



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**ANSIEDAD SOCIAL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL PATRÓN DE
CONSUMO DE ALCOHOL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE
RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

**T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
LETICIA MARÍA JIMÉNEZ LÓPEZ**

Director de tesis

Dr. Samuel Jurado Cárdenas Facultad de Psicología

Comité académico

Dra. Rozzana Sánchez Aragón	Facultad de Psicología
Dra. Corina Lenora Benjet Miner	PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
Dra. Benilde García Cabrero	Facultad de Psicología
Dra. Shoshana Berenzon Gorn	PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

México, D. F., Diciembre 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ÍNDICE

ÍNDICE





RESUMEN	xi
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. Trastorno de ansiedad social	6
Antecedentes históricos y descripción clínica	7
Subtipos y dimensiones de la ansiedad social.	11
<i>Fobia social generalizada.</i>	11
<i>Fobia social específica.</i>	12
Situaciones temidas por los fóbicos sociales.	14
Epidemiología de la ansiedad social	15
Edad de inicio.	16
Diferencias por sexo.	17
Prevalencia.	18
¿Timidez, fobia social o ansiedad social?	20
Ansiedad social, diagnóstico diferencial y calidad de vida	23
Diagnóstico diferencial.	23
Calidad de vida.	25
Ansiedad social y comorbilidad	26
Depresión, distimia y otros trastornos de ansiedad.	28
Sensibilidad a la ansiedad.	29
Capítulo 2. Modelos explicativos de la ansiedad social	32
Planteamientos biológicos acerca de la ansiedad social	33
Aportaciones etológicas	36
Modelos psicológicos de la ansiedad social	38
Modelos derivados del condicionamiento clásico.	39
<i>Modelo de Hofmann y Barlow.</i>	40
Modelos derivados de la teoría del aprendizaje vicario.	41
<i>Modelo de Mineka y Zinbarg</i>	42
Modelos cognitivo conductuales.	43



<i>Modelo de Clark y Wells.</i>	44
<i>Modelo de Rappe y Heimberg.</i>	46
<i>Modelo Integrado Cognitivo Conductual de la Ansiedad Social.</i>	47
<i>Modelo de Bados.</i>	50
<i>Modelo Multifactorial de Olivares y Caballo.</i>	53
Modelo de la Psicopatología del Desarrollo	56
Capítulo 3. Ansiedad social en adolescentes	60
Conceptualización de la etapa adolescente	61
Características del desarrollo emocional y cognitivo del adolescente.	62
Funcionamiento psicosocial de los adolescentes.	66
Relaciones interpersonales en la adolescencia.	66
<i>Relaciones románticas en la adolescencia.</i>	68
Adolescentes con trastorno de ansiedad social	70
Funcionamiento psicosocial en los adolescentes con ansiedad social.	71
Procesamiento emocional y cognitivo en los adolescentes socialmente ansiosos.	74
Capítulo 4. Ansiedad social y conductas de riesgo en adolescentes	82
Conductas de riesgo en la adolescencia	83
Teorías de las conductas de riesgo en la adolescencia.	85
Consumo de alcohol en adolescentes	90
Panorama epidemiológico.	92
<i>Europa.</i>	92
<i>Estados Unidos.</i>	94
<i>México.</i>	94
<i>Patrones de consumo de alcohol.</i>	96
Ansiedad social y consumo de alcohol en adolescentes	98
Trastornos de la conducta alimentaria y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes	105
Conducta alimentaria de riesgo.	111
Ansiedad social, trastornos de la conducta alimentaria y conducta alimentaria de riesgo	116

Ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo en la adolescencia	119
Justificación	121
Método	130
Estudio 1: Validación de instrumentos	131
Objetivo	132
Justificación	131
Variables	133
Definición conceptual.	133
Definición operacional.	133
Muestra	133
Tipo de estudio	134
Tipo de diseño	134
Instrumentos	135
Procedimiento	139
Resultados estudio uno	141
Validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes	142
Validez y confiabilidad de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa	146
Validez y confiabilidad de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social	150
Subescala Evitación.	150
Subescala Grado de Ansiedad o Nerviosismo.	152
Subescala Grado de Interferencia de la Ansiedad.	153
Estudio 2: Tamizaje de ansiedad social, patrones de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes	157
Preguntas de investigación	158
Objetivos	158
Justificación	159
Variables	160
Definición conceptual.	160
Definición operacional.	161

Hipótesis	163
Muestra	163
Tipo de estudio	164
Tipo de diseño	164
Instrumentos	165
Procedimiento	167
Resultados estudio dos	169
Descripción de la muestra	169
Datos sociodemográficos.	169
Descripción ansiedad social, patrones de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.	173
Diferencia por edad en ansiedad social, consumo de alcohol y conducta de riesgo	175
Diferencias por sexo, turno y actividades extracurriculares en: ansiedad social, patrón de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo	176
Diferencias entre ansiosos y no ansiosos sociales respecto del consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo	179
Diferencias por edad entre ansiosos y no ansiosos sociales respecto del consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo	182
Diferencias en el patrón de consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales	183
Estudio 3: Ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa, sensibilidad a la ansiedad, edad, sexo, patrón abusivo de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo	186
Pregunta de investigación	187
Objetivos	187
Justificación	187
Variables	191
Definición conceptual.	192
Definición operacional.	194
Hipótesis	196
Muestra	196
Tipo de estudio	197

Tipo de diseño	197
Instrumentos	197
Procedimiento	199
Resultados estudio tres	200
Descripción de las escalas del estudio	200
Edad de inicio ansiedad social, abuso del alcohol y conducta alimentaria de riesgo	201
Relación entre variables predictoras	203
Relación entre variables predictoras y variables criterio	204
Efectos de las variables predictoras sobre las variables criterio	205
Patrón abusivo de consumo de alcohol.	205
Conducta alimentaria de riesgo.	207
Discusión y conclusiones	210
¿Cuáles son las aportaciones psicométricas?	212
¿Qué dicen los datos descriptivos?	214
Diferencias por sexo.	214
Diferencias por edad.	216
Diferencias por turno escolar.	217
Diferencias por actividades extracurriculares.	218
¿Cuáles son las diferencias entre ansiosos y no ansiosos sociales en el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo?	223
Consumo de alcohol.	223
Conducta alimentaria de riesgo.	227
¿Cuáles son los efectos de la ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa, sensibilidad a la ansiedad, edad y sexo sobre el abuso del alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados de la ciudad de México?	230
Alcances.	237
Limitaciones.	239
Conclusiones.	240
Referencias	243
Anexos	274



AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud plena a:

La Universidad Nacional Autónoma de México, Alma Mater desde mi etapa preparatoria. Gracias por la formación, por los retos planteados, por los programas, gestiones y apoyos en favor de sus estudiantes y de mi amado país. Por permitirme sentir el orgullo de formar parte de una de las mejores Universidades de Hispanoamérica.

Mi comité Tutoral: Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dra. Rozzana Sánchez Aragón, Dra. Corina Benjet Miner, Dra. Benilde García Cabrero y Dra. Shoshana Berenzon Gorn; por ser ejemplo y guía para el desarrollo y logro de esta privilegiada responsabilidad.

El Instituto Politécnico Nacional, por haberme otorgado las facilidades para la realización de este proyecto.

La Secretaría de Educación Pública por hacer posible el acceso a los estudiantes del nivel medio que participaron en esta investigación.

Doctora Alejandra Valencia Cruz, por su valiosa asesoría.

Los psicólogos que solidariamente y por amistad, colaboraron en la fase de evaluación de los participantes, gracias por su apoyo: Adriana, Angélica, Carlos, Elvia, Mario, Martín, Ninfa, Pablo, Roberto y Saúl.

Los adolescentes que compartieron sus datos, dando razón de ser y fundamento a este trabajo, sin ellos no habría sido posible.



DEDICATORIAS

A mis Padres:

*Bertina López Lorenzo: Por tu ejemplo de entereza, constancia y valentía
ante la vida, aún ante la adversidad.*

*†Rubén Jiménez Arellano: Por tu gala de bonhomía, integridad y
sensibilidad.*

A mi Esposo:

*†Daniel Cordero Rosas: Negrito, aún duele tu ausencia. Por las
incommensurables muestras de amor y por los buenos tiempos. Los malos ya
los olvidé.*

A mi Hija:

*Dalia Itzé Cordero Jiménez: Con todo mi amor y con el deseo de que logres
todo aquello por lo que luches.*

A mis hermanas y hermanos:

*Alicia, Ana, Enrique, Héctor, Lucina, Marcela y Rubén
Cómplices de vida, con nuestras coincidencias y divergencias los quiero y me
siento muy orgullosa de ser su hermana.*

*A mis amados Bruno y Ximena: Por el tiempo que tuve que privarme de su
expresiva mirada, de su juego y de su mágica sonrisa para concluir este
trabajo.*

A mis amigos queridos

*Alejandra Barbeyto, Angélica Mejía, Fayne Esquivel,
Lety Moreno, María Fregoso, Mónica Ramírez, Mónica Martínez, Sara
Cruz y Sergio Santamaría. Un agradecimiento especial a mi fiel escudero,
que en medio de su propio dolor, de noches de café y música de todo género,
se mantuvo al pie del cañón.
Gracias por ser y estar.*



RESUMEN



RESUMEN

Esta investigación exploró *el efecto de la ansiedad social en el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México*. Se desarrolló a través de tres estudios de campo: El primero validó tres escalas de medición, utilizadas en los estudios subsecuentes.

En el segundo estudio, los ansiosos sociales reportaron menor participación en actividades deportivas y en relaciones románticas. Ser varón, realizar deportes y tener una relación de noviazgo está asociado con mayor consumo de alcohol. La conducta alimentaria de riesgo, se encontraron efectos principales de las variables edad, sexo, ser ansiosos o no ansiosos sociales, realizar o no actividades deportivas, artísticas y tener o no una relación de noviazgo; así como efectos de interacción edad*ansiosos no ansiosos.

El tercer estudio mostró que edad, sensibilidad a la ansiedad y grado de interferencia, tuvieron efecto predictor tanto sobre el abuso del alcohol como sobre la conducta alimentaria de riesgo. En el caso de la conducta alimentaria de riesgo, además de las anteriores, miedo a la evaluación negativa, grado de ansiedad y ansiedad social tuvieron efecto predictor.

La investigación se apegó a los principios éticos de autonomía, beneficencia, privacidad y protección a los derechos humanos.

Palabras clave: *adolescentes, ansiedad social, factores de riesgo, patrón de consumo de alcohol, conductas alimentarias de riesgo*.





ABSTRACT



ABSTRACT

This research explored the effect of social anxiety on alcohol consumption and risky eating behavior among adolescents attending school in Mexico City. It was developed through three field studies: The first validated three measurement scales that were used in subsequent studies.

