 2008; Beesdo, 2007).

En España la población comunitaria adolescente, muestra prevalencia de 8.2%, evaluando con autoinformes (Bados, 2009; García-López, Piqueras, Días-Castela & Inglés, 2008).

### **Evaluación de la Ansiedad Social**

Evaluación breve del miedo a la evaluación negativa (Leary, 1983), diseñada para evaluar la disfunción cognitiva que se encuentra relacionada con la ansiedad social, se integra de 12 ítems, sus respuestas son en una escala tipo Likert, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 4 es totalmente de acuerdo, la versión española para adultos jóvenes de Zubeidat, Salinas y Sierra (2007) muestra un alfa de Cronbach= 0.94.

Evaluación breve de dependencia emocional, fue construida para evaluar la asociación de dependencia emocional con la ansiedad social, su consistencia interna en alfa de Cronbach es 0.62 en una muestra de universitarios que tenían una edad de 19 a 31 años; se integra de cuatro reactivos que se contestan por medio de una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = en desacuerdo y 5 = de acuerdo). Uno de los cuatro reactivos es: 1). La idea de perder a un amigo/a muy cercano me aterroriza (García, Espinosa, Padilla, Álvarez, & Páez, 2008).

Evaluación diagnóstica breve de fobia social (Mini-Spin) en una muestra de adultos; se diseñó con base a un instrumento que se compone de 17 ítems. Compuesto por tres reactivos, los cuales se contestan en una escala tipo Likert de cinco puntos (en donde 0 = nunca me sucede y 5 = siempre me sucede). A partir de seis puntos o más se indica la presencia de ansiedad social en una persona, el alfa de Cronbach es de 0.85 (Weeks, Spokas, & Heimberg, 2007).

Escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS). Instrumento unidimensional que se utiliza para medir el miedo y la evitación a interacciones sociales y de situaciones (conductas frente a los demás). La escala se construye de 24 reactivos: los reactivos presentan una situación determinada, estos se califican en

una escala tipo Likert de cuatro grados según la ansiedad que provoca y de la frecuencia con que se evita. La puntuación mínima es 0 representando grado nulo y el máximo que es 72; su alfa de Cronbach es 0.96 demostrando una alta confiabilidad (Shear, Bjelland, Beesdo, Gloster, & Wittchen, 2007).

Por lo que se ha revisado hasta el momento es de suma importancia conocer los niveles de ansiedad social en los individuos, específicamente en los adolescentes, para así saber cómo afecta con en su vida diaria, al igual ampliar la relación entre esta y otras variables que causen algún problema en la salud mental y física de los individuos.

## **CAPÍTULO 2. ANSIEDAD FÍSICA SOCIAL**

En la sociedad actual el cuerpo es comúnmente el centro de atención, lo que genera una serie de emociones que pueden incluir desde opiniones diversas hasta juicios por parte de los otros (Hausenblas, & Downs, 2001). Específicamente durante la adolescencia, existen preocupaciones acerca de la apariencia física, atractivo del cuerpo, cambios físicos en tamaño, peso o altura debido a que éstas pueden causar la aceptación o rechazo en contextos sociales ya sea escolares o atléticos por los pares. Los compañeros de clase, profesores y/o entrenadores pueden llegar a realizar conductas perturbadoras con relación a la apariencia y atractivo físico de sus estudiantes (VanderVelde, 1985, en Hart, Leary, & Rejeski, 1989).

En la cultura occidental, los diferentes estereotipos de belleza generan una demanda para los jóvenes que al no ver alcanzada presentan baja satisfacción con su cuerpo y apariencia, lo que genera en algunas situaciones sociales, estados de ansiedad en los que se presentan pensamientos o creencias acerca de que otros individuos forman juicios o evaluaciones negativas a sus cuerpos (Smith, 2004). De acuerdo a lo encontrado por algunos estudios, altos niveles de ansiedad física social se relacionan con baja satisfacción corporal y de peso, baja autopercepción, mayores desórdenes alimenticios, menor actividad física y mayor exigencia en la auto presentación para el ejercicio (Cox, Lantz, & Mayhew, 1997; Crawford, & Eklund, 1994; Eklund, & Crawford, 1998; Kowalski, Crocker, & Kowalski, 2001). Los sentimientos de no aceptación y no pertenencia entre los mismos pares favorece a que se presenten sensaciones de AFS en la educación física para los adolescentes (Cox, Ullrich-French, Madonia, & Witty, 2011).

La evaluación de la apariencia y los atributos positivos de la musculatura predicen la ansiedad física social. Esto se ha observado en personas que acuden con frecuencia a lugares para hacer ejercicio (p. ej., gimnasios, centros deportivos y salones de baile, etc.) porque en repetidas ocasiones están comparando y evaluando el físico (Martin, Kliber, Hodges, & Fahlman, 2006).



De acuerdo con VanderVelde (1985; en Hart, et al., 1989) “todo niño aprende que tal característica corporal como tamaño, peso, fuerza, complexión, o apariencia es usada con frecuencia para burlas por los pares, compañeros de clase, profesores, y entrenadores así como para determinar el orden jerárquico en las actividades sociales y atléticas. Las personas *defectuosas* se vuelven pasivas sociales y potenciales siempre presentes para el rechazo y la humillación”. Los jóvenes aprenden desde temprana edad a sentir angustia por la forma y tamaño de su cuerpo.

Existen diversos factores que pueden causar que un adolescente sienta estrés o ansiedad. De acuerdo a la literatura de investigación, el género, la edad y el grado académico pueden ser algunos de ejemplos de éstos (Baloglu, 2002). Por otro lado, la autocrítica o niveles bajo de autoestima con relación a la imagen corporal pueden originar estrés y ansiedad en los adolescentes provocando deseos de cambiar la apariencia e imagen corporal. Esto puede llevarlos a someterse a diversos tratamientos para cambiar su físico que incluso perjudiquen su salud física y mental (Gretchen, & Grimes, 2009).

La ansiedad física social, la autopercepción física y la imagen corporal son términos que describen cómo se siente un individuo acerca de su apariencia física. Aunque estos términos no son sinónimos, se encuentran correlacionados. Un nivel alto de ansiedad física social y un nivel bajo de autopercepción e imagen corporal predicen un nivel bajo de actividad física. Aquellos individuos que sienten ansiedad por sus cuerpos, tienen una autopercepción física baja, y una imagen corporal negativa, ellos son quienes dejan de practicar una actividad física y siendo los que necesitan más de ésta (Cox, 2009).

Las personas que muestran insatisfacción con su imagen corporal, presentan niveles altos de ansiedad física social (Chu, Bushman, & Woodard, 2008; Melbye, Teenbaum, & Eklund, 2008). Algunos estudios demuestran que altos niveles de insatisfacción corporal y autoconciencia social pueden establecer el escenario para sentimientos desagradables de ansiedad física social en algunos

adolescentes (Cox, Ullrich-French, Madonia & Witty, 2011; Diehl, Johnson, Rogers & Petrie, 1998; Hart, et al., 1989; Martin, Kliber, Hodges, & Fahlman, 2006).

Los resultados de la investigación realizada por Mohammadi, Assadollahi y Niazifar (2015) mostraron que el trastorno de dismorfia corporal y la falta de un tratamiento de belleza son predictores de la ansiedad física social. De la misma manera, la estima corporal, o evaluación de las personas de sus cuerpos, tiene una influencia significativa para la autoestima, hallándose una relación positiva entre ésta última y la estima corporal en adolescentes (Folk, Pedersen, & Cullari, 1993). Se ha encontrado que los individuos quienes están satisfechos con sus cuerpos tienden a tener una autoestima positiva comparada con las de personas menos satisfechas con sus cuerpos. Con base en las investigaciones se entiende que los individuos a quienes no les gusta su cuerpo tal vez presenten ansiedad física social, ya que la autoestima y una desfavorable percepción de éste, son factores que la anteceden (Martin, Engels, Wirth, J. & Smith, 1997).

La ansiedad física social es aquella ansiedad que los experimentan cuando perciben que otras personas evalúan su físico de manera negativa. Pueden sentir que los demás los observan demasiado delgados, o demasiado pesados o demasiado gordos, y demás. Se reconoce a la ansiedad física social como un caso especial de autopresentación física en situaciones o actuaciones en público (Coc, 2009). Se describe que la autopercepción fue definida como los procesos que las personas atraviesan para controlar la forma en la que las perciben las demás personas. Aquello individuos que perciben que no logran transmitir la imagen de que son saludables, están en buen estado físico, y son atractivos físicamente experimentan niveles altos de ansiedad física social.

Por su parte Leary (1992) encontró que la autopresentación impacta en la elección del entorno del ejercicio, es decir, que las personas tienen una tendencia a percibirse evaluadas físicamente de manera negativa y a abandonar los entornos de ejercicio en los cuales su físico podría ser el centro de atención (p. ej. clases de aerobics, áreas para trotar, o albercas para nadar). Este miedo de

percibirse negativamente causa el abandono del ejercicio en los esfuerzos de estas personas para reducir o eliminar estos sentimientos.

Una variable que se relaciona con la capacidad de los sujetos para mentenerse en una actividad es la autoeficacia, que se describe como la habilidad de determinar las actividades que disminuyen sus niveles de ansiedad y de estrés (Bandura, 2004). Las personas con niveles altos de autoeficacia pueden determinar el momento y tipo de ejercicio con los cuales se sienten cómodos al realizarlos. Las personas que presentan niveles bajos son incapaces de identificar el momento y el tipo de ejercicio, lo cual ocasiona que padezcan niveles altos de ansiedad y estrés (Katula, MacAuley, Mihalko, & Bane, 1998). Por lo anterior, la autoeficacia, la auto-presentación y el miedo a la evaluación física generan ansiedad física social en los individuos (Crawford, & Eklud, 1994, Facht, & Hausenblas, 2004; Harts, Leary, & Rejeski, 1989).

De acuerdo con la literatura de investigación, la autoeficacia física es un fuerte predictor de la ansiedad física social. De acuerdo a lo encontrado en una investigación realizada con 237 estudiantes (hombres y mujeres) en los Estados Unidos de América, los adolescentes que presentaban bajos niveles de autoeficacia física (Rothberger, Harris, Czech, & Melton, 2015).

Por otro lado, la ansiedad hacia la imagen corporal se refiere al nerviosismo en general que una persona siente sobre su apariencia física (Sabiston, & Chandler, 2009). Se entiende cuando una persona observa el físico de otra ya sea en vivo, en una revista o en un video. Al compararse y no tener la misma apariencia física, la persona se siente incómodo/a con su cuerpo.

Hart, Leary, y Rejeski (1989) definieron este miedo como ansiedad física social. Que incluye sentimientos de ansiedad como resultado de tener una evaluación del físico por parte de los otros. La ansiedad física social se deriva de la ansiedad social directamente relacionada a las respuestas de los juicios sociales con respecto al físico. Estos mismos autores definieron operacionalmente

al físico como la forma y estructura corporal, específicamente grasa corporal, tono muscular, y proporciones generales del cuerpo (Crawford & Eklund, 1994). Con esta definición, la ansiedad física social es vista como un subtipo de ansiedad social que ocurre como resultado de la perspectiva o evaluación interpersonal en el que se ve afectado el propio físico, el cual consiste en la estructura corporal (p. ej., peso, tamaño, tono muscular).