The second study showed that social anxious adolescents reported less participation in sports and romantic relationships. Being male, playing sports and having a dating relationship is associated with higher consumption of alcohol. For risky eating behavior, main effects were found for the variables age, sex, social anxiety, engaging in sports and art or not, and whether or not a dating relationship as well as age by social anxiety interactions.

Third study showed that age, anxiety sensitivity and degree of interference had predictor effects on alcohol abuse and risky eating behavior. For risky eating behavior, in addition to the above, fear of negative evaluation, degree of anxiety and social anxiety had a predictor effect. The research adhered to ethical principles of autonomy, beneficence, privacy and human rights protection.





INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período clave en el desarrollo humano, tiempo para el establecimiento de metas, de valores, de dar sentido y dirección a la vida. El desarrollo psicosocial del adolescente se centra en la perspectiva de cambio en sí mismo y en su relación con los demás (Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006).

Entre los cambios psicológicos significativos de los adolescentes, La Greca y Harrison (2005) resaltan la transformación del mundo social, el tipo de relaciones con los pares, el inicio de las relaciones románticas, la familia y la escuela como principales agentes socializadores se reordenan e impactan en sus actividades, preferencias, sentimientos y pensamientos. Es característico un intenso deseo de independencia de los adultos, 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 psicológica adolescente es la relación significativa con sus pares (Arnon, Shamai e Ilatov, 2008; Hall-Lande, Eisenberg, Christenson, & Newmark-Sztainer, 2007; Newman, Lohman, & Newman, 2007; Smetana et al, 2006); el apego a los amigos, el apoyo o la confianza en ellos, tiene una naturaleza protectora para la autoestima de los adolescentes (Wissink, Dekovic, & Meijer, 2009).

Una condición que obstaculiza el ajuste social de los adolescentes es la *fobia social o trastorno de ansiedad social* (TAS). Se trata del más común entre los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la “presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación” (Asociación Psiquiátrica Americana {APA}, 1995, p.401). El adolescente socialmente ansioso ve limitadas sus





relaciones interpersonales al presentar déficit en la competencia social (Olivares, & García-López, 2002), ansía la compañía de otros, pero evita las situaciones sociales por temor a ser considerado como inadecuado, estúpido o aburrido (Beidel et al., 2007; Stein & Stein, 2008; Wittchen, Stein & Kessler, 1999).

Por otra parte, diversos estudios internacionales reportan que la ansiedad social se asocia con posibles condiciones negativas, entre ellas se encuentran: depresión mayor (Essau, 2003; Lépine & Péliissolo, 2000; Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas, 2008), bajo rendimiento y deserción escolar (Van Ameringen, Mancini, & Farvolden, 2003), desarrollo de otros trastornos de ansiedad (Carretero, Feixas, Pellungrini, & Gutiérrez, 2001; Kessler, 2003), inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (Botella, Baños, & Perpiñá, 2003; Lépine & Péliissolo, 2000; Morris, Steward, & Ham, 2005), abuso y dependencia del alcohol (Bacon & Ham, 2010; Buckner, Schmidt et al., 2008; Eggleston, Woolaway-Bickel & Schmidt, 2004; Stewart, Morris, Mellings, & Komar, 2006) relaciones de pareja disfuncionales (Stein & Kean, 2000; Wittchen & Fehm, 2001) y trastornos de la conducta alimentaria (Alva & Cukier, 2009; Behar, Manzo, & Casanova, 2006; McLean, Miller, & Hope, 2007; Patton, Coffey, Carlin, Sanci, & Sawyer, 2008).

La presente investigación se circunscribió al trastorno de ansiedad social en la adolescencia, su objetivo general fue explorar el *efecto* de la *ansiedad social* en el *consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo* en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México, dos conductas de riesgo que constituyen reconocidos problemas de salud entre los adolescentes: el primero con una amplia prevalencia y



reconocidas consecuencias negativas y el segundo en menor proporción pero con una tendencia creciente en México (Acosta, Llopis, Gómez-Peresmitré y Pineda, 2005).

En ambos casos, se han propuesto diversos factores de riesgo personales y relacionales que se asocian tanto con las alteraciones alimentarias, como con el consumo abusivo o dependiente del alcohol, entre ellos se identifican las dificultades en el funcionamiento psicosocial, como lo es el trastorno de ansiedad social; el cuál puede constituir una vulnerabilidad común entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias. Así, algunas hipótesis establecen que el consumo disfuncional tanto de alcohol como de comida es motivado por el intento de disminución o eliminación del afecto negativo (Behar, 2004).

La investigación partió de la perspectiva Cognitivo Conductual de la Ansiedad Social (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg 1997; Turk, Lerner, Heimberg, & Rapee, 2001) descrita en el segundo capítulo, y con un enfoque de prevención desde la psicología de la salud.

El primer capítulo puntualiza los antecedentes históricos del constructo ansiedad social, su descripción clínica actual, la calidad de vida asociada y algunos ejemplos de su comorbilidad. El segundo capítulo sintetiza las principales posturas teóricas que explican la etiología, curso y mantenimiento de la ansiedad social, mientras que el tercero analiza las características del adolescente socialmente ansioso.

En el cuarto capítulo se hace referencia a la asociación de la ansiedad social con el abuso en el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo, así como a la posible relación entre el abuso en el consumo del alcohol y la conducta alimentaria de



riesgo. Posteriormente se describe el método instrumentado para el cumplimiento de los objetivos establecidos.



CAPÍTULO 1

Trastorno de Ansiedad Social

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Antecedentes históricos y descripción clínica

El trastorno de ansiedad social constituye un problema psicológico probablemente tan antiguo como la humanidad (Bobes, Bascarán, Bousoño, García-Portilla y Saiz, 2003; Olivares y Caballo, 2003).

Existen referencias tan lejanas como la que elabora Robert Burton (1845, p.253) en “La anatomía de la melancolía”. Se refiere a un paciente de Hipócrates a quien éste describe de la siguiente forma: “Es más que 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”

La nomenclatura actual de fobia social es propuesta por el psiquiatra Pierre Janet en 1909, como parte de su teoría de las regresiones funcionales en un texto llamado “Les Neurosses”. Janet la denomina *phobie du situations sociales* (fobia de las situaciones sociales). Con este término “Fobia de las situaciones sociales”, Janet describe a las personas que temían hablar en público, tocar el piano o escribir ante un auditorio (Bousoño, Bascarán, González y Bobes, 1999; Marina, 2006; Olivares y Caballo, 2003). Diversos autores (Bobes et al., 2003; Bousoño et al., 1999; Carretero et al., 2001; Furmark, 2002; Olivares y Caballo, 2003) concurren en la secuencia histórica que el constructo fobia social ha transitado a través del tiempo y de los manuales internacionales de clasificación, el proceso ha sido de la siguiente manera.

La descripción inicial de la fobia social como categoría diagnóstica diferenciada de los otros trastornos de ansiedad, es elaborada por Marks y Gelder (1966). Definen la fobia social como: *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. Plantean la individualización del trastorno y su separación de las fobias específicas, de forma que su propuesta de clasificación de las fobias distingue cuatro categorías que son: agorafobia, fobia social, fobia a animales y fobias específicas, aunque en la actualidad la clasificación de las fobias ha cambiado e incluye otras categorías que son: fobias situacionales, a los animales, relacionadas con el ambiente y la naturaleza y a la sangre y las heridas (Durand & Barlow, 2007).

El DSM II incluyó una categoría diagnóstica denominada “Reacción de retirada” o de aislamiento (DSM II, 1968), involucraba tanto timidez y ansiedad social como indiferencia y exigua gratificación por las interacciones sociales. Estos elementos integrados en un solo diagnóstico generaban confusión pues como es sabido, la indiferencia y el desinterés por la gratificación social pueden estar relacionadas con otro tipo de trastornos como el trastorno de la personalidad esquizoide, mientras que tanto la timidez como la ansiedad social son condiciones en las que la ansiedad ocurre precisamente por la relevancia de la opinión de los otros (Halgin & Whitbourne, 2005).

Como categoría diagnóstica, la fobia social es incluida formalmente en el DSM III en el año de 1980 (APA, 1980) como parte de los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia, el trastorno de la personalidad esquizoide se ubica dentro de otro grupo de trastornos, con lo cual se pretende en su momento, delimitar la confusión que propicia la clasificación del manual anterior.

Permaneció durante más de una década como el menos investigado de los trastornos de ansiedad por los especialistas en salud mental, por atribuírsele una





característica de banalidad, pues se confunde el concepto de ansiedad social con el de timidez, que es un rasgo temperamental sin valor para el Eje I, cuyas tasas de prevalencia son más elevadas en la población general que la fobia social, ésta afecta al 2% de la población mientras que la timidez afecta el 38% de los niños (Bobes et al., 2003; Carretero et al., 2001; Furmark, 2002).

En el DSM- III-R, se modificaron los criterios de diagnóstico tanto para la fobia social como para el trastorno de la personalidad por evitación, se incluyó el subtipo generalizado para la fobia social y se agregó el criterio de interferencia sociolaboral que estaba ausente en el DSM-III. Asimismo, se aceptó la comorbilidad entre los diagnósticos de fobia social y trastorno de la personalidad por evitación, lo cual hasta la actualidad sigue siendo materia de discusión, pues se argumenta que en realidad lo que el DSM-IV describe como trastorno de la personalidad por evitación, se refiere a un subgrupo de pacientes que presentan el tipo generalizado del trastorno de ansiedad social (Bobes et al., 2003; Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Turner, Beidel, & Townsley, 1992). Finalmente, para el DSM – IV y DSM –IV TR, los criterios de clasificación para la fobia social son los mismos.

En lo que se refiere a la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la categoría diagnóstica de fobia social en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) hasta 1992 (Bobes et al., 2003; Carretero et al., 2001; Furmark, 2002).

Actualmente la fobia social está contenida dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad tanto en el DSM-IV como en la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10. Es definida como “Un acusado y persistente miedo a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a



personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás” (APA, 1995 p. 427). El grado de concordancia entre ambos manuales es de 66% de coincidencia de casos positivos (Bados, 2009). El paciente siente un miedo intenso y repetido al menos a una situación social o de desempeño que involucra afrontar el contacto con extraños o ser observado por otros, específicamente teme demostrar síntomas de ansiedad o comportarse de alguna manera que podría ser embarazosa o humillante para él. Los criterios diagnósticos según APA, se presentan en la tabla 1, y los de la OMS aparecen en la tabla 2.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del DSM-IV para la fobia social

-
1. El estímulo fóbico casi siempre causa ansiedad, la cual puede consistir en una crisis de angustia situacional o situacionalmente dispuesta.
El paciente comprende que el miedo que siente es irracional o desproporcionado.
 2. El paciente o bien evita la situación o bien la soporta con intensa preocupación o ansiedad.
 3. Experimenta intensa preocupación o malestar porque padece la fobia, o bien ésta interfiere con sus actividades rutinarias o con su funcionamiento social, laboral o personal.
 4. Los pacientes menores de 18 años, deben tener los síntomas durante 6 meses ó más.
 5. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental diferente, incluidos los trastornos de ansiedad, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o un Trastorno Esquizoide de la personalidad.
 6. Los síntomas no son directamente causados por una enfermedad médica general o por el uso de sustancias, incluidos medicamentos.
 7. Si el paciente tiene otro trastorno mental o una enfermedad médica general, la fobia social no está relacionada con ellos.