Otra definición es la propuesta por Hagar, et al. (2014) en la que se describe como el sentimiento que experimentan los individuos en respuesta a la percepción de que los otros evalúan negativamente su físico. Es una respuesta emocional al hecho de que la apariencia física sea evaluada negativamente por otras personas del contexto social próximo (Harts, Leary, & Rejeski, 1989). Se trata de una forma específica de imagen corporal negativa integrada en su dimensión afectiva (Bane & McAuley, 1998).

Las personas con este tipo de ansiedad suelen abandonar las situaciones en las cuales se sienten evaluados físicamente, produciendo sentimientos de estrés y preocupación con respecto a ser juzgados negativamente por otros (Brown, 2000; Cox, Ullrich-French, Madonia & Witty, 2011). Quienes muestran tener niveles altos de ansiedad física social experimentarán probablemente más estrés durante un examen de condición física o durante la actividad física, y estarán menos dispuestos a participar en actividades físicas.

La ansiedad física social se presenta y/o se puede observar durante la adolescencia ya que éste es un periodo de cambios físicos importantes (para las mujeres ensanchamiento de caderas, crecimiento de busto, etc., y para los hombres ensanchamiento de espalda, piernas, crecimiento muscular, etc.). Como se mencionó anteriormente los adolescentes desean cumplir con los estándares de belleza que les marca la sociedad (hombres con musculatura y mujeres con delgadez) (Brunet, Sabiston, Dorsch & McCreary, 2009).

De acuerdo con la literatura de investigación, la ansiedad física social puede generar mayores niveles de evitación para interactuar con sus pares, así como el abandono de actividades fuera de casa (p. ej., hacer deporte, salir a comprar a la tienda, relacionarse con personas desconocidas, etc) (Kowalski, Mack, Peter, Crocker, Niefer, & Fleming, 2006). Lo que produce un deterioro en las habilidades sociales de los individuos ante la falta de contacto con los otros y ante el abandono de situaciones sociales a las cuales exponerse (Song, Kim, & Lee, 2014).

En general los adolescentes con ansiedad física social están en gran riesgo de presentar conductas desadaptativas así como de usar estrategias de afrontamiento inadecuadas (Hart et al., 1989; Kowalski, Mack, Crocker, Niefer, & Fleming, 2006; Sabiston, Sedgwick, Croker, Kowalski, & Mack, 2007). Además de incrementar la probabilidad de desarrollar un desorden alimenticio y baja autoestima (Davison, 2005; Kruisselbrink, Dodge, Swanburs & MacLeod, 2004). De acuerdo con algunos autores a menor nivel de autoestima mayor probabilidad de presentar AFS (Davison & McCabe, 2006; Brunet, Sabiston, Dorsch & McCreary, 2009).

De acuerdo con Leary (1992) la manera en la que las personas se presentan a sí mismas así como la impresión (positiva o negativa) que son capaces de generar en los otros, tiene una relación con la ansiedad física social. Las personas tienen percepciones positivas acerca de sus propios cuerpos, sin embargo algunas otras se preocupan de cómo los otros perciben su apariencia física.

De acuerdo con Camacho-Miñano y Aragón (2014) existen tres factores causales de la ansiedad física social:

El primero es la *insatisfacción corporal*, que se refiere al aspecto que se centra fundamentalmente en verse “gorda/o” o incluso no percibirse con unas medidas corporales como las que marca el ideal estético. Se focaliza en las partes

corporales definitorias de dicho ideal y que, bien por exceso o por defecto, generan malestar en esta época (adolescencia temprana) de profundos cambios puberales.

El segundo factor es el *desarrollo puberal*, que es explicativo de la ansiedad física social. En particular los adolescentes viven con cierta angustia el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que determinan la forma corporal, los hombres se preocupan por el tamaño de sus músculos, el ancho de la espalda, etc., la mujeres se preocupan por el tamaño de pechos y caderas y ambos por el crecimiento del vello.

Y el tercer factor que es el de *sufrir críticas o burlas en relación con la apariencia física*, por parte de las/los compañeras/os de clase, identificado como un hecho problemático vinculado estrechamente con los factores anteriores. Se relaciona al origen y refuerzo de la ansiedad física social en los adolescentes, estas burlas se unen a imagen corporal negativa y a niveles altos de autocosificación.

### **Diferencias entre hombres y mujeres**

Se ha encontrado que las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres a mostrar niveles altos de ansiedad física social (Davison, & McCabe, 2005). Sin embargo estudios indican que los hombres presentan ansiedad sobre sus cuerpos. Aunque en menor medida que las mujeres, este malestar está influenciado por algunos factores asociados a la masculinidad tales como la comparación del tamaño del cuerpo, como bíceps, espalda ancha, piernas amplias, etc. (Chu, Bashman, & Woodard, 2008; Haase, & Prapavessis, 1998; Martin, Kliber, Hodges, & Mariane, 2006).

## **Instrumentos de evaluación de la ansiedad física social**

La primera escala de ansiedad física social (Escala de Ansiedad Física Social) fue creada por Harts, Leary y Rejeski en 1989. En un inicio la escala consistía de 300 ítems de auto reporte. Cada ítem se refería a la ansiedad (tensión, nerviosismo) o su opositor (relajación, confort) derivada como resultado de la posible evaluación de los otros al propio cuerpo. Los ítems fueron calificados con base a su evaluación clara, validación de contenido y propiedades para ambos sexos. El instrumento fue reducido a 22 ítems, el formato utilizado fue con una escala tipo Likert de cinco puntos. Se realizó la aplicación a una muestra de 195 sujetos (97 mujeres y 98 hombres). La última versión consta de 12 ítems que cuenta con una Alpha de Cronbach de .90, lo que indica una alta consistencia interna (Hart, Leary, & Rajeski, 1989).

Por otra parte, se encuentra la Escala de Ansiedad Física Social para Adolescentes Españoles (Sáenz-Álvarez, Sicilia, González-Cutre & Ferriz) la cual contiene 7 ítems, que son calificados en una escala tipo Likert que va de 1 que es Nunca hasta 5 que es Siempre, el ítem número 5 está escrito a la inversa de los otros ítems. La escala es unidimensional. Presenta una Alpha de Cronbach de 0.85.

La validación de la escala de ansiedad física social para adolescentes mexicanos es para comprender y tratar a personas con preocupación corporal en cualquier ámbito.

En México no hay instrumentos que evalúen la ansiedad física social, para ninguna población (infantiles, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad). Por lo cual es importante validar instrumentos que sean de utilidad para conocer esta variable.

Como se ha estado revisando la literatura que habla acerca de la ansiedad física social, se conoce muy poco sobre esta aquí en México, y a nivel internacional no se ha desarrollado una amplia investigación sobre las consecuencias de que algún individuo presente síntomas de ansiedad física social

en población general. Por lo cual es relevante indagar aún más sobre dicho tema para establecer un probable modelo de génesis, desarrollo y mantenimiento, y de esta manera dar a conocer dicho problema entre la población mexicana.



### **CAPÍTULO 3. RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD SOCIAL Y LA ANSIEDAD FÍSICA SOCIAL EN ADOLESCENTES.**

Como se revisó en los capítulos anteriores, la ansiedad social es uno de los trastornos de ansiedad cuyo impacto negativo afecta a quienes la padecen de tal manera que les impide relacionarse de manera adecuada. Y de no ser tratado, este malestar se mantendrá a lo largo de toda la vida y muy probablemente se incrementará con el paso del tiempo promoviendo la evitación de una o más situaciones sociales. Por otro lado se revisó que la ansiedad física social es un trastorno poco estudiado y del cual se sabe que comparte con la ansiedad social la parte de la evaluación negativa. Sin embargo esta evaluación permea específicamente en aspectos acerca de la imagen corporal de los sujetos y por ende se relaciona con un malestar específicamente de las características físicas las cuales los sujetos comparan con los estereotipos de belleza.

De acuerdo a la revisión de la literatura, el trastorno de ansiedad social es comórbido con la depresión mayor, la presencia de este trastorno en personas puede ocasionar que se llegue presentar el trastorno depresivo (Stein, Fuetch, Müller, Hötler, Lieb & Wittchen, 2001; Waghachavare, Quraishi, Dhumale, & Gore, 2014). Además de encontrarse ser un predictor de la distorsión de la imagen corporal (Aderka, Gutner, Lazarov, Hermesh, Hofmann, & Marom, 2014).

Behar (2010) describe que los trastornos de la conducta alimentaria tienen una alta relación con la ansiedad social, lo cual trae como consecuencia que los pacientes presenten anorexia o bulimia, debido al perfeccionismo ocasionado por las burlas y críticas de los pares.

Según Jiménez-López y Jurado (2014) reportaron que los adolescentes (hombres y mujeres) con altos niveles de ansiedad social presentaban menor tendencia a hacer algún tipo de actividad física o artística, así, como a no tener pareja (noviazgo), así mismo favorece el aislamiento social y malestar significativo durante la interacción con los otros (Botella, Baños & Perpiña, 2003).

En un estudio realizado por Rinck, et al., (2010) se describe que los adolescentes utilizan en mayor medida medios de comunicación virtuales para establecer relaciones (pareja, amistosas, etc.), aunque cuando intentan interactuar en la realidad con las personas tienden a evitar este tipo de situaciones, la muestra de adolescentes observados padecían ansiedad social.

Las personas con ansiedad social muestran descontrol de su conducta, así como el poder controlar lo rápido y fluido con lo que pueden hablar, de igual forma muestran inseguridad al hablar de temas que se les haga de su interés, esto por el miedo que les causa el estar percibiendo en sus pensamientos la evaluación negativa del público general (Rinck, Lange, Dotsch, Wigboldus, & Becker, 2010).

La ansiedad física social genera en los adolescentes el evitar acudir a sitios donde el cuerpo es el centro de atención, tales como los gimnasios y la clase de educación física. O por el contrario, hacer demasiado ejercicio y dietas, disimular ciertos aspectos del cuerpo con maquillaje, ropas, toallas, etc., (Sabiston, Sedwick, Crocker, Kowalski, & Mack, 2007).

Niveles altos de ansiedad física social en los adolescentes promueven la falta de hábitos de vida activa, ya que se observa como una barrera potencial para la práctica de actividad física, consecuencia por la cual debería prestarse una atención específica (Camacho-Miñano, Aragón, 2014).

Los adolescentes con sobrepeso u obesidad tienden a presentar niveles altos de ansiedad física social, lo que lleva a que abandonen las actividades deportivas, siendo ellos precisamente quienes necesitan realizar actividad física son quienes menos la realizan (Camacho-Miñano, Aragón, 2014).

La ansiedad física social resulta entonces bastante preocupante para la salud y el bienestar de los/as jóvenes puesto que se intensifica en la transición de la escuela primaria a la escuela secundaria y se vincula con experiencias negativas y abandono de la actividad física en estas edades (Knowles, Niven, & Fawkner, 2013; Slater & Tiggemann, 2010). Además se ha asociado a la adopción

de comportamientos poco saludables como dietas, tabaco, evitación de clases de educación física (Sabiston, Sedgwick, Crocker, Kowalski & Mack, 2007), así como una baja autoestima (Harter, 1999).