Notas de Codificación.

Especificar si: *Generalizada*. El paciente les teme a la mayoría de las situaciones sociales. (Si la fobia social es generalizada, evaluar al paciente para un diagnóstico del Eje II de Trastorno de la personalidad por evitación.)

Los niños no pueden recibir este diagnóstico, antes de que hayan demostrado tener una capacidad para sostener relaciones sociales. La ansiedad tiene que presentarse no sólo con los adultos sino también con los compañeros de la edad del niño. Los niños pueden expresar la respuesta de ansiedad por medio de abrazos, llanto, parálisis o retraimiento. *Por lo común no reconocen que el miedo sea irracional o desproporcionado.*

Tabla 2

Criterios de la CIE – 10 para el trastorno por 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, encuentros con el sexo contrario) o difuso (incluye 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 otros 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.

Nota. La agorafobia y los síntomas depresivos son con frecuencia destacados pudiendo contribuir a que el afectado se recluya en su domicilio. Si la diferencia entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil se dará preferencia a la agorafobia. No debe realizarse un diagnóstico de depresión a menos que pueda identificarse claramente un síndrome depresivo completo.

Subtipos y dimensiones de la ansiedad social.

El DSM–IV mantiene vigente la clasificación de la fobia social en dos subtipos: fobia social generalizada y fobia social específica o no generalizada.

Fobia social generalizada.

La forma generalizada de la fobia social, representa el tipo más severo. Las personas que la presentan, pueden tener miedo a situaciones diversas en las que serán evaluadas en la interacción con otras personas y/o, al ejecutar ciertas actividades públicamente. Se asocia con un mayor déficit en habilidades sociales y mayores dificultades en las interacciones sociales. Puesto que se inicia en las primeras etapas de la vida, el deterioro académico, personal y social es más intenso y se acompaña de numerosos síntomas psicopatológicos: timidez, ansiedad social, miedo a evaluaciones negativas, baja autoestima, etc. Presenta tres tipos de síntomas: somáticos, comportamentales y cognoscitivos, se acompaña con mayor frecuencia que la específica



de otros trastornos comórbidos con mayor gravedad y cronicidad, su inicio es más precoz que el de la fobia social específica (Bobes y Sáiz 2001).

Fobia social específica.

A diferencia de la Fobia social generalizada, la específica como su nombre lo indica, se circunscribe a una sola situación ya sea de interacción o de ejecución, no está reconocida como subtipo de fobia social en la CIE-10.

Existen otros puntos de vista que son materia de debate respecto de la clasificación de los subtipos clínicos de la fobia social. Los dos grupos más representativos son los del grupo de Turner (Turner et al., 1992) y las del grupo de Heimberg (Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Holt y Heimberg, 1990; Holt et al., 1992), ambos grupos coinciden en que la expresión “la mayoría de las situaciones sociales”, del DSM - IV, es ambigua y requiere especificaciones.

Turner et al. (1992) definieron las categorías diagnósticas con base en el criterio de frecuencia de ocurrencia de las situaciones sociales: “*Fobia social generalizada*” si los pacientes temen fiestas o reuniones sociales, iniciar o mantener conversaciones y “*fobia social específica*” si temen sólo situaciones discretas como dar discursos, hablar en reuniones, comer o escribir en público o utilizar baños públicos; pero no fiestas o conversaciones.

Por su parte, Heimberg, Hope, Dodge y Becker (1990) propusieron tres subtipos: *fobia social específica* si se presenta la ansiedad en un número limitado de situaciones (no más de dos y relacionadas con situaciones de ejecución). *Fobia social no generalizada* si la persona tiene miedo y evita muchas situaciones y contextos sociales



distintos pero mantiene un grado de funcionamiento adecuado en algunas áreas y por último, *fobia social generalizada* si la persona tiene miedo y evita prácticamente todas las situaciones sociales.

Quero, Baños, Botella y Gallardo (2003) compararon los criterios de clasificación del grupo de Turner y el grupo de Heimberg, encontrando entre ellos un 37.1% de acuerdo respecto de ambas tipologías de la *fobia social generalizada*, y plantean tres subtipos de fobia social que son: 1) *Miedo a hablar en público* (MHP) que es definido como el miedo específico a expresarse verbalmente ante otras personas. 2) *Fobia social circunscrita* definida como aquellas en las que el miedo se presenta ante situaciones en las que hay que interactuar con personas del sexo opuesto y con figuras de autoridad (FSC). 3) *Fobia social generalizada*: El miedo abarca toda clase de situaciones sociales, tanto de interacción como de ejecución o actuación.

Otra propuesta es la que presentaron Piqueras, Olivares y López-Piña (2008) formulando un contínuum entre la ansiedad social específica y la ansiedad social generalizada, para ello tomaron como base el modelo de Olivares y Caballo (2003) de la fobia social. Éste modelo atribuye un rol central a la incertidumbre o duda percibida relacionada con la conducta de evitación y escape, éstas dan inicio a la ansiedad social. La propuesta de Piqueras et al. (2008) considera que la ejecución y la interacción social no constituyen elementos cualitativamente diferentes sino que involucran distintas intensidades de duda, diferentes percepciones de la interferencia con la vida cotidiana y numerosas intensidades del distrés dependiendo de la naturaleza de la situación social que enfrenta la persona.





En una investigación multicultural realizada en países tanto desarrollados como en desarrollo, entre los cuales se incluyó a México; el objetivo fue determinar si hay sustento para la subdivisión de subtipos del TAS según el número de miedos de rendimiento frente a los miedos de interacción, Stein et al. (2010) concluyeron que no hay evidencia que apoye los subtipos generalizado y no generalizado del trastorno de ansiedad social en función del número de miedos sociales de interacción o de rendimiento.

Situaciones temidas por los ansiosos sociales.

Considerando los subtipos más frecuentemente referidos del trastorno de ansiedad social, sea que se trate de ansiedad social circunscrita o generalizada, las situaciones a las que temen las personas socialmente ansiosas, de acuerdo con Bados (2009, 2005, 2001) se dividen en cuatro categorías que son:

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

Interacción 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 tienen 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, transportes públicos, auditorios etc.

Epidemiología de la ansiedad social

Hasta su inclusión en el DSM III en 1980 la fobia social había sido desestimada como objeto de investigación científica o para la elaboración de estudios epidemiológicos. Desde la década de los 90 la fobia social, actualmente referida como trastorno de ansiedad social, ha motivado una considerable atención y paulatinamente ha sido definida como uno de los problemas de salud mental más frecuentes en el mundo, el primero de los trastornos de ansiedad entre adolescentes y el tercero después de la depresión y el abuso del alcohol en la población general (Antona y García-López, 2008; Bobes y Sáiz, 2001; Caballo et al., 2008; Eng, Coles, Heimberg, & Safren, 2005; Furmark, 2002; Lépine & Pélissolo, 2000; Olivares-Rodríguez, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares, 2006; Rector, Kocovski, & Ryder 2006; Stein & Stein, 2008; Stravynski, 2008).

De esta manera, el trastorno de ansiedad social abandona la connotación del trastorno de ansiedad más desatendido e ignorado (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Liebowitz et al., 1999; Stein & Stein, 2008; Wancata, Fridl, & Friedrich, 2009; Wittchen et al., 1999).





Precisar los datos epidemiológicos del trastorno de ansiedad social, resulta una empresa de gran complejidad por razones muy diversas, se involucran elementos tan heterogéneos como la clasificación de la que se parte en los estudios, los rangos de edad de los participantes, factores socioculturales y los instrumentos de evaluación. En buena medida, los orígenes de la variabilidad de los datos entre los distintos estudios, se encuentran en las modificaciones sobre los criterios diagnósticos que la APA ha realizado en las versiones desde el DSM-III en 1980, el DSM-III R en 1987 y el DSM-IV en 1994 (Wittchen & Fhem, 2003).

Existen diferencias en la cantidad de estudios epidemiológicos, diseño de tratamientos entre los países de habla Inglesa en comparación con los países de habla Hispana y Portuguesa, siendo estos últimos los de menor atención al problema, particularmente entre niños y adolescentes (Olivares, 2009; Wancata et al., 2009).

En los siguientes párrafos, se presentan datos epidemiológicos clasificados en tres rubros: edad de inicio, diferencias de sexo y prevalencia.

Edad de inicio.

En relación con la edad de inicio de la ansiedad social hay algunas variantes reportadas, sin embargo, se puede considerar un consenso entre investigadores que la edad de inicio tiene lugar entre el final de la infancia y el periodo de la adolescencia temprana, aproximadamente a los 11 años de edad en el 50% de sujetos de la población general, mientras que en muestras clínicas se presentan reportados entre los 13 y 24 años (Stein & Stein, 2008), particularmente el tipo de ansiedad generalizada. El grupo de investigadores españoles que lideran el tema reportan una edad de inicio entre





12 y 17 años (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002; Olivares-Rodríguez y Caballo, 2003).

Rapee y Spence (2004) proponen que la edad de inicio del trastorno de ansiedad social es temprana, con una media de edad entre los 10 y los trece años y sugieren que la inhibición conductual en etapas más tempranas puede ser un rasgo temperamental precursor de la fobia social.

Wittchen y Fhem (2003) refieren que la edad promedio es entre 10 y 16.6 años dependiendo del tipo de muestra (adolescentes o adultos) y que si llega a iniciarse en etapas posteriores, es frecuente que se trate de una situación secundaria o parte de otro trastorno primario como trastorno psicótico, depresión u otros. Asimismo consideran que la autoconciencia, es necesaria para desarrollar el miedo de estar siendo evaluado por otros y ésta emerge alrededor de los 8 años de edad, por lo tanto los reportes de inicio del problema en edades más tempranas son muy escasos.

Respecto de la duración, es frecuente que se prolongue durante 12 años o puede durar para toda la vida (Quero et al., 2003).

Diferencias por sexo.

Está ampliamente documentado el hecho de que las mujeres tienen mayor tendencia hacia los problemas internalizados como ansiedad y depresión, los hombres presentan más frecuentemente sintomatología externalizada como los problemas de conducta (Ybrandt, 2008).

La investigación en el campo de la ansiedad social, confirma que las mujeres reportan mayor prevalencia, sin embargo; en muestras clínicas son más prevalentes los





hombres que las mujeres, lo cual se asocia con una mayor presión o impacto de la ansiedad social sobre los varones y mayor frecuencia de búsqueda de tratamiento (Rapee & Spence, 2004), por otra parte; si se analiza la situación de manera cualitativa se observa que la naturaleza de la ansiedad social, afecta de manera semejante a las mujeres y a los hombres, de hecho, diversos investigadores plantean el dilema de evaluar diferencialmente o no a hombres y mujeres (Hall–Lande et al., 2007; Inglés et al., 2008).

En una investigación en la que participaron 18 países Iberoamericanos, incluyendo a México, Caballo et al. (2008) evaluaron las diferencias por edad y sexo en una muestra de 16,940 personas entre 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) crítica 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 confirman el predominio femenino en diferente proporción del número de mujeres por cada hombre en diferentes países.

Prevalencia.

En la población comunitaria adolescente española, se ha encontrado una prevalencia de 8.2%, evaluando con autoinformes (Bados, 2009; García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008).

Con relación a la diversidad de resultados obtenidos en estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial, es posible a pesar de ella, tener una estimación de la prevalencia del trastorno de ansiedad social y sus correlatos con otros trastornos





mentales, particularmente con la depresión en la población general (Stein & Stein, 2008; Beesdo et al., 2007). Estos autores refieren que la prevalencia en adolescentes a nivel mundial es de 7%, dato que es semejante al reportado en la población general adulta. Wittchen y Fehn (2003) manifiestan que utilizando los criterios del DSM III-R, se obtiene una prevalencia de 7 a 16% en muestras comunitarias en adolescentes y adultos jóvenes entre 14 y 24 años, seguidos a lo largo de 42 meses, se identifica una prevalencia a lo largo de la vida de 7.3%. Rapee y Spence (2004) estiman la prevalencia entre 7 y 13% en sociedades occidentales a lo largo del ciclo vital.

En México, Medina-Mora et al. (2003) reportan los datos de una encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en adultos, realizada en el año 2001 por el Instituto Nacional de Psiquiatría. La encuesta se realizó con población adulta (18-65 años) y arroja una prevalencia de fobia social (alguna vez) de 3.8% en hombres y 5.4% en mujeres, con un total de 4.7% (alguna vez) y 2.3% en los últimos 12 meses.

Posteriormente, de acuerdo con la primera Encuesta de Salud Mental de Adolescentes de la Ciudad de México (Benjet et al., 2009) en los adolescentes el trastorno de ansiedad social ocupa el segundo lugar entre los trastornos mentales de mayor frecuencia después de las fobias específicas, con una prevalencia de los últimos doce meses de 10% para el sexo masculino y 12.4% para las mujeres, por otra parte; la prevalencia más baja para búsqueda de tratamiento es justamente la categoría de los trastornos de ansiedad.

Por otra parte, se enfatiza la importancia de mejorar la atención a los problemas de salud mental de la población adolescente de la Ciudad de México.





Otra relación importante ocurre entre el nivel educativo y la presencia de ansiedad social, ésta última es más frecuente entre los niveles educativos bajos (Zubeidat et al., 2008).

Kashdan y Herbert (2001) refieren que el trastorno de ansiedad social es el más común trastorno de ansiedad y el tercer trastorno psiquiátrico en orden de prevalencia en los Estados Unidos y afirman que afecta a un 13% de dicha población en algún momento de la vida.

¿Timidez, fobia social o ansiedad social?

Frecuentemente se presenta confusión o equiparación entre los conceptos de timidez, fobia social o ansiedad social que son términos cercanos pero diferentes. En ocasiones la utilización de los conceptos de timidez, fobia social o ansiedad social se realiza de forma inapropiada pues si bien la fobia social y el trastorno de ansiedad social describen un mismo trastorno, la timidez constituye un rasgo temperamental y no necesariamente se asocia con evitación, lo cual es característico del TAS.

Heiser, Turner, Beidel y Roberson-Nay (2009) refieren algunas hipótesis planteadas a lo largo del tiempo respecto de la comparación entre ansiedad social y timidez, la primera propone que ambas condiciones constituyen un continuo o espectro en el que la ansiedad social se conceptualiza como “timidez extrema”.

La segunda hipótesis propone que timidez y ansiedad social son condiciones que se traslapan, es decir: pueden ser cualitativamente diferentes en algunos aspectos más que sólo diferir en grado. Heiser et al. (2009) reportan un estudio en el que compararon en varias dimensiones (sintomatología, habilidades sociales y psicofisiología durante





conversaciones simuladas y ejecución de tareas) personas altamente tímidas con y sin ansiedad social, encontrando que el grupo con ansiedad social, presentó un mayor número de miedos sociales, evitación de situaciones sociales, pensamientos negativos y mayor sintomatología somática que los tímidos sin ansiedad social. El grupo de los individuos tímidos sin ansiedad social, presenta menos discapacidades en el funcionamiento cotidiano y mejor calidad de vida que los socialmente ansiosos. El estudio descrito concluye que a pesar de que la ansiedad social y la timidez están relacionadas, la mayoría de las personas tímidas no cumplen los criterios para ansiedad social. Encuentran apoyo parcial para la hipótesis de que las dos condiciones timidez y ansiedad social se traslapan pero son dos condiciones distintas, en términos de los miedos sociales, los tímidos reportan múltiples temores no circunscritos a los sociales y constituyen una población heterogénea mientras los ansiosos sociales muestran mayor número de miedos sociales.

Cano-Vindel, Pellejero, Ferrer, Iruarrizaga y Zuazo (2000) concluyen que la timidez es una forma de ansiedad social normal, diferente de la fobia social que es una forma patológica por lo tanto resalta la importancia de distinguir entre ansiedad normal, timidez y fobia social o ansiedad social. Cervera, Roca y Bobes (1998) consideran que la timidez es un factor de riesgo para el desarrollo de la ansiedad social, pero no una versión moderada de la misma.

Por otra parte, la palabra timidez en el nivel coloquial es ampliamente usada para designar el malestar experimentado en presencia de personas desconocidas, etimológicamente timidez procede del latín *timidus* que significa temeroso. La Real





Academia de la Lengua Española (1992) la define como “temeroso, medroso, encogido y corto de ánimo”.

Finalmente, otra diferencia significativa entre la timidez y la ansiedad social, es que la timidez puede mejorar con el paso de la niñez a la adolescencia y de ésta a la edad adulta, en tanto que la ansiedad social por lo general tiene un curso opuesto, pues incrementa su severidad con el paso del tiempo y se consolida (Echeburúa, 1993).

En referencia a los términos fobia social y ansiedad social, aunque en el DSM-IV y en la CIE-10, sigue apareciendo oficialmente como fobia social, el grupo Internacional de Consenso sobre Ansiedad y Depresión de la APA, plantea que sería más conveniente la denominación de *trastorno de ansiedad social*, en función de que el principal problema de los sujetos con fobia social, es la interferencia de la ansiedad con la vida cotidiana de quienes la presentan (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers, & Stein, 2000).

La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación pues el principal indicador del trastorno de ansiedad social, es el miedo a la evaluación negativa. El desarrollo del trastorno por ansiedad social, puede ser lento e insidioso o abrupto después de una experiencia estresante o humillante, habitualmente sigue un curso crónico.

Otras argumentaciones en favor de la designación de la fobia social como ansiedad social, señalan que el nombre de fobia social, tendría que considerarse como una subcategoría de las fobias específicas, con lo cual se dificultaría el diagnóstico diferencial y se corre el riesgo de trivialización de un problema crónico y severo, en tal





virtud se sugiere que el término *trastorno de ansiedad social* es el más apropiado para su denominación (Antona y García-López, 2008; Alden, & Taylor, 2004; Bobes et al., 2003; Botella et al., 2003; Liebowitz et al., 2000).

Finalmente, André (2005) apoya la denominación de ansiedad social al subrayar la imprecisión del concepto de las fobias en general, muestra como ejemplo que al referirse a la homofobia o xenofobia, lo que se está describiendo no constituyen expresiones de miedo sino de aversión y rechazo, por lo tanto, el término fobia es inapropiado para dichas condiciones. En el presente trabajo, se asume la postura de usar la denominación *trastorno de ansiedad social* (TAS), sin embargo, se aplica la denominación fobia social cuando los autores citados así la describen en sus publicaciones.

Ansiedad social, diagnóstico diferencial y calidad de vida

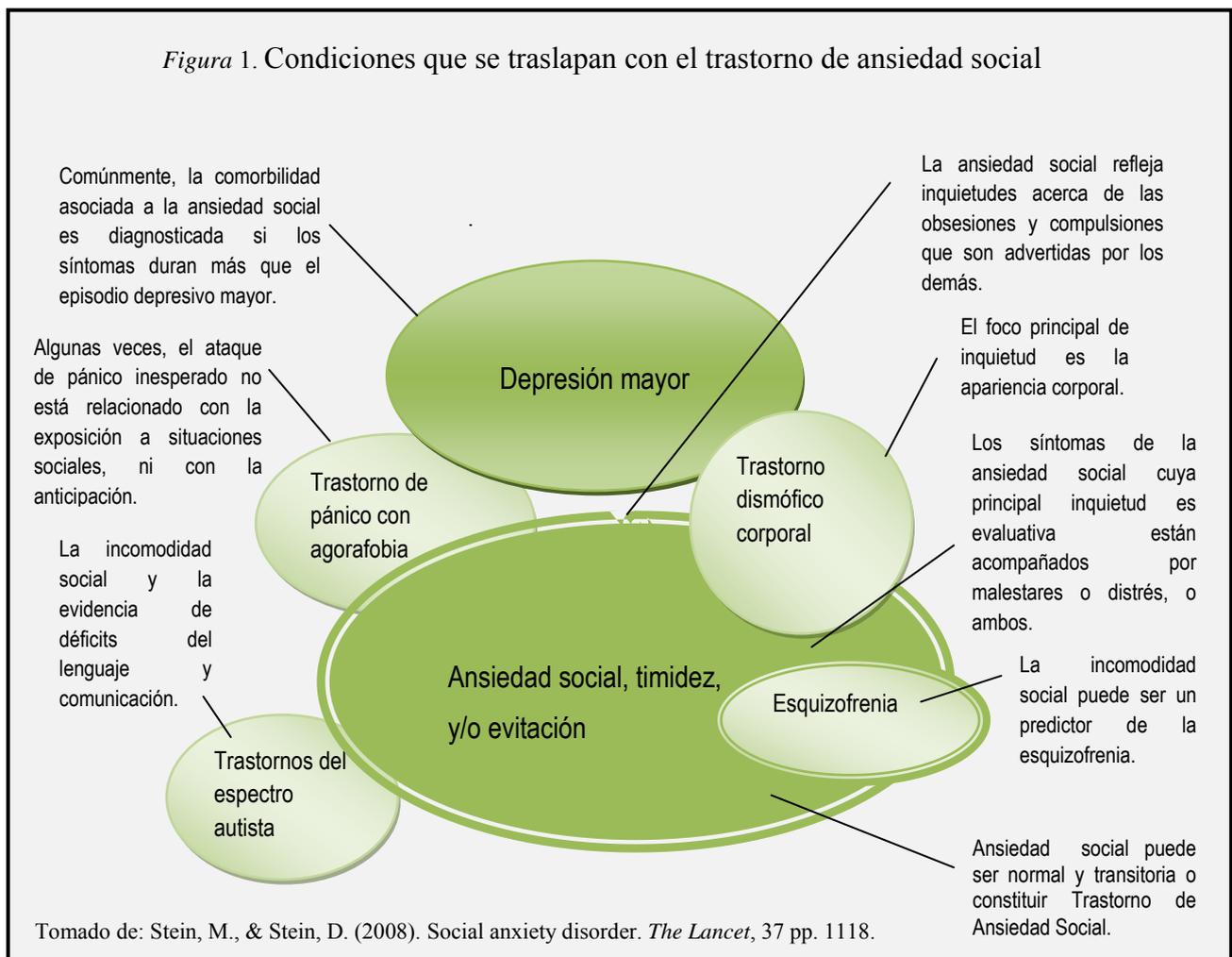
Diagnóstico diferencial.