La ansiedad física social se vincula con problemáticas como: un bajo nivel de disfrute y participación de la actividad física, con conflictos psicológicos y con padecimientos de desórdenes alimentarios (Libbey, Story, Neumark-Sztainer, & Routelle, 2008). Además de ser un predictor de que los jóvenes abandonen la meta establecida dentro de la educación física, debido que piensan que serán evaluados sus físicos, lo que trae consigo que tengan estados de ansiedad durante la práctica de los competencias deportivas (Mülazimoglu-Balli, Erturan-Ilker, & Arlan, 2014).

La ansiedad física social afecta de manera negativa factores relacionados con la actividad física como son: la autonomía, eficacia, la relaciones con los otros, así, como la competencia, provocando la disminución en la motivación para que la persona realice actividades deportivas que le ayuden a controlar sus niveles de ansiedad y para cuidar su salud (Brunet & Sabiston, 2009).

En nuestra sociedad actual hay muchas personas que cada vez más están intentando verse perfectos en apariencia física, lo cual es un objetivo irreal y con consecuencias fuertes. Muchos individuos intentan dietas y si esto no funciona, se ven forzados a realizar medidas más extremas como hábitos alimentarios inapropiados.

La ansiedad física social influye en que las personas descuiden su salud física, ya que abandonan el ejercicio, lo hacen porque su cuerpo puede ser juzgado o donde sus atributos físicos son de vergüenza

La ansiedad física social en la adolescencia está relacionada con la aparición de desórdenes alimentarios en la adolescencia o etapas del desarrollo futuras (p. ej., adultez temprana), de igual modo la AFS tiene una relación significativa con la bulimia, provocando que cuando se presente la AFS, hay

mayor probabilidad de que se presente la bulimia, es en menor probabilidad que la bulimia se presente cuando se está solo (Crocker, Sabiston, Forrester, Kowalski, Kowalski & McDonough, 2003; Diehl, Johnson, Rogers & Petrie, 1998; Hausenblas & Mack, 1999; en Brunet, Sabiston, Dorsch & McCreary, 2009).

Se considera a la ansiedad física social como uno de los factores principales que preceden a que las conductas alimentarias de riesgo se presenten, esto sucede si interfieren otras variables como son condición física, peso y actividad física (Cox, Lantz, & Maythew, 1997).

Según lo descrito por Leary (1982) y Cox (2009), la ansiedad social y la ansiedad física social, se encuentran ligadas por el concepto de autopresentación, aunque el primer autor describe que ésta se liga a la actuación y el segundo dice que se asocia con las características físicas, aunque ambos lo concuerdan con que la autopresentación se observa cuando el individuo se involucra en situaciones sociales. De tal forma se observa que la ansiedad social muestra un subtipo de ansiedad, la cual se nombra ansiedad física social, y lo que la hace diferente es que dicha ansiedad o miedo se presenta cuando los individuos sienten que su cuerpo es el centro de atención. Por cual se especifica que la ansiedad física social es el miedo a la evaluación negativa de las características físicas del cuerpo.

## JUSTIFICACIÓN

La ansiedad social, la cual es una de las variables estudiadas en la presente investigación, se ha incrementado considerablemente desde finales del siglo XX. De acuerdo con la revisión de la literatura, al menos 15 personas de cada 100 han padecido ansiedad alguna vez en la vida y en población se llega a incrementar hasta el doble (Bacon & Ham, 2010; Mardomingo & Gutiérrez-Casares, 2010). La ansiedad social se ubica como el más común de los trastornos de ansiedad y al mismo tiempo como uno de los menos investigados en población general (Higa & Daleiden, 2008).

Se conoce como un trastorno que sigue un curso crónico que de acuerdo a algunos autores puede tener un inicio en la infancia (Shearer, 2007) continuar en la adolescencia y seguir hasta la adultez y tercera edad debido a que los individuos pocas veces reciben un tratamiento (Melfsen, Walitza & Warnke, 2006).

La literatura revisada indica que entre las razones por las cuales el trastorno de ansiedad social se ha revalorado como problema de la salud mental y se ha incrementado el interés en éste como objeto de investigación son: su aspecto crónico y la comorbilidad que presenta con otros trastornos así como las consecuencias durante el proceso adaptativo psicosocial del individuo (Olivares, Piqueras & Alcazar, 2006) entre las que se pueden identificar insatisfacción de la imagen corporal y baja autoestima (Harts, Leary & Rejesky, 1989).

Numerosos estudios han reportado que la ansiedad social se asocia con posibles problemáticas de la salud mental, entre estas se encuentran: depresión mayor, bajo rendimiento y deserción escolar, desarrollo de otros trastornos de ansiedad, inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas, abuso y dependencia de alcohol, relaciones de pareja disfuncionales, trastornos de la conducta alimentaria, autoestima e imagen corporal (Alva & Cukier, 2009; Kessler, 2003; Komar, 2006; Morris, Steward & Ham 2005; Stein & Kean, 2000; Van

Ameringen, Mancini & Farvolden, 2003; Zubeidat, Fernández, Sierra & Salinas, 2008).

Entre los cambios normativos de la adolescencia (desarrollo físico, cognitivo, emocional y social) resulta importante para este trabajo el incremento de los miedos que se presentan después de los diez años de edad, lo cual propicia el hecho de que las relaciones sociales entre los adolescentes generen cierta ansiedad que puede ser adaptativa y con tendencia a desaparecer gradualmente (Vallés, Olivares & Rosa, 2006), aunque si ésta es intensa o no se disipa después de varias exposiciones a las diversas situaciones sociales, pierde su carácter adaptativo y aparece el inicio de la ansiedad social.

Los adolescentes socialmente ansiosos generalmente inician dicha condición después de los diez años con un incremento en la adolescencia media. Estos pueden presentar una expectativa negativa acerca de su desempeño y características físicas en situaciones sociales (Leary & Kowalsky, 1997). Esta última debido a que se presentan cambios en la fisionomía del cuerpo humano, lo que promueve una relación entre la ansiedad social y estos cambios físicos que en algunos casos no son los que están establecidos normativamente por la sociedad (Camacho-Miñano & Aragón 2014).

Hart, Leary y Rejeski (1989) establecieron que la ansiedad social tiene relaciones con la insatisfacción de la imagen corporal y la autoestima. Estas asociaciones y su implicación teórica los llevó a considerar la existencia de una nueva variable que se explica a partir de la insatisfacción de la imagen corporal, un nivel bajo de autoestima y niveles altos de ansiedad social. Definen a la ansiedad física social como la ansiedad y/o miedo que se percibe al ser evaluado el físico de forma negativa por parte de los demás. Desde entonces numerosos estudios han examinado este nuevo constructo psicológico (Crawford & Eklund, 1994; Focht & Hausenblas, 2004, Russell & Cox, 2003).

Como se puede identificar a partir de la literatura revisada, la ansiedad física social es una problemática que se relaciona con otras variables (autoestima, bajo rendimiento deportivo, deterioro de la imagen corporal, práctica de conductas alimentarias de riesgo) que llegan a afectar la salud física y mental de los adolescentes que la padecen, y en algunos casos puede afectar durante toda la vida. Generalmente la ansiedad física social se presenta en la pubertad, se mantiene en la adolescencia y se incrementa en la edad adulta. En algunos casos se ha observado que es durante la adolescencia y la adultez temprana en las etapas en las que comienzan con la práctica excesiva de ejercicio o bien dejando por completo estas actividades (Hagger et al., 2007; Kowalski, Crocker, & Kowalski, 2001; Leary, 1992; Sabiston, Sedwick, Crocker, Kowalsky, & Mack, 2007; Sáenz-Alvarez, Sicilia, González-Cutre, & Ferriz, 2013; Spink, 1992).

Dada la relevancia de la nueva variable estudiada en términos teóricos, metodológicos y conceptuales así como a que en la revisión de la literatura no se encontró una escala válida y confiable para medirla, así como investigaciones que examinaran la relación entre la ansiedad social y la ansiedad física social en población general y mucho menos en población mexicana (Harts, Leary & Rejeski, 1989; Sáenz-Alvarez, Sicilia, González-Cutre, & Ferriz, 2013) el propósito del presente estudio fue en primer lugar, obtener una escala válida y confiable que pueda utilizarse en población mexicana. Y en segundo lugar, analizar la relación que existe ambas variables en un grupo de adolescentes de secundaria y preparatoria del Estado de México así como identificar las diferencias por nivel escolar y sexo.

## **METODO**

### **Preguntas de investigación**

¿Existe una relación entre el nivel de ansiedad social y de ansiedad física social en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato?

¿Existe diferencia entre el nivel de escolaridad y sexo de adolescentes mexicanos con respecto al nivel de ansiedad social y ansiedad física social en una muestra de estudiantes de secundaria y bachillerato?

### **Objetivos**

#### **Objetivo General 1**

Determinar la relación que existe en el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y preparatoria del Estado de México.

#### **Objetivos específicos:**

1. Medir el nivel de ansiedad social en los adolescentes de secundaria y preparatoria.
2. Medir el nivel de ansiedad física social en los adolescentes de secundaria y preparatoria.
3. Relacionar el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes de secundaria y preparatoria
4. Relacionar el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes de secundaria.
5. Relacionar el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes de preparatoria.



6. Relacionar el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en mujeres adolescentes de secundaria y preparatoria
7. Relacionar el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en hombres adolescentes de secundaria y preparatoria

## **Objetivo General 2**

Determinar la diferencia entre adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y preparatoria con respecto al nivel de ansiedad social y ansiedad física social.

### *Objetivos específicos:*

1. Comparar el nivel de ansiedad social entre adolescentes de secundaria y preparatoria.
2. Comparar el nivel de ansiedad física social entre adolescentes de secundaria y preparatoria.
3. Comparar el nivel de ansiedad social entre mujeres adolescentes de secundaria y preparatoria.
4. Comparar el nivel de ansiedad física social entre mujeres adolescentes de secundaria y preparatoria.
5. Comparar el nivel de ansiedad social entre hombres adolescentes de secundaria y preparatoria.
6. Comparar el nivel de ansiedad física social entre hombres adolescentes de secundaria y preparatoria.
7. Comparar el nivel de ansiedad social entre adolescentes estudiantes de primero, segundo y tercer grado de secundaria.
8. Comparar el nivel de ansiedad física social entre adolescentes estudiantes de primero, segundo y tercer grado de secundaria.
9. Comparar el nivel de ansiedad social entre adolescentes de primero, segundo y tercer grado de preparatoria.

10. Comparar el nivel de ansiedad física social entre adolescentes de primero, segundo y tercer grado de preparatoria.

### *Objetivo General 3*

Determinar la diferencia entre adolescentes hombres y mujeres con respecto al nivel de ansiedad social y ansiedad física social.

### *Objetivos específicos:*

1. Comparar el nivel de ansiedad social entre hombres y mujeres adolescentes.
2. Comparar el nivel de ansiedad física social entre hombres y mujeres adolescentes.
3. Comparar el nivel de ansiedad social entre hombres y mujeres estudiantes de secundaria.
4. Comparar el nivel de ansiedad física social entre hombres y mujeres estudiantes de secundaria.
5. Comparar el nivel de ansiedad social entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.
6. Comparar el nivel de ansiedad física social entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

## **Hipótesis conceptual**

En un estudio realizado en jóvenes universitarios estadounidenses se encontró que a mayor nivel de ansiedad social, mayor nivel de ansiedad física social (Hart, Leary, & Reasky. 1989).