Una de las dificultades fundamentales para el avance de la investigación en el trastorno de ansiedad social, los constituye la definición de términos, con frecuencia se pueden confundir conceptos que se traslapan. Al respecto, Stein y Stein (2008) refieren que la ansiedad por la interacción o la ejecución social, puede ser un elemento común a otras patologías, por lo cual se requiere hacer un diagnóstico diferencial atento y cuidadoso; por ejemplo, el miedo y la incomodidad sociales también pueden estar presentes en patologías como las alteraciones de la conducta alimentaria, en éstas, la ansiedad social está presente, pero la preocupación está más relacionada con ser observado durante las conductas purgativas y el vómito.



De manera semejante, el trastorno obsesivo compulsivo puede tener elementos de ansiedad social adicionales, independientemente del foco de sus obsesiones y compulsiones. A su vez, en el grupo de trastornos del espectro autista, la ansiedad social también está presente y también habría que distinguir cuando la ansiedad social es un elemento predictor del trastorno esquizofrénico.

El TAS puede ser confundido con formas leves de trastornos generalizados del desarrollo como el autismo de alto funcionamiento y el trastorno de Asperger (Bados, 2009). Finalmente, también es importante diferenciar el trastorno de ansiedad social, de la ansiedad social que acompaña a otras condiciones como el trastorno dismórfico corporal, en este caso asociada a la apariencia corporal, todos estos elementos han de ser considerados ante el diagnóstico diferencial como se muestra en la figura 1





Calidad de vida.

Existe un creciente grupo de investigadores interesados en el tema de la ansiedad social, debido a la convicción de que su impacto en la calidad de vida, es digno de ser reconocido aunque dicho impacto no está totalmente comprendido. Diversos autores (Tenorio, 2009; Kessler, 2003) han encontrado que la fobia social, aún en su forma pura, tiene un impacto negativo sobre el funcionamiento y la calidad de vida, ya que se asocia en adultos con dependencia financiera, baja escolaridad, bajo ingreso económico y desempleo.

En una investigación realizada en Nueva York (Eng et al., 2005) se evaluó la satisfacción vital de 138 personas que solicitaron atención para sus problemas de ansiedad social tanto de ejecución como de interacción, en el Centro para Trastornos de Ansiedad y Estrés de la Universidad de Albany o en la Clínica para adultos con trastornos de ansiedad de la Universidad de Temple en Filadelfia, todos ellos fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios del DSM – IV y obtuvieron como diagnóstico principal en el Eje I el de trastorno de ansiedad social. Los resultados indicaron que los dominios de satisfacción vital, estaban inversamente correlacionados con la severidad de la ansiedad social y de los síntomas depresivos. El estudio concluye que los sujetos con ansiedad social, presentan una insatisfacción particularmente en las áreas de logro y funcionamiento social.

Stein y Kean (2000) compararon los resultados obtenidos de personas con y sin trastorno de ansiedad social, en el suplemento de Salud Mental de la Encuesta de Salud de Ontario que se realizó con más de 8000 residentes de la Ciudad de Ontario, Canadá. En ella se incluyeron varios indicadores de discapacidad y calidad de vida de cuya





comparación se desprende que los sujetos con ansiedad social tienen rangos significativamente menores de satisfacción con la calidad de vida, obtuvieron calificaciones de “bajo funcionamiento” en la escala de calidad y bienestar que se les aplicó, e indicaron insatisfacción en varios aspectos de la vida.

Como última parte de este primer capítulo que contiene las generalidades acerca de la ansiedad social, se presenta la revisión de la ansiedad social y su comorbilidad.

Ansiedad social y comorbilidad

El concepto de comorbilidad hace referencia a la coocurrencia de al menos dos diferentes trastornos en el mismo individuo (Brown & Barlow, 1992), estos autores proponen que la comorbilidad puede ser analizada en forma transversal o longitudinal.

La investigación acerca de la comorbilidad en el campo del TAS, ha sido limitada y desarrollada básicamente en población adulta (Chavira, Stein, Bayley, & Stein, 2003). En dicha población se reportan asociaciones principalmente con otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo entre ellos depresión mayor (por ello la Organización Mundial de la Salud sugiere a través del CIE-10 realizar diagnóstico diferencial con la agorafobia y la depresión), abuso de sustancias tóxicas y déficit en habilidades sociales (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas, 2007).

Wancata et al. (2009) señalan que la asociación (Razón de Momios=RM) entre el trastorno de ansiedad social y otro trastorno mental durante doce meses en la población general en países europeos, es como sigue: agorafobia (RM =21.6), trastorno de ansiedad generalizada (RM =13.5), trastorno de pánico (RM =11.6), depresión mayor





(RM =10.2), fobia específica (RM =9.7), distimia (RM = 5.4), abuso del alcohol (RM = 2.7) y dependencia del alcohol (RM =2.7).

Otra área de comorbilidad menos explorada está constituida por los trastornos de la conducta alimentaria, al respecto Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004) compararon un grupo de 97 individuos con anorexia nerviosa, 282 con bulimia nerviosa y 293 con anorexia y bulimia, con una muestra no clínica en torno a la prevalencia de cada uno de los trastornos de ansiedad, los resultados evidenciaron semejanzas entre los tres subgrupos de trastornos alimentarios, dos terceras partes de los individuos con trastornos alimentarios presentaron uno o más trastornos de ansiedad en algún momento de la vida, el más común fue el trastorno obsesivo compulsivo (41%) y en segundo lugar se identificó la fobia social (20%), siendo estos datos más elevados que en la muestra comunitaria.

Zubeidat, Sierra y Fernández (2006) analizan las diferencias en comorbilidad en los subtipos del trastorno de ansiedad social. Afirman que el subtipo generalizado es el de mayor comorbilidad comparado con el subtipo específico que se asocia con el inicio en el consumo de alcohol. El subtipo generalizado se asocia frecuentemente con otros trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, alcoholismo y trastornos de la personalidad por evitación. Las diferencias de comorbilidad entre los subtipos son inconsistentes, lo cual fundamenta la necesidad de mayor investigación en este rubro.

En un estudio meta-analítico acerca de los tratamientos europeos de la ansiedad social, Sánchez-Meca, Rosa y Olivares (2004) reportan que ésta tiene una importante comorbilidad con otros trastornos de los Ejes I y II del DSM IV, lo cual incide





negativamente en la sintomatología y en el tratamiento pues incrementa el deterioro en la calidad de vida. En dicho trabajo, se afirma que las personas que presentan ansiedad social, muestran mayor grado de *neuroticismo*, *introversión* e historia de *timidez* en la infancia.

Respecto de la comorbilidad del TAS en adolescentes, los estudios son mínimos, entre ellos Ballesteros y Conde (1996) reportan asociación principalmente con otros trastornos de ansiedad como fobias simples, trastorno obsesivo compulsivo, déficit de atención con hiperactividad y abuso o dependencia de alcohol, resultando importante la posibilidad de deterioro académico o fobia escolar.

En la sección siguiente se incluye una breve revisión de condiciones ejemplo de aquellas con las cuales la ansiedad social presenta comorbilidad.

Depresión, distimia y otros trastornos de ansiedad.

Beesdo et al. (2007) reportan en un estudio longitudinal realizado en Múnich con adolescentes y adultos jóvenes entre 14 y 24 años de edad, en el que se evaluó el riesgo de depresión o distimia en pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad social, que de 319 participantes, 152 presentaban un diagnóstico de depresión mayor o distimia, durante el periodo del estudio. De estos 152 participantes con comorbilidad entre ansiedad social y depresión mayor o distimia, el 59.3% (N= 89), reportó como primer diagnóstico el trastorno de ansiedad social; 11.7% (N= 18) presentaron una edad de inicio de ambos trastornos en el mismo año, y 28.4 % (N= 43) manifestó un inicio previo del trastorno depresivo al de ansiedad social, de lo cual se concluye que la ansiedad social está consistentemente asociada con depresión subsecuente, independientemente de la edad de inicio. Los autores subrayan la importancia de estos





hallazgos para ubicar como blanco preventivo, la reducción de la carga del trastorno de ansiedad social y sus consecuencias.

Bittner et al. (2004) señalan que en general, los trastornos de ansiedad son factores de riesgo para el inicio de un trastorno depresivo mayor, establecen que la severidad del trastorno de ansiedad es el más importante predictor del trastorno depresivo mayor. Por otra parte, señalan que entre los trastornos de ansiedad el más fuertemente asociado con el trastorno depresivo mayor es el trastorno de ansiedad generalizada (OR=3.4), mientras que la fobia social ocupa el segundo lugar (OR= 2.9), seguido por las fobias específicas (OR= 1.9), otra variable predictora del primer episodio de depresión mayor fue el género femenino (OR= 2.7).

Sensibilidad a la ansiedad.

El concepto de *sensibilidad a la ansiedad* es un constructo relativamente novedoso dentro del campo de los trastornos de ansiedad, se define como *la tendencia a interpretar los síntomas de ansiedad como peligrosos, asociado con la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones tendrán consecuencias negativas, peligrosas o dañinas* (Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004; Kushner, Thuras, Abrams, Brekke, & Stritar, 2001). El constructo sensibilidad a la ansiedad fue propuesto por Reiss en 1991, como un factor de predisposición para el desarrollo de trastornos de ansiedad, el principal marcador psicológico para el trastorno de pánico. Se le categoriza como un factor de diferencias individuales que es relativamente estable y está relacionado con la patología ansiosa. Algunos autores (Taylor et al., 2007) señalan que la ansiedad social tiene un papel preponderante en diversas condiciones clínicas, principalmente en los trastornos de ansiedad. Se le categoriza como un factor de diferencias individuales que





es relativamente estable y está relacionado con la ansiedad (Schmidt, Buckner, & Keought, 2007).

En el caso del trastorno de ansiedad social, Anderson y Hope (2009) afirman que los individuos socialmente ansiosos experimentan una elevada activación fisiológica que interpretan como un indicador de peligro cuando enfrentan situaciones sociales. Los ansiosos sociales reportan además, que la interpretación de la activación fisiológica conduce a un incremento de los síntomas físicos de ansiedad como el aceleramiento de la frecuencia cardíaca o el enrojecimiento facial. *Los adolescentes socialmente ansiosos muestran niveles más altos de sensibilidad a la ansiedad comparados con los adolescentes no ansiosos*, sin embargo es necesaria mayor investigación para clarificar la relación entre sensibilidad a la ansiedad y ansiedad social en jóvenes.

Por otra parte hay una progresiva línea de investigación que vincula la sensibilidad a la ansiedad con la tendencia al consumo de alcohol en general y la tendencia a usar alcohol y otras drogas como estrategia de afrontamiento de afectos negativos en particular (Stewart, Karp, Pihl, & Peterson, 1997). Se propone que la sensibilidad a la ansiedad promueve síntomas ansiosos los cuales a su vez promueven el uso de alcohol, para reducir la tensión, es decir, automedican la ansiedad a través del uso de alcohol (Kushner et al., 2001).

Los altos niveles de sensibilidad a la ansiedad en individuos con trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de alcohol se han reportado principalmente en mujeres, aunque al respecto existe una controversia que pone en duda si la ansiedad es causa o consecuencia del consumo riesgoso en mujeres (Reyno, Stewart, Brown, Horvarth, & Wiens, 2006).





Para continuar con la revisión teórica de la ansiedad social, considerando que es necesario comprender el proceso de su gestación, los factores involucrados en su desarrollo y mantenimiento; en el siguiente capítulo se abordan las principales formulaciones conceptuales biológicas, etológicas y psicológicas del trastorno de ansiedad social.



CAPÍTULO 2

Modelos Explicativos de la Ansiedad Social

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ANSIEDAD SOCIAL



Los intentos de explicar el proceso de gestación, desarrollo y mantenimiento de la ansiedad social son de muy diversa naturaleza. En este capítulo se incluyen los modelos más difundidos y representativos que involucran la tradición biológica (evolutiva – genética y neurológica), las aportaciones etológicas y los modelos psicológicos de distintas corrientes teóricas: las derivadas de las teorías del aprendizaje, las cognitivas y un punto de vista que incorpora ambos elementos, tanto biológicos como psicológicos que es el modelo de la psicopatología del desarrollo.

Planteamientos biológicos acerca de la ansiedad social

Una de las primeras vertientes que intenta explicar la patogénesis de la ansiedad social es el estudio del posible sustrato neurobiológico. Las hipótesis genéticas, neuroanatómicas y de la biología molecular han encontrado algunas explicaciones que sin ser suficientes ni definitivas, logran avances que esclarecen algunos aspectos específicos.

Desde finales de la década de los 80, se han realizado investigaciones con el interés de identificar el papel que juegan los sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico en el trastorno de ansiedad social. Se han involucrado también los sistemas neuroendocrino e inmunológico, aprovechando los cambios tecnológicos en los estudios de las neurociencias en lo general y de la neuroimagen en particular para la investigación en este campo (Stein & Stein, 2008; Stein, Simmons, Feinstein, & Paulus, 2007; Battaglia et al., 2005).





Diversos estudios destacan el papel de algunos marcadores psiconeurobiológicos con el inicio de la fobia social, por ejemplo: Stein y Stein (2008) afirman que los avances en el conocimiento del genoma humano han permitido progresos en la comprensión de la participación de los genes en la psicopatología, por ejemplo, en un estudio que analiza la vinculación del genoma humano con la fobia social, se establece que el cromosoma 16 parece estar implicado en una región cercana a un gen transportador de norepinefrina, asimismo, refieren que algunos rasgos conductuales como la inhibición o el neuroticismo podrían ser genéticamente transmitidos y contribuyen a espectros psicopatológicos más que a trastornos específicos. Asimismo postulan que varios genes están relacionados con la ansiedad social y que se han encontrado asociaciones entre introversión en sujetos con fobia social y sus familiares, con una variante del gen para los receptores β adrenérgicos.

Battaglia et al. (2005) refieren que entre los pacientes adultos con fobia social comparados con sujetos controles durante una situación simulada de hablar en público, se advierte un decremento en la actividad de la corteza cerebral visual secundaria, parietal, temporal e insular, que ocurre típicamente cuando existe un incremento en la activación de la amígdala.

Smoller, Yamaki y Fagerness (2005) identifican una relación significativa entre el gen de la hormona liberadora de corticotropina y el temperamento conductualmente inhibido. En este estudio, los autores encuentran un polimorfismo en la región que promueve el gen transportador de la serotonina (5-HTT) que ha sido asociado con ansiedad relacionada con amenazas, incluyendo introversión y un incremento de la activación de la ínsula y la amígdala ante expresiones faciales emocionales. Estos datos



permiten establecer la posible detección de genes asociados con la susceptibilidad para la ansiedad relacionada con amenazas, ello aún requiere protocolos de investigación de larga duración.

Straube, Kolassa, Glauer, Mentzel y Miltner (2004) y Schneider et al. (1999) afirman que existen diferencias en la amígdala e hipocampo sólo en la fase de adquisición del modelo de condicionamiento clásico. Goodson, Evans, Lindberg y Allen (2005) sugieren con base en estudios neuroevolutivos del patrón de sociabilidad en mamíferos, que la extendida amígdala medial promueve el contacto social en numerosos contextos de comportamiento, señalan que la amígdala medial también pueden inhibir el comportamiento social. Hollander et al. (1998) describen diferencias estadísticamente significativas del efecto de la m- clorofenilpiperacina en ansiosos sociales frente a grupo control.

En la tabla 3 se incluyen algunos de los principales hallazgos de los estudios neurocientíficos respecto de la ansiedad social.

Tabla 3

Hallazgos reportados por estudios neurocientíficos en ansiosos sociales (adaptada de Stein & Stein, 2008)

Estudios	Hallazgos
Espectografía por resonancia magnética	Incremento en el glutamato en la corteza anterior del cíngulo, versus controles saludables.
Tomografía por emisión de positrones	Incremento del flujo sanguíneo de la amígdala, durante tareas de hablar en público, en comparación con controles saludables y reducción del flujo sanguíneo con tratamiento cognitivo conductual o farmacológico
Tomografía por emisión de positrones con ligandos específicos para receptores de densidad	Reducción en la recaptura de dopamina estriatal, disminución del nivel de dopamina del receptor D2 y reducción del nivel mínimo de serotonina en la amígdala cingulada anterior y la ínsula.
Neuroimagen funcional	Incremento en la activación de la amígdala en pacientes con ansiedad social durante el procesamiento de expresiones faciales emocionales, incremento en la activación del cíngulo anterior en pacientes con ansiedad social durante el procesamiento de expresiones faciales de enojo.



Como es evidente, la propuesta biológica para la explicación del trastorno de ansiedad social, se encuentra en una fase inicial, por lo que hasta este momento se considera insuficiente, puede en el futuro dar mayor luz a la comprensión del fenómeno sin embargo es necesario unir la información biológica a las aportaciones etológicas y las explicaciones psicosociales para lograr una mirada integral del problema.

Aportaciones etológicas

Öhman, Dimberg y Öst (1985) partiendo del trabajo de Mayr (1974) en el que realiza la clasificación de los sistemas conductuales de la biología evolutiva, proponen una base conceptual para entender los miedos humanos y las fobias.

El modelo de Mayr (1974) cataloga la conducta humana en: a) *no* comunicativa, b) comunicativa interespecífica (como la del predador y su presa) y c) conducta intraespecífica (entre miembros de la misma especie). Öhman et al. (1985) establecen que los miedos ocurren en cada uno de estos tres sistemas, corresponden a tres de las principales categorías de las fobias identificadas por Marks (1969), a objetos inanimados, objetos y aspectos de la naturaleza, fobia a los animales y fobias sociales.

Öhman et al. (1985) hacen notar que los miedos animales corresponden a miedos interespecíficos de predadores potenciales, evolucionaron para ayudar a los organismos a desarrollar respuestas eficientes para ayudar a interactuar con la amenaza de los predadores, por ello, los miedos animales deberían involucrar una rápida e intensa activación de la respuesta de ataque o huida promovida por el sistema nervioso





simpático, con lo cual, el animal está preparado para atacar o escapar del posible predador.

Öhman et al. (1985) hacen notar que los miedos animales y las fobias deberían originarse en etapas tempranas del desarrollo porque las especies jóvenes son las más vulnerables para los predadores. Estos datos son consistentes con lo que se conoce actualmente acerca del promedio de edad de inicio de las fobias animales. Öhman y Mineka (2001) argumentan que los miedos sociales (correspondientes a miedos intraespecíficos) que evolucionaron como producto de la jerarquía dominante, son una forma común en la cual es coordinada la vida social de los animales como los primates. Los combates entre miembros de un grupo social, ayudan a establecer las jerarquías de dominación, por ejemplo: cuando un animal es vencido por el miedo, adopta un comportamiento cuya apariencia es típica de la sumisión, y esto a menudo implica un escape total de la situación que lo pone fuera del alcance del atacante.

La investigación evolutiva es consistente con la edad típica de inicio de las fobias sociales (adolescencia) ya que coincide con el tiempo en el que los conflictos dominación - sumisión son prominentes.

En términos generales, de acuerdo con Rapee y Spence (2004) la etiología de la ansiedad social desde una perspectiva evolutiva, presupone una varianza genética que permite las variaciones adicionales en la expresión de la sumisión social, dado el rol potencial de las conductas socialmente sumisas en la selección y adaptación cuyas variaciones individuales podrían ser vistas como resultado de una prolongada de la variación natural en la expresión genotípica.





Por su parte Roberts, Hart, Coroiu y Heimberg (2011) hacen referencia a la teoría de la auto-discrepancia que plantea que el autoconcepto de los individuos está formado por aspectos que compiten en defensa de sus recursos sociales como el logro de aprobación social que a su vez predicen una posición dominante en las situaciones sociales y éxito en las relaciones sociales.