En un estudio realizado con adolescentes chilenos se encontró que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad social con respecto a sus pares hombres (Inglés, et al., 2010).

En adolescentes mexicanos se encontraron diferencias en el nivel de ansiedad social con respecto a la edad, siendo los de menor edad quienes puntúan más alto en los niveles de ansiedad (Jiménez, 2013).

En una investigación realizada con adolescentes españoles se identificó que los jóvenes de menor edad mostraban niveles más altos de ansiedad física social (Camacho-Miñago & Aragón, 2014).

En un estudio realizado a adolescentes estadounidenses en el cual se midió el nivel de ansiedad física social, se encontró que las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad física con respecto a sus pares hombres (Davison & McCabe, 2005).

## **Hipótesis estadísticas**

H0. No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y preparatoria del Estado de México.

H1. Sí existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y preparatoria del Estado de México.

H0. No existe diferencia estadísticamente significativa entre adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y preparatoria con respecto al nivel de ansiedad social y ansiedad física social.

H1. Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y preparatoria con respecto al nivel de ansiedad social y ansiedad física social.

H0. No existe diferencia estadísticamente significativa entre adolescentes hombres y mujeres con respecto al nivel de ansiedad social y ansiedad física social.

H1. Sí existe diferencia estadísticamente significativa entre adolescentes hombres y mujeres con respecto al nivel de ansiedad social y ansiedad física social.

## Definición de variables

**Tabla.3. Definición operacional y conceptual de la Ansiedad Social y la Ansiedad Física Social**

Variable	Definición operacional	Definición conceptual
Ansiedad social	Es el miedo persistente y acusado a una o más situaciones sociales o demostraciones en público, en las cuales el sujeto se expone a personas que no pertenecen a su ambiente familiar, o una probable crítica por parte de los otros, (APA, 2013).	<p>Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (EAS-A; Jiménez, Valencia &amp; Sánchez, 2013).</p> <p>Se integra de 18 ítems, que son calificados en una escala tipo Likert que va de 1 que es Nunca hasta 5 que es Siempre.</p> <p>El alfa de Cronbach es de 0.87.</p>
Ansiedad física social	Es la ansiedad que experimenta el sujeto cuando siente que es evaluado su cuerpo por parte de los demás (Hart, et al., 1989).	<p>Escala de Ansiedad Física Social para Adolescentes (EAFS-A).</p> <p>Se integra de 7 ítems, que son calificados en una escala tipo Likert que va de 1 que es Nunca hasta 5 que es Siempre, el ítem número 5 está escrito a la inversa de los otros</p>

		ítems.  El alfa de Crobach es 0.742.
--	--	---

## **Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 485 adolescentes, con edades que oscilaron entre los 12 y 19 años con una media de edad de 14.68 años y una desviación estándar de 2.0 años. El 54.8% fueron mujeres y el 45.2% hombres; estudiantes de secundaria fueron el 50.51% y el 49.49% de preparatoria. Todos provenientes de la localidad de San Juan Zitlaltepec en el municipio de Zumpango de Ocampo que se ubica en el estado de México.

## **Tipo de diseño y estudio**

No experimental, transversal, descriptivo, correlacional de campo

Es no experimental porque solo se evalúa una conducta, transversal porque se desarrolla la investigación en un mismo tiempo y lugar. Siendo un estudio correlacional de campo porque se determina la relación (o no) existente entre diversas variables, siendo el objetivo de este tipo de estudio conocer cómo se comporta una variable a partir del comportamiento de otra variable (García, 2009).

## **Instrumentos**

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (EAS-A; Jiménez, Valencia & Sánchez, 2013). Se integra de 18 ítems que son calificados en una escala tipo Likert que va de 1 que es Nunca hasta 5 que es Siempre y evalúa el miedo o

malestar a las situaciones o actuaciones en público. Cuenta con un punto de corte que ubica a los participantes como bajos en ansiedad social cuando su calificación es menor de 27 puntos, moderado de 28 a 33 puntos y alto de 34 puntos en adelante. El alfa de Cronbach total de la escala es de 0.87.

La primera versión de la escala de ansiedad física social constaba de 12 ítems (Harts, Leary & Rejeski, 1989) siendo considerada unidimensional. En otros estudios para conocer si era bidimensional o unidimensional, se llegó a quitar cinco ítems para crear una versión de 7 (Colt & Monroy, 2001), la cual era una versión para población de habla inglesa. Revisando la literatura se encontró una escala una escala en español, la cual mantiene los 7 ítems (Sáenz-Alvarez, Sicilia, González-Cutre & Ferriz, 2013). Para fines del presente estudio se validó la escala Escala de Ansiedad Física Social para Adolescentes (EAFS-A). Se integra de 7 ítems, que son calificados en una escala tipo Likert que va de 1 que es Nunca hasta 5 que es Siempre. El alfa de Cronbach es 0.742.

## **Procedimiento**

### **FASE I**

Para la medición del nivel de ansiedad física social se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar el mejor instrumento para medirla, sin embargo no se encontró uno que se aplicara en México y que contara con las características psicométricas adecuadas para ello, por lo que se tomó la decisión de validar un cuestionario para adolescentes mexicanos. Se encontró un instrumento que había sido validado para adolescentes españoles. El cuestionario se retomó y aplicó en una muestra piloto para conocer las implicaciones que tenía su aplicación y sobre todo si medía el nivel de ansiedad física social.

## **FASE II**

Se asistió a cada una de las dos instituciones educativas (Secundaria Técnica Industrial y Comercial No. 70 y Escuela Preparatoria Oficial No. 53), a negociar con el director de la secundaria y con las pedagogas de la preparatoria para exponer en qué consistía el trabajo de investigación y para plantear lo que se requería, en este caso fueron requeridos 250 estudiantes por institución para la aplicación de las dos escalas (escala de ansiedad social para adolescentes y escala de ansiedad física social). Cada encargado de otorgar el permiso de la aplicación de las escalas a los alumnos examinó la exposición del proyecto de investigación y concedió dicho permiso; se establecieron las fechas de aplicación. Se asistió a la escuela secundaria para comenzar con la aplicación, el director fue quien asignó los grupos a los cuales se les aplicaron las escalas. La duración de la aplicación fue de 4 horas. En la preparatoria la pedagoga fue quien indicó los grupos a los cuales se les aplicaron las escalas y el tiempo fue igual de 4 horas.



## RESULTADOS

El primer objetivo general fue determinar la relación entre la ansiedad social y la ansiedad física social en una muestra de estudiantes de secundaria y preparatoria del municipio de Zumpango, Estado de México.

Para lograr el este primer objetivo general, se midió el nivel de ansiedad social y ansiedad física social en los participantes. Los resultados arrojaron que la Ansiedad Social obtuvo una media de 31.76 (DE= 10.10) lo que indica que en general, la muestra mostró un nivel moderado de Ansiedad Social (de 28 a 33 puntos). Mientras que la Ansiedad Física Social arrojó una media de 16.83 (DE= 5.92) lo que ubica a los estudiantes también en un nivel moderado al encontrarse la media ligeramente por debajo de la media teórica (20 puntos). Ver Tabla 4.

**Tabla 4. Medias y desviaciones estándar de ansiedad social y ansiedad física social.**

Variable	Media	DE
Ansiedad Social	31.76	10.10
Ansiedad Física Social	16.83	5.92

En la tabla 5 se muestran los datos obtenidos al ser medidos por nivel académico; los adolescentes de secundaria presentaron una media de 34.99 (DE= 9.63) ubicando a estos en un nivel alto de Ansiedad Social (de 34 a 59), mientras tanto los adolescentes de preparatoria indicaron un nivel moderado de ansiedad social al obtener una media de 28.47 (DE= 9.50). En ansiedad física social los participantes de secundaria puntuaron una media 17.93 (DE= 5.82) y los participantes de preparatoria registraron una media de 15.70 (DE= 5.81),

indicando que ambos grupos de participantes puntuaron niveles moderados de ansiedad física social con respecto a la media teórica (20).

**Tabla 5. Medias y desviaciones estándar de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes de secundaria y preparatoria.**

Variable	Secundaria		Preparatoria	
	Media	DE	Media	DE
Ansiedad Social	34.99	9.63	28.47	9.50
Ansiedad Física Social	17.93	5.82	5.70	5.81

Para determinar la relación existente en el nivel de ansiedad social y el nivel de ansiedad física social se utilizó la correlación de Pearson de acuerdo a lo que sugiere la literatura, la cual arrojó los siguientes resultados, los cuales son presentados en la tabla 6.

El nivel de ansiedad social y ansiedad física social obtuvo una correlación moderada, positiva estadísticamente significativa, en hombres y mujeres adolescentes ( $r=0.613$ ), al igual se mostró una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa en mujeres de secundaria y preparatoria ( $r=0.563$ ), y en hombres de los ya mencionados niveles académicos ( $r=0.681$ ). Por nivel académico se obtuvieron correlaciones positivas estadísticamente significativas, en secundaria ( $r=0.490$ ) y en preparatoria ( $r=0.700$ ) con respecto al nivel de ansiedad social y el nivel de ansiedad física social

**Tabla 6. Correlaciones entre de ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes de secundaria y preparatoria.**

Población	N	r	P
Total de Hombres y Mujeres adolescentes	485	.613***	.000
Mujeres adolescentes	219	.563***	.000
Hombres adolescentes	266	.681***	.000
Secundaria	245	.490***	.000
Preparatoria	240	.700***	.000

\*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001

El siguiente objetivo general fue determinar las diferencias en el nivel de ansiedad social y ansiedad física social por nivel académico en adolescentes mexicanos del Estado de México.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes de secundaria y preparatoria en el nivel de ansiedad social [t(483)=-7.492, p=.000], al igual se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes antes mencionados en el nivel de ansiedad física social [t(482)=-4.221, p=.000].

En el nivel de ansiedad social se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres de secundaria y preparatoria [t(264)=-5.995, p=.000]; en el nivel de ansiedad física social se encontraron diferencias estadísticamente significativas en mujeres de los dos niveles académicos estudiados [t(263)=-2.568,

p=.011]. De la misma manera se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres de secundaria y preparatoria en el nivel de ansiedad social [t(217)=-4.55, p=.000] y en el nivel de ansiedad física social [t(217)=-3.682, p=.000]. Ver tabla 7.

**Tabla 7. Diferencias entre adolescentes de secundaria y preparatoria en ansiedad social y ansiedad física social.**

Variable	Secundaria		Preparatoria		t	P
	Media	DE	Media	DE		
Ansiedad Social	34.99	9.63	28.47	9.50	-7.491	.000
Ansiedad Física Social	17.93	5.82	15.70	5.81	-4.221	.000

\*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001

**Tabla 8. Diferencias de mujeres y hombres en ansiedad social y ansiedad física social.**

Mujeres						
Variable	Secundaria		Preparatoria		T	p
	Media	DE	Media	DE		
Ansiedad Social	35.72	9.38	28.54	9.38	-5.995	.000
Ansiedad Física Social	18.28	5.85	16.38	6.17	-2.568	.011

Hombres						
Ansiedad Social	34.16	9.03	28.39	9.71	-4.538	.000
Ansiedad Física Social	17.54	5.79	14.80	5.21	-3.682	.000

\*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001

**Tabla 9. Diferencias entre los grados escolares de secundaria en el nivel de Ansiedad Social y el nivel de Ansiedad Física Social.**

Variable	Grado escolar	Media	DE	F	Prueba Post Hoc TUKEY
Ansiedad Social	1°	37.22	10.29	7.67	1° > 3° ***
	2°	35.36	9.11		2° > 3° *
	3°	31.38	8.30		
Ansiedad Física Social	1°	18.35	6.18	3.573	2° > 3° *
	2°	18.74	5.75		
	3°	16.35	5.13		

\*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001

Se encontraron diferencias significativas entre 1° y 3° grado, y entre 2° y 3° grado de secundaria con respecto al nivel de ansiedad social [F(2,242)=7.670, p≤0.001]. Mientras tanto en el nivel de ansiedad física social se encontró diferencia estadísticamente significativa entre 2° y 3° grado de la población mencionada [F(2,241)=3.573, p≤0.05]. Por lo tanto en ambas situaciones se

muestra que a mayor nivel de grado escolar, menores niveles de ansiedad social y ansiedad física social (Ver tabla 9).

En la tabla 10 se describe las diferencias encontrados en los grados de preparatoria, siendo así se encontró diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad social entre los grados de 1° y 3° [ $F(2,237)= 3.874, p\leq 0.05$ ), en cambio en el nivel de ansiedad física social se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grados de 1° y 2°, y entre 1° y 3° grado [ $F(2,237)=4.979, p\leq 0.01$ ]. Identificándose que ambas situaciones se presentó que a mayor grado escolar, menores niveles de ansiedad social y ansiedad física social.

**Tabla 10. Diferencias entre los grados escolares de preparatoria en el nivel de ansiedad social y el nivel de ansiedad física social.**

Variable	Grado escolar	Media	DE	F	Prueba Post Hoc TUKEY
Ansiedad Social	1°	31.82	11.15	3.874	1° > 3° *
	2°	28.12	8.60		
	3°	27.35	9.12		
Ansiedad Física Social	1°	18.04	6.24	4.978	1° > 2° * 1° > 3° **
	2°	15.36	6.17		
	3°	14.98	5.16		

\* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$ , \*\*\* $p \leq .001$

Por último se determinaron las diferencias en el nivel de ansiedad social y ansiedad física social por sexo en adolescentes mexicanos del Estado de México.

Como se observa en la tabla 11 no se encontraron diferencias significativas en el nivel de ansiedad social entre hombres y mujeres adolescentes, más sin embargo en la misma población se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad física social.

**Tabla 11. Diferencia entre hombres y mujeres adolescentes en la ansiedad social y ansiedad física social.**

Variable	Hombres		Mujeres		t	p
	Media	DE	Media	DE		
Ansiedad Social	31.42	9.77	32.05	10.37	-.685	.494
Ansiedad Física Social	16.24	5.68	17.31	6.08	-1.990	*.047

\*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001

En la tabla 12 se muestra que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres de secundaria en los niveles de ansiedad social y de ansiedad física social. En ambos (mujeres y hombres) de preparatoria no se encontró diferencia significativa en el nivel de ansiedad social, aunque en el nivel de ansiedad física social se encontró diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres de preparatoria.

**Tabla 12. Diferencias en el nivel de ansiedad social y el nivel de ansiedad física social por sexo en secundaria y preparatoria.**

Secundaria						
Variable/Grupo	Mujeres		Hombres		t	p
	Media	DE	Media	DE		
Ansiedad Social	35.72	10.11	34.16	9.03	-1.273	.204
Ansiedad Física Social	18.28	5.85	17.54	5.79	-.989	.323
Preparatoria						
Ansiedad Social	28.54	9.38	28.39	9.71	-.120	.904
Ansiedad Física Social	16.38	5.79	14.80	5.21	-2.149	*.033

\*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### **Relación entre ansiedad social y ansiedad física social en adolescentes.**

Se llevó a cabo una  $r$  de Pearson que arrojó una correlación estadísticamente significativa, positiva y moderada entre ambas variables ( $r=.613$ ,  $p=0.001$ ). Lo cual es acorde con los hallazgos de Harts, Leary y Rejeski (1989) quienes son pioneros del estudio entre éstas. En su trabajo encontraron que para un grupo de universitarios entre más altos eran sus niveles de ansiedad social mayores sus niveles de preocupación física social. Esta relación positiva se puede explicar a partir de lo que la revisión de la literatura señala respecto a que cuando una persona con ansiedad social tiene una preocupación excesiva por la evaluación de otros y además se encuentra en un ambiente en el que su físico puede ser el centro de atención, el miedo a ser evaluado negativamente por sus características físicas, se eleva. Aunado a esto, la muestra con la que se trabajó en el presente estudio es particularmente vulnerable a estas preocupaciones debido a su edad.

Cuando se dividió la muestra por sexo, se encontró tanto para las mujeres ( $r=.563$ ;  $p=0.001$ ) como para los hombres ( $r=.681$ ;  $p=0.001$ ) correlaciones significativas, positivas y moderadas. Por otro lado, cuando se dividió por grado escolar se encontró que en los estudiantes de secundaria la correlación fue más baja ( $r=.490$ ;  $p=0.001$ ) que para los de preparatoria ( $r=.700$ ;  $p=0.001$ ). Los resultados pueden explicarse a partir de las diferencias en las demandas de cada etapa del desarrollo, es decir, de acuerdo a la literatura, los estudiantes de secundaria tienen una preocupación mayor por el desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios tales como tamaño de los músculos y de la espalda para hombres o tamaño de pechos y cadera para mujeres (Camacho-Miñano & Aragón, 2014). Respecto a las diferencias por grado escolar, lo que se ha encontrado es que con la transición entre la secundaria y la preparatoria las preocupaciones se modifican ya que el temor físico responde más a las necesidades de relacionarse

con sus pares, a competir entre compañeros del mismo sexo o bien a emparejarse o tener conductas de flirteo (Eklund & Bianco, 2000; Martin, 1999; Martin, Kliber & Kulinna, 2006). Con esto se cumplió la hipótesis respecto a que existe una relación entre ambas variables.

## **Diferencias entre adolescentes de secundaria y preparatoria**

### *Ansiedad social*

Para contestar la segunda pregunta de investigación se identificó la diferencia entre alumnos de secundaria y preparatoria con respecto al nivel de las variables estudiadas. Se llevaron a cabo análisis descriptivos de la muestra con los que se pudo identificar que los participantes de secundaria presentaron una media mayor de ansiedad social e incluso ligeramente arriba del punto de corte que es de 34 puntos para esta escala (M=34.99, DE=9.63) comparada con la de sus compañeros de preparatoria (M=28.47, DE=9.50). Esta diferencia corroboró ser significativa una vez que se llevó a cabo la prueba estadística t de Student para muestras independientes ( $t=-7.491$ ,  $p=0.001$ ). Este hallazgo es consistente con lo mencionado por Jiménez (2013) quien encontró que en una muestra de adolescentes, los más jóvenes presentaron niveles más altos de ansiedad a pesar de encontrarse todos en la misma etapa del desarrollo. Menciona que esto puede deberse a los cambios normales en el tipo de pensamiento (formal), por lo que le permite al adolescente reconocer la discordancia entre sus propias percepciones y las de los demás. Además de que señala que es en este mismo periodo y como parte de su desarrollo emocional normal, que hay un incremento en los miedos sociales. Por otra parte, de acuerdo con Olivares y Caballo (2003) es durante la adolescencia temprana en la que inicia el pensamiento de autoconciencia que se refiere a la capacidad de observar las características de los otros y diferenciarse de las propias. Al iniciar este proceso en los adolescentes más jóvenes la atribución que se hace suele ser más negativa, lo cual incrementa la probabilidad de que haya mayor ansiedad en los más jóvenes.

Si bien la evidencia indica que los adolescentes de secundaria son distintos de los de preparatoria con respecto a su nivel de ansiedad social se planteó el objetivo de determinar las diferencias entre cada nivel de escolaridad para esta variable. Para ello se llevó a cabo una ANOVA de una vía entre los grupos de primero, segundo y tercero de secundaria y lo mismo para los de preparatoria. Posteriormente se llevaron a cabo pruebas Post Hoc de Tukey para identificar entre qué grupos fueron esas diferencias.

Como se mencionó anteriormente, el paso del tiempo y la etapa del desarrollo en la cual se encuentran los participantes los hace particularmente vulnerables al desarrollo de ansiedad, específicamente acerca de la evaluación de los otros. En el caso de los estudiantes de secundaria, se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos [ $F(2,242)=7.670$ ,  $p=0.001$ ] y que estas diferencias se presentaron específicamente entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad social para los grupos de primero ( $M=37.22$ ,  $DE=10.29$ ) y tercero ( $M=31.38$ ,  $DE=8.3$ ) ( $p=0.001$ ) y segundo ( $M=35.36$ ,  $DE=9.1$ ) y tercero ( $M=31.38$ ,  $DE=8.3$ ) ( $p=0.027$ ). Observándose que conforme avanzaron en grado escolar el nivel de ansiedad social fue disminuyendo.

En el caso de los alumnos de preparatoria efectuó también una ANOVA de una vía la cual resultó también ser significativa [ $F(2,237)=3.874$ ,  $p=0.022$ ] por lo que se llevaron a cabo pruebas Post Hoc de Tukey para conocer entre qué grupos se dieron esas diferencias. Se encontró que la media de ansiedad social del grupo de primero ( $M=31.82$ ,  $DE=11.15$ ) fue estadísticamente distinta a la del grupo de tercero ( $M=27.35$ ,  $DE=9.12$ ) ( $p=0.017$ ), siendo la primera más alta que la segunda.

De acuerdo con los puntos de corte de la escala utilizada para evaluar ansiedad social, un puntaje por debajo de 28 es considerada baja ansiedad social, de entre 28 a 33 se considera moderada y arriba de 34 es alta. Con base en esta información, se puede observar que las medias de los puntajes de cada grupo fueron disminuyendo conforme avanzaron en escolaridad, pasando de ansiedad social alta a baja, siendo los de primero de secundaria los más altos y los de

tercero de preparatoria los más bajos. Y si bien no todas las comparaciones entre grupos fueron estadísticamente significativas, la disminución fue gradual hasta el último grado mencionado. Esto concuerda completamente con la literatura ya que los adolescentes conforme avanzan en la escuela se van integrando a actividades sociales tales como las deportivas, las que incluyen a sus pares, a sus amigos, escolares, etc., así como comenzando a establecer relaciones de amistad y de pareja. Esto permite que poco a poco se expongan a diferentes situaciones sociales y desarrollen habilidades sociales y de afrontamiento que les permiten manejar el estrés y la ansiedad cotidianos (Inglés, et al., 2010). De acuerdo a Zubeidat, et al., (2009) el nivel académico también es un factor que se relaciona con el nivel de ansiedad presente en este grupo de edad; a mayor nivel académico, menor ansiedad.