En la siguiente sección se abordan con base en la clasificación teórica de la que se derivan, las explicaciones psicológicas de la ansiedad social, destacando los modelos cognitivo conductuales que en este momento histórico predominan en la literatura especializada en el tema y los que mayoritariamente se han utilizado como fundamento conceptual de diversos estudios empíricos.

Modelos psicológicos de la ansiedad social

A partir de la identificación del trastorno de ansiedad social (también fobia social), como distinto de las fobias específicas (1969), se han propuesto múltiples teorías psicológicas que examinan su etiología, curso, mantenimiento y tratamiento, entre ellas se encuentran las derivadas de las teorías del aprendizaje y las teorías cognitivo conductuales. En este capítulo se describen las generalidades de cada una de ellas.

Con base en la tradición conductual, se considera que existen tres vías para el desarrollo del miedo y las fobias (Mulken, Bögels, & Jong, 1999) estas vías son:

Condicionamiento (vía directa), *aprendizaje vicario* (adquisición indirecta) y *transmisión de información* (indirecta), enseguida se presentan las premisas más importantes del condicionamiento y del aprendizaje vicario.





Modelos derivados del condicionamiento clásico.

Con base en el paradigma del condicionamiento clásico, se establece que la ansiedad o fobia social, puede originarse en la misma forma en la que se desarrollan cualesquiera de las fobias específicas, con la única diferencia de que el estímulo condicionado en el caso de la ansiedad social, adquiere la capacidad de elicitar una respuesta de miedo a las situaciones sociales como hablar o comer en público, en comparación con los estímulos discretos como perros, serpientes o aviones que propician reacciones de miedo específicamente ante ellos (Mineka & Zinbarg, 1995).

La evidencia de este supuesto es apoyada por los trabajos de Öst y Hugdahl (1981); Turner et al. (1992); Hofmann, Ehlers y Roth (1995), sustentan la idea de que el trastorno de ansiedad social puede presentarse como consecuencia de un acontecimiento estresante directo que es origen del condicionamiento. Sin embargo, los escasos trabajos realizados bajo el paradigma del condicionamiento clásico para explicar la ansiedad social, parten del supuesto de que ésta se puede adquirir como consecuencia de un acontecimiento estresante directo. Los críticos de esta postura argumentan que el hecho de que exista un antecedente específico recordado por los sujetos con ansiedad social, no es señal irrefutable de que este sea la causa (García-López, 2000), otros estudios (Mineka & Zinbarg, 1995) consideran que el origen de la ansiedad social posiblemente se relacione más con múltiples estímulos estresantes pequeños cuyo efecto sumativo puede producir en un tiempo breve, una respuesta de ansiedad a la situación social, que a un solo estímulo. Un ejemplo del enfoque de condicionamiento lo constituye el modelo de Hofmann y Barlow (2002).





Modelo de Hofmann y Barlow.

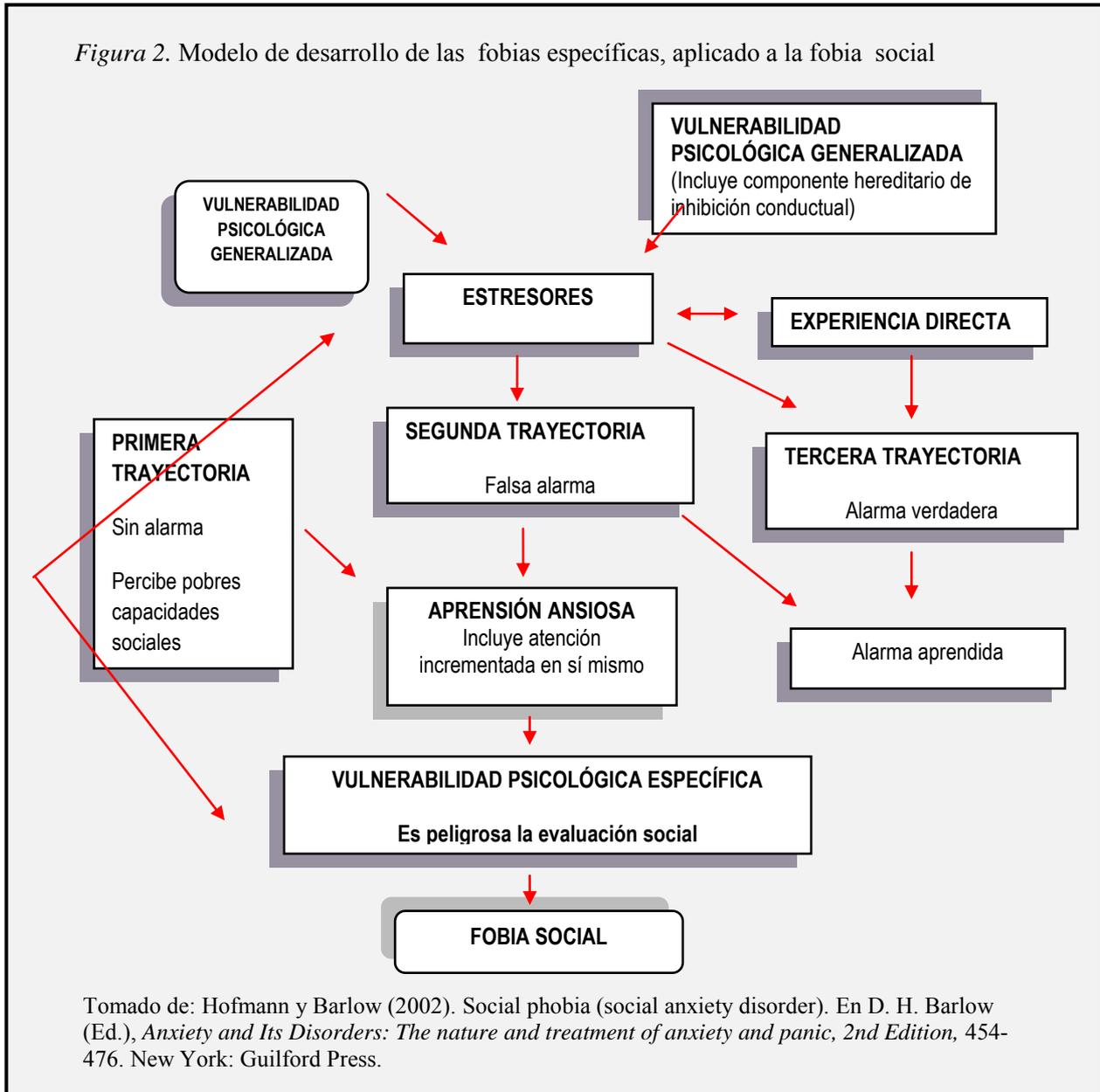
El modelo de Hofmann y Barlow (2002) es una versión reformulada del modelo general de la aprehensión ansiosa de Barlow (1988). Este modelo plantea que para desarrollar fobia social es necesario que exista una vulnerabilidad biológica y psicológica a la aprehensión ansiosa. La disposición genética se relaciona con ciertas variables temperamentales como timidez, inhibición, conductual, etc. El modelo parte de la hipótesis de que la vida cotidiana implica interacciones sociales que pueden desencadenar ansiedad, particularmente si existe una alarma que está asociada con estas situaciones sociales. Los factores constituyen la base sobre las cuales se desarrollan alarmas falsas y verdaderas. La experiencia repetida de alarmas falsas es lo que podría explicar la percepción de falta de control de los ansiosos sociales.

La versión reformulada de Hofmann y Barlow (2002) como se muestra en la figura 2, explica que las fobias sociales circunscritas se generan a través de alarmas verdaderas mientras que en la forma generalizada pueden presentarse alarmas falsas. Destacan la influencia de la aprehensión ansiosa sobre los recursos atencionales, restando efectividad a la ejecución de tareas.





Figura 2. Modelo de desarrollo de las fobias específicas, aplicado a la fobia social



Modelos derivados de la teoría del aprendizaje vicario.

Esta teoría parte de la premisa de que observar a otras personas experimentar ansiedad en situaciones sociales, puede llevar a que quien las ha observado, tema dichas





situaciones. Al respecto algunos autores (Hofmann et. al., 1995; Mulkens et al., 1999) encuentran que en comparación con los participantes del grupo control, una mayor proporción de fóbicos sociales refieren alguna experiencia específica de aprendizaje observacional (Mulkens & Bögels, 1999). La evidencia en humanos acerca de la teoría del aprendizaje social de la Ansiedad Social, es únicamente anecdótica (Mineka y Zinbarg, 1995).

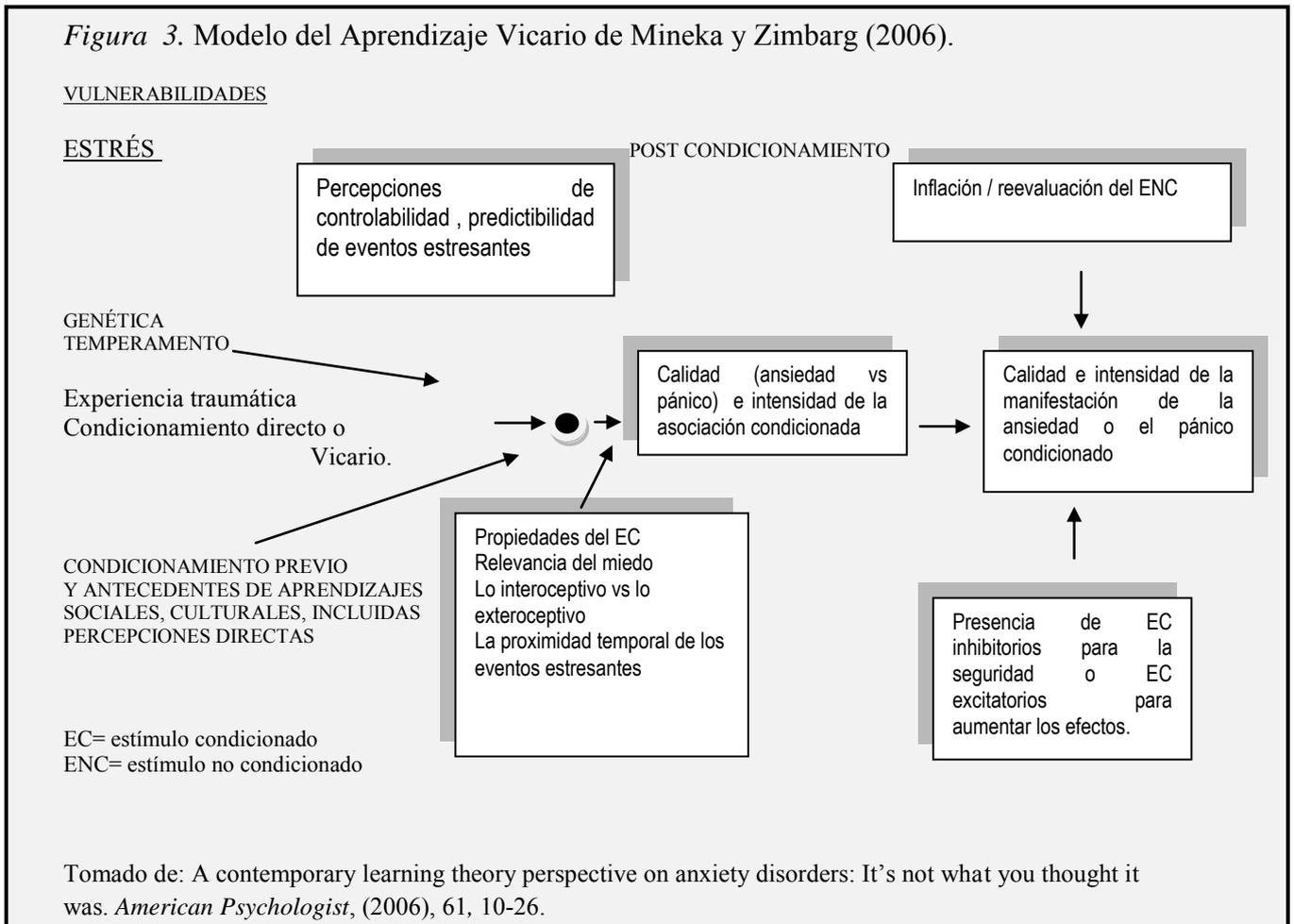
Modelo de Mineka y Zinbarg.