Aunado a todo lo anterior, existen ciertas características de la muestra con la que se trabajó que permiten explicar las diferencias encontradas. Estas se relacionan con los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los adolescentes presenten síntomas de ansiedad. Como se mencionó en la revisión de los capítulos, la ansiedad social es el miedo a la evaluación negativa por parte de los otros ante la actuación en público. De acuerdo a los modelos explicativos de ésta, la familia, las situaciones sociales (particularmente las negativas), la crianza y las características individuales forman parte de estos factores que dan inicio y desarrollo del trastorno en esta etapa de la vida. Con respecto a esto, los propios adolescentes de secundaria evaluados en esta muestra hicieron referencia de que sus padres solían dedicarles poco tiempo, además de no sentirse apoyados por estos. Al mismo tiempo, reportaron que sus compañeros solían burlarse y utilizar sobrenombres entre ellos, lo que los hacía sentir inseguros. En el caso de los de preparatoria es conveniente resaltar que en la institución de la cual procede la muestra, tienen como parte de sus procedimientos académicos, mezclar a los alumnos para formar nuevos grupos cada año por lo que cada vez los estudiantes deben enfrentarse a nuevos compañeros, nuevos amigos y nuevas experiencias sociales.

### *Ansiedad física social*

Para conocer las diferencias entre adolescentes de secundaria y preparatoria con respecto al nivel de ansiedad física social, que retomando lo mencionado en la revisión de la literatura, se refiere al miedo a la evaluación de las características físicas por parte de los demás. Al llevar a cabo el análisis estadístico correspondiente, se identificó que la primera muestra ( $M=17.93$ ,  $DE=5.82$ ) señalada obtuvo una puntuación ligeramente más alta con respecto a la segunda ( $M=15.7$ ,  $DE=5.81$ ). Cabe señalar que para la escala utilizada, la media teórica es de 20 puntos. Al correr una prueba t de Student para muestras independientes se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras ( $t=-4.221$ ,  $p=0.001$ ) lo que es congruente con la literatura revisada, en la cual se señala que los adolescentes más jóvenes muestran mayores niveles de ansiedad física social debido a los cambios físicos puberales que experimentan (Linder, Grabe & Hyde, 2007). De acuerdo a Camacho-Miñano y Aragón (2014) si los adolescentes más jóvenes no experimentan los mismos cambios físicos que sus compañeros, pueden comenzar a percibirse con un cuerpo alejado al ideal estético prescrito para hombres y mujeres adolescentes, lo que genera un alto nivel de insatisfacción de la imagen corporal y de esta manera, determinar la diferencia en los niveles de ansiedad física social con respecto a los adolescentes de mayor edad. Aunado a esto, se pueden agregar las burlas, críticas o apodosos específicamente hacia las características físicas que pueden padecer por parte de sus pares, profesores y en algunas ocasiones por sus padres.

De acuerdo a lo mencionado por Leary (1992) con respecto a la capacidad de los jóvenes para identificar los deportes en los cuales sienten menor malestar y menos ansiedad al practicarlos, las personas con altos niveles de ansiedad física social presentarán problemas para practicar alguna actividad física. De no modificarse esta preocupación, la situación se agravaría dado que en la actualidad los medios de comunicación muestran estereotipos muy específicos con respecto

a los ideales de la figura física. Transmiten la idea de que las mujeres deben presentar cuerpos extremadamente delgados y con grandes caderas y pechos mientras que los hombres una gran musculatura.

Siguiendo el orden de los objetivos planteados, para determinar la diferencia entre los grupos de secundaria y de preparatoria se llevaron a cabo ANOVAs de una vía y posteriormente pruebas Post Hoc para identificar en dónde se dieron dichas diferencias.

Para el caso de los alumnos de secundaria, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos [ $F(2,241)=3.573$ ,  $p=0.001$ ] y la prueba Post Hoc de Tukey arrojó que las diferencias se encontraron entre el segundo ( $M=18.74$ ,  $DE=5.75$ ) y tercero de secundaria ( $M=16.35$ ,  $DE=5.13$ ) ( $p=0.033$ ). En la muestra de los adolescentes de preparatoria también se encontró una diferencia estadísticamente significativa [ $F(2,237)=4.978$ ,  $p=0.008$ ] y específicamente ésta se dio entre los grupos de primero ( $M=18.04$ ,  $DE=6.24$ ) y segundo año ( $M=15.36$ ,  $DE=6.17$ ) ( $p=0.032$ ) y entre primero ( $M=18.04$ ,  $DE=6.24$ ) y tercero ( $M=14.98$ ,  $DE=5.16$ ) ( $p=0.006$ ). Considerando que para esta escala la media teórica es de 20 puntos, podemos observar que todos los participantes cayeron por debajo de ésta, sin embargo la tendencia general fue que conforme avanzaron en escolaridad, su nivel de ansiedad física social disminuyó.

Estos hallazgos se explican a partir de los resultados en estudios de autoconcepto que indican que esta variable parece ser relevante para la percepción y evaluación de las propias características físicas (Caglar, Bilgili, Karaca & Ayaz, 2010). Es decir, éste modula la manera en la que los individuos se comparan con sus pares o bien con compañeros de mayor edad. Lo que se observó en los resultados del presente estudio es que tanto para los alumnos de secundaria como preparatoria, el grado de malestar con respecto a sus características físicas fue menor conforme avanzaron escolarmente. El paso de una etapa a otra así como el mero paso del tiempo parece promover la adquisición y práctica de habilidades sociales y de afrontamiento en los estudiantes. Sin

embargo se observó una diferencia en las medias de los alumnos de tercero de secundaria y primero de preparatoria, incrementándose para estos últimos (Kowalski, Mack & Crocker, 2006). Este incremento de ansiedad física social de un nivel académico a otro puede responder a las demandas particulares de cada etapa, es decir, para los adolescentes de secundaria, el paso a preparatoria puede representar un nuevo estado de vulnerabilidad en el que nuevamente se comparan físicamente con los de mayor edad. Además, las expectativas en esta edad acerca de la pertenencia y aceptación a un grupo social son más fuertes y representan una mayor oportunidad social para emparejarse y cumplir con los patrones de belleza establecidos.

## **Diferencias entre hombres y mujeres**

### *Ansiedad social*

Para contestar la pregunta de investigación acerca de las diferencias por sexo para la variable de ansiedad social se llevó a cabo una t de Student para muestras independientes entre hombres ( $M=31.42$ ,  $DE=9.77$ ) y mujeres ( $M=32.05$ ,  $DE=10.37$ ) la cual resultó no ser significativa ( $t=-0.685$ ,  $p=0.494$ ).

Lo cual es acorde con los datos obtenidos por Jiménez (2013) y Vera-Villarroel, et al. (2007) quienes trabajaron con población general, el primero con una muestra mexicana y el segundo con una muestra chilena ambas de adolescentes. En las que ambos concuerdan que las mujeres puntúan ligeramente más arriba que los hombres en el nivel de ansiedad social pero sin que fueran para ninguno estadísticamente significativas. Mientras que estos hallazgos contrastan con lo indicado por Olivares et al. en el 2010 quien trabajó con una muestra de adolescentes chilenos de población general en donde esta diferencia sí lo es. Las mujeres tienden a presentar un nivel ligeramente más alto de ansiedad social comparado con el de los nombres. Una posible explicación es que para las mujeres es socialmente más aceptado que expresen sus miedos a la

crítica, mientras que para los hombres es lo contrario (Bernal, S. & Gil-Bernal, en preparación).

En general, las mujeres tienden a condicionar mayores respuestas de miedo, y por lo tanto a desarrollar una vasta gama de éstos a lo largo de la vida (García-López et al., 2008; Xu et al., 2012). Se ha observado que las mujeres presentan (al menos para población general) una mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno de ansiedad (Furmark, 2002; La Greca & López et al., 2008). De acuerdo con Xu, et al. (2012) también existen factores genéticos que contribuyen a un mayor riesgo para presentar ansiedad social en mujeres. Sin embargo para Turk, et al. (1998) es más bien que los hombres buscan mayor apoyo psicológico que las mujeres lo que les permite tener en promedio niveles más bajos de ansiedad. Esto difiere con las características sociodemográficas de la muestra evaluada en este estudio debido a que en México también buscar ayuda psicológica puede indicar un factor de debilidad más que de fortaleza. Las expectativas sociales acerca del papel masculino (dominio) ejercen una mayor presión sobre ellos.

Aunque las medias obtenidas en este estudio coinciden con los resultados reportados en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet, et al., 2009) así como con lo que reporta Kessler et al. (1994) y Stoyanova y Hope (2012) respecto a que las mujeres son quienes puntúan más alto en el nivel de ansiedad en comparación con sus pares hombres, es relevante continuar el debate a nivel local, nacional e internacional acerca de esta tendencia (Inglés et al., 2011) ya que al parecer las variables socioculturales pueden ser determinantes en estas diferencias.

#### *Ansiedad física social*

A diferencia de la ansiedad social, para la variable de ansiedad física social sí se encontraron diferencias entre hombres ( $M=16.24$ ,  $DE=5.68$ ) y mujeres



( $M=17.31$ ,  $DE=6.08$ ) ( $t=-1.990$ ,  $p=0.047$ ), siendo las mujeres quienes presentaron puntuaciones ligeramente más altas en el nivel de malestar con respecto a sus pares hombres. En un estudio realizado por Davison y McCabe en el 2005 con un grupo de adolescentes nadadoras se observó que a partir de la ventaja de tener cuerpos esbeltos para la competencia, las chicas constantemente se comparaban entre ellas. Es decir, se encontró que el contexto, las expectativas y el ambiente pueden aumentar las probabilidades de que se busque comparación entre ellas y por ende mayor preocupación acerca de la evaluación que sus contrapartes. En la muestra evaluada, las características socioculturales también jugaron un papel importante ya que la falta de actividades culturales y deportivas promovía que las adolescentes pasaran mayor tiempo en casa lo que probablemente incrementa el tiempo que pasan en redes sociales y medios de comunicación, lo que promueve un bombardeo de información respecto al ideal de belleza físico. Por otra parte, se observó que la mayoría de las mujeres adolescentes tanto de secundaria como preparatoria presentaban un ligero sobrepeso lo cual podría favorecer la preocupación constante respecto de su físico y de la comparación con sus compañeras. Mientras que para los hombres de esta muestra en particular, las actividades físicas y deportivas sí están más al alcance de ellos. Por ejemplo en la comunidad en donde se llevó a cabo el estudio se cuenta con espacios idóneos para que ellos practiquen deporte como canchas de fútbol. En un estudio de Atalay y Gencöz (2008) se encontró que las mujeres de su estudio abandonaron la actividad física debido a que sentían que su cuerpo se exponía a ser juzgado. En la actualidad se ha constatado que las chicas tienen en comparación con los chicos mayor probabilidad de desarrollar problemas vinculados con la imagen corporal hasta el punto de señalarse como una situación “normativa” para ellas dentro de un contexto sociocultural que sobrevalora el atractivo físico (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1984).

Esta especial vulnerabilidad de las jóvenes adolescentes, tanto de secundaria como de preparatoria si bien se explica por las expectativas socioculturales como se explicó en párrafos anteriores, no se debe perder de vista

que los factores asociados a la propia etapa del desarrollo y cambios físicos puberales pueden entrar en conflicto con el ideal estético imperante; el deseo de adecuarse a las normas sociales que en ocasiones se asumen de forma acrítica y la mayor importancia del grupo de iguales y el deseo de ser evaluada positivamente y aceptada (Camacho, 2005; Fredrickson & Roberts, 1997; Levine & Smolak, 2002).

Posterior al análisis de las diferencias por sexo de la muestra total (secundaria y preparatoria) y para conocer si el nivel escolar hacía una diferencia se dividió la muestra y se hicieron comparaciones entre hombres y mujeres encontrándose que sólo el grupo de estudiantes de preparatoria arrojaron una diferencia estadísticamente significativa ( $t=-2.149$ ,  $p=0.033$ ) siendo los hombres ( $M=16.38$ ,  $DE=5.79$ ) quienes puntuaron esta vez, más altos que las mujeres ( $M=14.80$ ,  $DE=5.21$ ) en la variable de ansiedad física social. La literatura indica que a edad más tardía en la adolescencia, los hombres presentan mayores niveles de ansiedad física social que las mujeres, lo que se comprueba en la presente investigación. Esto se dio ya que es probable que los hombres tienden a compararse entre ellos en el momento que realizan actividad física y a demostrar a través de estas quien es él que tiene mayores cualidades masculinas y por ende ser el hombre más masculino (Lindwall, 2004; Martin, 1999).

A partir de lo encontrado en el presente trabajo se puede concluir que independientemente de si son estudiantes de secundaria o preparatoria, los adolescentes presentan un malestar en las situaciones que tienen que ver con la actuación, crítica u observación por parte de otros en público. Esto, en conjunto con sentimientos de insatisfacción hacia sus características físicas, las expectativas de sus propios compañeros y demandas sociales del grupo al que pertenecen, puede promover niveles altos de ansiedad física social en dicha etapa del desarrollo. Los adolescentes están en un proceso continuo de maduración física y psicológica, lo que puede afectar las creencias que ellos tienen sobre los

estereotipos de belleza que se han establecido culturalmente y que además son los que sirven como parámetros para compararse con sus pares.

Debido a que los adolescentes más jóvenes (de secundaria) están comenzando con el desarrollo de sus características sexuales secundarias. Se observó que el nivel de malestar fue distinto tanto por sexo como por edad. Esto dado que a pesar de que estos cambios físicos son característicos y propias de la edad la constante comparación con sus pares o con compañeros de mayor edad se da todo el tiempo. Las circunstancias contextuales entre hombres y mujeres pueden explicar la variación de malestar entre unos y otras. Las diferencias/similitudes de los adolescentes con sus pares en cada grupo de edad que fue evaluado también es importante debido a que al no encontrarse físicamente similares puede presentarse malestar en situaciones sociales cuando su físico se encuentra como el centro de evaluación. Aunque la mayoría de los resultados son congruentes con la revisión de la literatura es importante retomar el papel que jugaron las variables sociodemográficas ya que una de las probables explicaciones en la diferencia por sexo es que debido a que las mujeres son bombardeadas constantemente por los medios de comunicación para cumplir con estándares de belleza, así como a la demanda constante de mostrar ciertas características físicas para ser consideradas atractivas, se debe poner especial atención en este periodo de edad.

## LIMITACIONES, ALCANCES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones que se encontraron en el transcurso de la investigación fueron la falta de instrumentos para evaluar el nivel de ansiedad física social en adolescentes mexicanos. Al igual de contar con una muestra mayor y con aún mayores características sociodemográficas.

Los alcances obtenidos fueron validar un instrumento para la medición y evaluación de la ansiedad física social. Así como conocer la relación entre ansiedad social y ansiedad física social, y las diferencias que existen por edad y sexo en cada una de las variables.

Se sugiere implementar el uso de variables biológicas (p. ej., el índice de masa corporal), para ampliar el conocimiento que tiene y el obtenido en la investigación. También se sugiere trabajar con una muestra que tenga diferentes características sociodemográficas.

## REFERENCIAS

- Aderka, I. M., Gutner, C. A., Lazarov, A., Hermesh, H., Hofmann, S. G., & Marom, S. (2014). Body image in social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and panic disorder. *Body Image*, 11, 51-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.002>
- Alden, L., & Taylor, C. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882. doi: 10.1016/j.cpr.2004.07.006
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statical manual of mental disorders. (2<sup>a</sup> ed). Washinton DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statical manual of mental disorders. (3<sup>a</sup> ed.). Washinton DC: American Psychiatric Association.
- Atalay, A. A., & GenÇöz, T. (2008). Critical factors of social physique anxiety: Exercising and body image satisfaction. *Behaviour Change*, 25(3), 178-188. doi: <http://dx.doi.org/10.1375/bech.25.3.178>
- Bados, A. (2015). Fobia social: Naturaleza, evaluación y tratamiento. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Baloglu, M. (2003). Individual differences in statistics anxiety among college students. *Personality and Individual Differences*, 34(5), 855-865. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00076-4
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660

- Bane, S., & McAuley, E. (1998). Body image and exercise. En J. L. Duda (Ed.). *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 311-322). Morgantwn: Fitness Information Technology.
- Bas, M. & Kiziltan, G. (2007). Relations among weight control behaviors and eating attitudes, social physique anxiety, and fruit and vegetables consumption in Turkish adolescents. *Adolescence*. 42(165), 167-178.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, Stein, M., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives General Psychiatry*. 64(8), 903-912.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, Alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 1, 90-101.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena De Neuropsiquiatría*. 45(3), 211-220.
- Benjet, C., Borges, G, Medina-Mora, M., Zambrano, J., & Aguilar, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental HEalt Survey. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 50(4), 386-395.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 31, 155-163.
- Bobes, G., Bascarán, M., Bousoño, M., Gacía-Portilla, M. & Saiz, P. (2003). Trastorno de ansiedad social: Actualidad clínica y terapéutica. *Salud Global*. 3(6), 1-8.

- Bokhorst, C., Westenberg, M., Oosterlaan, J. & Heyne, D. (2008). Changes in social fears across childhood and adolescence: Age-related differences in the factor structure of the fear Survey Schedule for Children-Revised. *Journal of Anxiety Disorders*. 22(1), 135-142.
- Botella, C., Baños, R. M., & Perpiña, C. (2003). Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. Barcelona: Paidós
- Brown, T. R. (2000). Does social physique anxiety affect women's motivation to exercise? *Department of psychology: University of Wisconsin*. 219-224.
- Brunet, J., & Sabiston, C. (2009). Social physique anxiety and physical activity: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*. 10, 329-335. doi: 10.1016/j.psychsport.2008.11.002
- Brunet, J., Sabiston, C. M., Dorsch, K. D. & McCreary, D. R. (2010). Exploring a model linking social physique anxiety, drive for muscularity, drive for thinness and self-esteem among adolescent boys and girls. *Body image*. 7, 137-142. doi:10.1016/j.bodyim.2009.11.004
- Burton, R. (1845). La anatomía de la melancolía.
- Caballo, V., Salazar, I., Iruña, M., Arias, B., Hofmann, S., & CISO-A. (2008). Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Behavioral Psychology*. 16(2), 163-187.
- Caballo, V., Salazar, I., Iruña, M., Arias, B., Hofmann, S., & CISO-A. (2014). Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Personality and Individual Differences Journal*. 64, 35-40.
- Camacho, M. J. (2005). Imagen corporal y práctica de actividad físico-deportiva en la adolescencia (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Camacho-Miñano, M. J. & Aragón, N. (2014). Ansiedad física social y educación física escolar: las chicas adolescentes en las clases de natación. *Mujer y Deporte*. 116(2), 87-94. ISSN: 1577-4015
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I. & Gutiérrez, R. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: La fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*. 72, 43-55.
- Chu, H. W., Bushman, B. A., & Woodard, R. J. (2008). Social physique anxiety, obligation to exercise, and exercise choices among college students. *Journal of American College Health*. 57(1), 7-13. doi: 10.3200/JACH.57.1.7-14
- Cox, A. E., Ullrich-French, S., Madonia, J., & Witty, K. (2011). Social physique anxiety in physical education: Social contextual factors and links to motivation and behavior. *Psychology of sport and exercise*. 12(5), 555-562. doi:10.1016/i.psychsport.2011.05.001
- Cox, L. M., Lantz, C. D., & Mayhew, J. L. (1997). The role of social physique anxiety and other variables in predicting eating behaviors in college students. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 7(4), 310-317.
- Crawford, S. & Eklund, R. (1994). Social physique anxiety, reasons for exercise, and attitudes toward exercise settings. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 16(1), 70-82.
- Crocker, P. R. E., Sabiston, C. M., Kowalski, K. C., MaDonough, M. H., & Kowalski, N. P. (2006). Longitudinal assessment of the relationship between physical self-concept and health related behavior and emotion in adolescent girls. *Journal of Applied Sport Psychology*. 18; 185-200. doi: 10.1080/10413200600830257
- Davison, T. E. & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The journal of social psychology*. 146(1), 15-30. doi: 10.3200/SOCP.146.1.15-30



- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social and sexual functioning. *Sex Roles*. 52(7/8), 463-475. doi: 10.1007/s11199-005-3712-z
- Diehl, N. S., Johnson, C. E., Rogers, R. L. & Petrie, T. A. (1998). Social physique anxiety and disordered eating: what's the connection? *Addictive Behaviors*. 23(1), 1-6.
- Echeburúa, E. (1993). Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid, España: Pirámide.
- Eklund, R. C., & Crawford, S. (1998). With regard to the social physique anxiety scale (conceptually speaking). *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 16; 431-448.
- Facht, B. C., & Hausenblas, H. A. (2004). Perceived evaluative threat and state anxiety during exercise in women with social physique anxiety. *Journal of Applied Sport Psychology*. 16(4), 361-368. doi: 10.1080/10413200490517968
- Folk, L., Pedersen, J., & Cullari, S. (1993). Bodysatisfaction and self-concept of third- and sixth- grade students. *Perceptual and Motors Skills*. 76, 547-553. Doi: 10.2466/pms.1993.76.2.547
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*. 21(2), 173-206. doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 105(2), 84-93.
- García, B. (2009) Planeación y desarrollo de investigación. En B. García, L. Márquez, & J. L. Ávila (Eds.). *Manual de métodos de investigación para ciencias sociales: Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. (pp. 3-122). México: Manual Moderno.

- García, R. R., Espinosa, R. A., Padilla, A. C., Álvarez, M. A., & Páez, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: Prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*. 16(2), 54-62. issn: 1405-0943
- García-López, L., Inglés, C., & García-Fernández, J. (2008). Exploring the relevance of gender and age differences in the assessment of social fears in adolescence. *Social behavior and Personality*. 36(3), 338-390.
- Gretchen, S., & Grimes, D. A. (2009). Social desirability bias in family planning studies: a neglected problem. *Contraception*. 80(2), 108-112. doi: 10.1016/j.contraception.2009.02.009.
- Haase, A. M., & Prapavessis, H. (1998). Social physique anxiety and eating attitudes: Moderating effects of body mass and gender. *Psychology, Health & Medicine*. 3(2), 201-210. doi: 10.1080/13548509808402236
- Halgin, R., & Whitbourne, S. (2008). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. (5<sup>th</sup> ed.) México. Mc Graw Hill.
- Hall-Lande, J., Eisenberg, M., Christenson, S., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation and protective factors in adolescence. *Adolescence*. 42(166), 265-286.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: a meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology*. 13, 323-339. Doi: 1041-3200/01
- Hausenblas, H. A., Brewer, B. W., & Van Raalte, J. L. (2004). Self-presentation and exercise. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 16; 3-18.

Hertenberg, P. (1901). Les timides et la timidité. Paris: Félic Alcan. Recuperado 1 de octubre de 2014 de: <https://archive.org/stream/lestimidesetlat00hartgoog#page/n0/mode/2up>

Inderbitzen-Nolan, H. & Walters, K. (2000). Social anxiety for adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*. 29(3), 360-371.

Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M., Delgado, B., Torregrosa, M., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J., & García-López, L. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes Españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*. 31(4), 449-461.

Inglés, C., Méndez, F., & Hidalgo, M. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 6(2), 91-104.

Inglés, C., Piqueras, J., García-Fernández, J., García-López, L., Delgado, B. & Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en adolescencia. *Psicothema*. 22(3), 376-381.

Janet, P. (1903). Les obsessions et la pschyasthénie. Paris: Alcan. Recuperado 1 de octubre de 2015 de: <https://archive.org/stream/lesobsessionsetl02jane#page/n19/mode/1up>

Jiménez, L. (2013) Ansiedad social como factor de riesgo en el patrón de consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. (Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México). TESIUNAM.

- Jiménez, L. M., Valencia, A., & Sánchez, R. (2013). Escala de ansiedad social para adolescentes: Confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*. 21(2), 72-84. issn: 1405-0943
- Jiménez-López, L. M., & Jurado, S. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 6(1), 37-50. issn: 2007-0780
- Katula, J. A., McAuley, E., Mihalko, S. L., & Bane, S. M. (1998). Mirror, mirror on the Wall... Exercise environment influences on self-efficacy. *Journal of Social Behavior and Personality*. 13, 319-332.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorder in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*. 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. & Wittchen, H. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and life morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods Psychiatric Research*. 21(3), 169-184. doi: 10.1002/mpr.1359.
- Kessler, R., McGonagle, A., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatry disorders in the United States. Results from the national comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 51(1), 8-19.
- Knowles, A. M., Niven, A., & Fawkner, S. (2013). "Once upon a time I used to be active". Adopting a narrative approach to understanding physical activity behaviour in adolescent girls. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 6(1), 62-76. doi:10.1080/2159676X.2013.766816

- Kowalski, K. C., Mack, D. E., Crocker, P. R. E., Niefer, C. B. & Fleming, T. (2006). Coping with social physique anxiety in adolescence. *Journal of adolescent health*. 39, 9-16. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.015
- Kowalski, N. P., Crocker, P. R. E., & Kowalski, C. (2001). Physical self and physical activity relationships in college women: does social physique anxiety moderate effects? *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 72; 55-62. Doi: 10.1080/02701367.2001.10608932
- Kruisselbrink, L. D., Dodge, A. M., Swanburs, S. L., & Macleod, A. L. (2004). Influence of same-sex and mixed-sex exercise settings on the social physique anxiety and exercise intentions of males and females. *Journal of Sport & Exercise*. 26(4), 616-622. ISSN: 0895-2779
- Leary, M. R. (1992). Self-presentational processes in exercise and sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 14; 339-351
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 74-82). New York: Guilford.
- Levitan, M., Falcone, E., Placido, M., Krieger, S., Pinheiro, L., Crippa, J., Bruno, I., Pastore, D., Hallak, J., & Nardi, A. (2012). Public speaking in social phobia: A pilot study of self-ratings and observers' ratings of social skills. *Journal of Clinical Psychology*. 68(4), 397-407. doi: 10.1002/jclp.20868
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofman, S. G. Craske, M. G., Stein, D. J., Asnaani, A. & Liao, B. (2009). Culture and anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*. 0, 1-18. doi: 10.1002/da.20647

- Libbey, H. P., Story, M. T., Neumark-Sztainer, D. N., & Rutelle, K. N. (2008). Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity*. 16(S2), S24-S29. doi: 10.1038/oby.2008.455
- Linder, S. M., Grabe, S., & Hyde, J. S. (2007). Gender, pubertal development, and peer sexual harassment predict objectified body consciousness in early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*. 17(4), 723-742. doi: 10.1111/j.1532-7795.2007.00544.x
- Lindwall, M. & Lindgren, E. (2005). The effects of a 6-month exercise intervention programme on physical self-perceptions and social physique anxiety in non-physically active adolescent Swedish girls. *Psychology of Sport and Exercise*. 6, 643-658. doi: 10.1016/j.psychsport.2005.03.003
- Marks, I., & Gelder, M. (1966). Different age of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*. 123(2), 218-221.
- Martin, J. J., Kliber, A., Hodges, P., & Fahlman, M. (2006). Social physique anxiety and muscularity and appearance cognitions in college men. *Sex Roles: A Journal of Research*. 55, 151-158. doi: 10.1007/s11199-006-9069-0
- Martin, J. J., Engels, H. J., Wirth, J. C., & Smith, K. L. (1997). Predictors of social physique anxiety in elite female youth athletes. *Women in Sport and Physical Activity Journal*. 6(1); 29-48.
- Martin, J. J., Kliber, A., Hodges, P., & Mariane, F. (2006). Social physique anxiety and muscularity and appearance cognitions in college men. *Sex Roles*. 55(3), 151-158. Doi: 10.1007/s11199-006-9069-0
- Melbye, L., Tenenbaum, G., & Eklund, R. (2008). Self-objectification and exercise behaviors: The mediating role of social physique anxiety. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 12(3), 196-220. doi: 10.1111/j.1751-9861.2008.00021.x

- Mohammadi, M. N., Assadollahi, E., & Niazifar, M. (2015). Social physique anxiety and its relation with body dysmorphic disorder. *The European Journal of Social and Behavioural Sciences*. 15; 1736-1746. ISSN: 2301-2218
- Mülazimoglu-Balli, Ö., Erturan-Ilker, G., & Arlan, Y. (2014). Achievement goals in Turkish high school PE setting: The predicting role of social physique anxiety. *International Journal of Education Research*. 67, 30-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijer.2014.04.004>
- Muris, P., Merckelbach, H., Jong, P. J., & Ollendick, T. H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: a critique of the non-associative account. *Behaviour Research and Therapy*. 40, 185-195.
- Olivares, J., & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*. 11(3), 483-515.
- Olivares, R. J., Rosa, A. I., & García-López, L. J. (2004) Fobia social en la adolescencia: El miedo a relacionarse y a actuar antes los demás. España: Pirámide.
- Olivares-Rodríguez, J. & Caballo, V. (2003). Presentación. *Psicología conductual*. 11(3), 1-3.
- Olivares-Rodríguez, J., Piqueras-Rodríguez, J., & Sánchez-García, R. (2004). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS): Estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psuchology Behavioral*. 12(2), 251-268.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor.
- Öztürk, A., Deveci, E., Bagcioglu, E., Atalay, F., & Serdar, Z. (2012). Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acné and their

relationships with the severity of acné. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 43, 660-666. doi: 10.3906/sag-1208-65

Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *Journal of School Health*. 81(11), 696-703. doi: 10.1111/j.1746.1561.2011.00646.x

Quero, S., Baños., R., Botella., C., & Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*. 11(3), 429-458.

Ranta, K., Junntila, N., Eero, L., Uhmavaara, La Greca, A., & Niemi P. (2012). Social anxiety scale for adolescents (SAS-A): Measuring social anxiety among finnish adolescents. *Children Psychiatry Human Development*. 43, 574-591. doi: 10.1007/s10578-012-0285-2

Rapee, R., & Spence, S. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*. 24(7), 737-767.

Rinck, M., Rörtgen, T., Lange, W., Dotsch, R., Wigboldus, D., & Becker, E. (2010). Social anxiety predicts avoidance behavior in virtual encounters. *Cognition and Emotion*. 24(7), 1269-1276. doi: 10.1080/02699930903309268

Rodin, J., Silbertein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: a normative discontent. En T. B. Sonderegger (Ed.). *Psychology and Gender: Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.

Rothberger, S.M., Harris, B. S., Czech, D. R., & Melton, B. (2015). The relationship of gender and self-efficacy on social physique anxiety among college students. *International Journal of Exercise Science*. 8(3), 234-242.

Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*. 38 (1), 15-28.



- Sabiston, C. M., & Chandler, K. (2009). Effects of fitness advertinsing on weight and body shape dissatisfaction, social physique anxiety, and exercise motives in a sample of healthy-weight females. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 14(4), 165-180. doi: 10.1111/j.1751-9861.2010.00047.x
- Sabiston, C. M., Sedgwick, W. A., Crocker, P. R. E., Kowalski, K. C., & Mack, D. E. (2007). Social physique anxiety in adolescence: An exploration of influences, coping strategies, and health behaviors. *Journal of Adolescent Research*. 22(1), 78-101. doi: 10.1177/0743558406294628
- Scanlon, N., & Epkins, C. (2015). Aspects of mothers' parenting: Independent and specific relations to children's depression, anxiety, and social anxiety symptoms. *Journal Children Family Study*. 24, 249-263. doi: 10.1007/s10826-013-9831-1
- Shear, M. K., Bjelland, I., Beesdo, K., Gloster, A. T., & Wittchen, H. (2007). Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 16(S1), S52-S64. doi: 10.1002/mpr.215
- Slater, A., & Tiggeman, M. (2010). Uncool to do sport: A facur group study of adolescent girls' reasons for withdrawing from physical activity. *Psychology of Sport & Exercise*. 11(6), 619-626. doi: 10.1016/j.psychsport.2010.07006
- Smith, A. L. (2004). Measurement of social physique anxiety in early adolescence. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 36(3), 475-483. Doi: 10.1249/01.MSS.0000117111.76228.BF
- Song, H., Kim, J., & Lee, K. L. (2014). Virtual vs. real body in exargames: Reducing social physique anxiety. *Computer in human behavior*. 36, 282-285. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.059>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*. 36(5), 545-566.

- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, Lieb, R. & Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*. Pùblicaçión en lnea. doi: 10.1001/archpsyc. 58.3.251.
- Stein, M., & Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*. 371; 1115-1125.
- Stoyanova, M., & Hope, D. (2012). Gender, gender roles, and anxiety: Perceived confirmability of self report, behavioral avoidance, and physiological reactivity. *Journal of anxiety* 26(1), 206-214.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Epstein, L. H. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Jornaul of Anxiety Disorders*. 5, 151-166.
- Waghachavare, V. B., Quraishi, S. R., Dhumale, G. B., & Gore, A. D. (2014). A cross-sectional study of correlation of body image anxiety with social phobia and their association with depression in the adolescents from a rural area of Sangli Distric in India. *International Journal of Preventive Medicine*. 5(12), 1626-1629.
- Weeks, J. W., Spokas, M. E., & Heimberg, R. G. (2007). Psychometric evaluation of the Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN) in a treatment-seeking simple. *Depression and Anxiety*. 24, 382-391. doi: 10.1002/da.20250
- Westenberg, M., Drewes, M., Goedhart, A., Siebelink, B. & Trefferes, P. (2004). A developmental anlysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: Social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psuchiatry*. 45(3), 481-495.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological*.
- Wittchen, H., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*. 108; 4-18.

- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R., Princisvalle, K., & Leibowitz, M. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 26(1), 12-19.
- Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*. 31(1), 1-16.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J., & Salinas, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. 3(1), 189-196.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*. 19(4), 654-660. ISSN: 0214-9915
- Zubeidat, I., Salinas, J. M. & Sierra, J. C. (2006). Escala de miedo a la evaluación negativa y escala de evitación y malestar social: Fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y salud*. 18(1), 57-81. ISSN: 1130-5274