Mineka y Zinbarg (2006) describen cómo las teorías contemporáneas del aprendizaje, particularmente la teoría del aprendizaje social, proveen nuevas bases acerca de la etiología y mantenimiento de los trastornos de ansiedad en general, toman en consideración las complejidades asociadas con las diferencias individuales en el desarrollo y curso de estos trastornos. Distinguen su propuesta de las versiones simplistas de las aproximaciones conductuales que han sido en su opinión justificadamente criticadas.

Los individuos que presentan ansiedad social muestran miedos excesivos a situaciones en las que podrían ser evaluados o juzgados por otros, o bien las evitan o las soportan con un intenso distrés. Como se aprecia en la figura tres, la ansiedad social puede activarse como resultado de un condicionamiento traumático directo y varios estudios han encontrado evidencias que lo apoyan, sin embargo de acuerdo con las actuales teorías, incluye diátesis temperamental como la inhibición conductual que puede influenciar los resultados de la exposición a experiencias socialmente traumáticas y/o a modelos socialmente ansiosos que constituye una diátesis experimental como



historias de aprendizaje que pueden conducir a la persona a una percepción de incontrolabilidad.



Modelos cognitivo conductuales.

Los modelos cognitivos del trastorno de ansiedad social coinciden en subrayar cómo las personas perciben, evalúan y procesan una situación social (Miers, Blöte, Bokhorst, & Westenberg, 2009).



Se asume que las personas socialmente ansiosas, temen comportarse en forma que dará lugar a que otras personas les consideren débiles o torpes, o que los demás se den cuenta de su ansiedad, lo cual tiene implícita la idea de que sus preocupaciones fundamentales son el miedo a ser evaluado negativamente y el temor a comportarse de tal manera que su conducta le lleve a la temida evaluación negativa. Esto da lugar a un importante constructo cognitivo que es el *miedo a la evaluación negativa* (Shultz & Heimberg, 2008).

Entre los modelos de corte cognitivo conductuales de la ansiedad social más prominentes, se encuentran los siguientes:

Modelo de Clark y Wells.

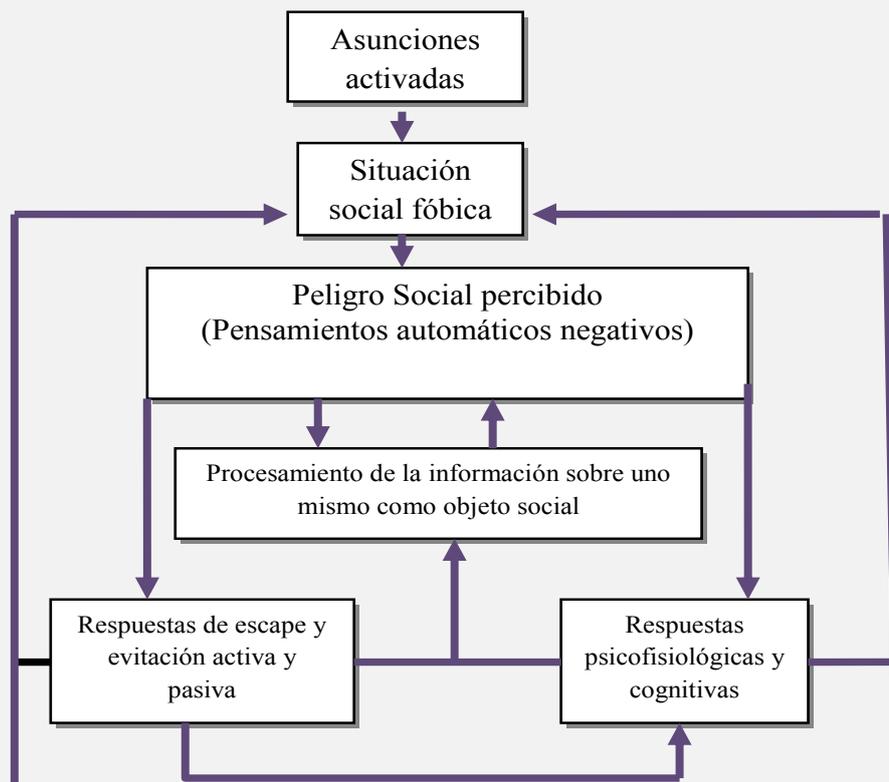
Uno de los primeros modelos cognitivos propuestos para la explicación de la fobia social es el de Clark y Wells (1995). De éste modelo destaca el papel relevante del procesamiento de la información negativa acerca de sí mismo, que constituye el eje que mantiene la fobia social pues al enfrentar el sujeto una situación social, produce un cambio en la dirección de su atención que se focaliza en sí mismo, lo cual ha sido llamado sesgo atencional. Este concepto del sesgo atencional ha sido probado como un factor relevante en el momento que se advierte información negativa proveniente del interlocutor, ésta activa los supuestos disfuncionales del individuo que son producto de sus reglas rígidas y de las creencias negativas que tienen acerca de sí mismos, en síntesis el modelo de Clark y Wells (1995) considera tres tipos de factores cognitivos que interactúan en el problema de la ansiedad social:

1) Las reglas rígidas bajo las cuales se conducen los individuos con ansiedad social en situaciones sociales, 2) los supuestos disfuncionales y 3) las creencias básicas



acerca de sí mismo. En términos generales, este modelo señala que teniendo como antecedente una determinada disposición temperamental, historia familiar y/o circunstancias físicas, sociales o evolutivas conflictivas, la persona desarrolla un conjunto de creencias disfuncionales acerca de su desempeño en situaciones sociales, al encontrarse en dichas situaciones se activan las creencias y su interpretación de las amenazas sociales resultan irracionales de manera que se genera ansiedad y se fortalecen las expectativas de percepción de peligro con el consecuente deterioro de la actuación. La figura 4 muestra los elementos del modelo y su relación.

Figura 4. Modelo de Clark y Wells (1995)



Modelo de procesamiento que hipotetiza lo que ocurre cuando un fóbico social entra en una situación social temida. Tomada de: Clark & Wells (1995). *A cognitive model of social phobia*. En: R. Heimberg, M. Liebowitz & H. Schneier. (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.



Modelo de Rapee y Heimberg.

El modelo de Clark y Wells (1995) reformulado por Rapee y Heimberg (1997) sugiere que la presencia de una audiencia percibida puede constituir una amenaza importante, que las personas con ansiedad social experimentan miedo porque asumen que los demás son naturalmente críticos y que la evaluación negativa es posible. En presencia de dicha amenaza, los individuos socialmente ansiosos incrementan la vigilancia hacia claves que podrían significar una comprobación de las consecuencias temidas; atienden a varias fuentes de posible información acerca de la proximidad de dichas consecuencias.

Una diferencia con respecto al modelo de Clark y Wells (1995) es que éstos, se centran extensivamente en la experiencia interna (imágenes, interocepción y cogniciones negativas) que lleva al sujeto a involucrarse en una serie de conductas compensatorias que son fundamentales para intentar evitar la evaluación negativa, estas conductas de evitación están directamente relacionadas con las claves y cogniciones. Para Rapee y Heimberg (1997), la representación mental del self debería estar influenciada por los síntomas autonómicos de la ansiedad, particularmente por aquellos que podrían ser visibles para otros como el sudor o el enrojecimiento de la piel. También pueden monitorear su conducta y exagerar como esto puede ser visto por cada uno de los miembros de la audiencia.

Rapee y Heimberg (1997) afirman que las personas socialmente ansiosas se concentran en las claves externas de amenaza y en la representación mental del self tanto como en las claves internas que son los síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos.





Modelo Integrado Cognitivo Conductual de la Ansiedad Social.

Consistentemente con los modelos cognitivos en general, este modelo atribuye a los factores cognitivos el rol principal en la etiología y mantenimiento de la ansiedad social, parte del modelo de Rapee y Heimberg (1997) reformulado por Turk et al. (2001). En éste se afirma que las personas socialmente ansiosas, se conducen con ciertas creencias y estrategias disfuncionales del procesamiento de la información en las situaciones sociales.

El modelo de Turk et al. (2001) se centra en el proceso que tiene lugar cuando la persona con ansiedad social se ve involucrada en una situación social que teme, es decir: cuando toma contacto con la audiencia (la audiencia puede variar para cada persona, p.ej. una persona con autoridad, colegas que observan el desempeño o desconocidos que observan ejecuciones públicas, puede ser real o imaginaria). Coincidentemente con Clark y Wells (1995), los sujetos socialmente ansiosos generan una representación mental de cómo son percibidos por la audiencia, la cual puede ser distorsionada con base en las experiencias pasadas de fracasos sociales reales o magnificados.

Los síntomas cognitivos principalmente son los pensamientos automáticos asociados con el miedo a la evaluación negativa, que son focalizados por los individuos y que finalmente pueden interferir con los resultados de las tareas sociales que requieren desarrollar. La conducta de evitación o escape se presenta como una clara manifestación del miedo a los resultados negativos y por tal motivo frecuentemente se reduce la posibilidad de una ejecución exitosa en situaciones sociales, los síntomas físicos corresponden a la activación fisiológica propia de la ansiedad, en el caso de las personas



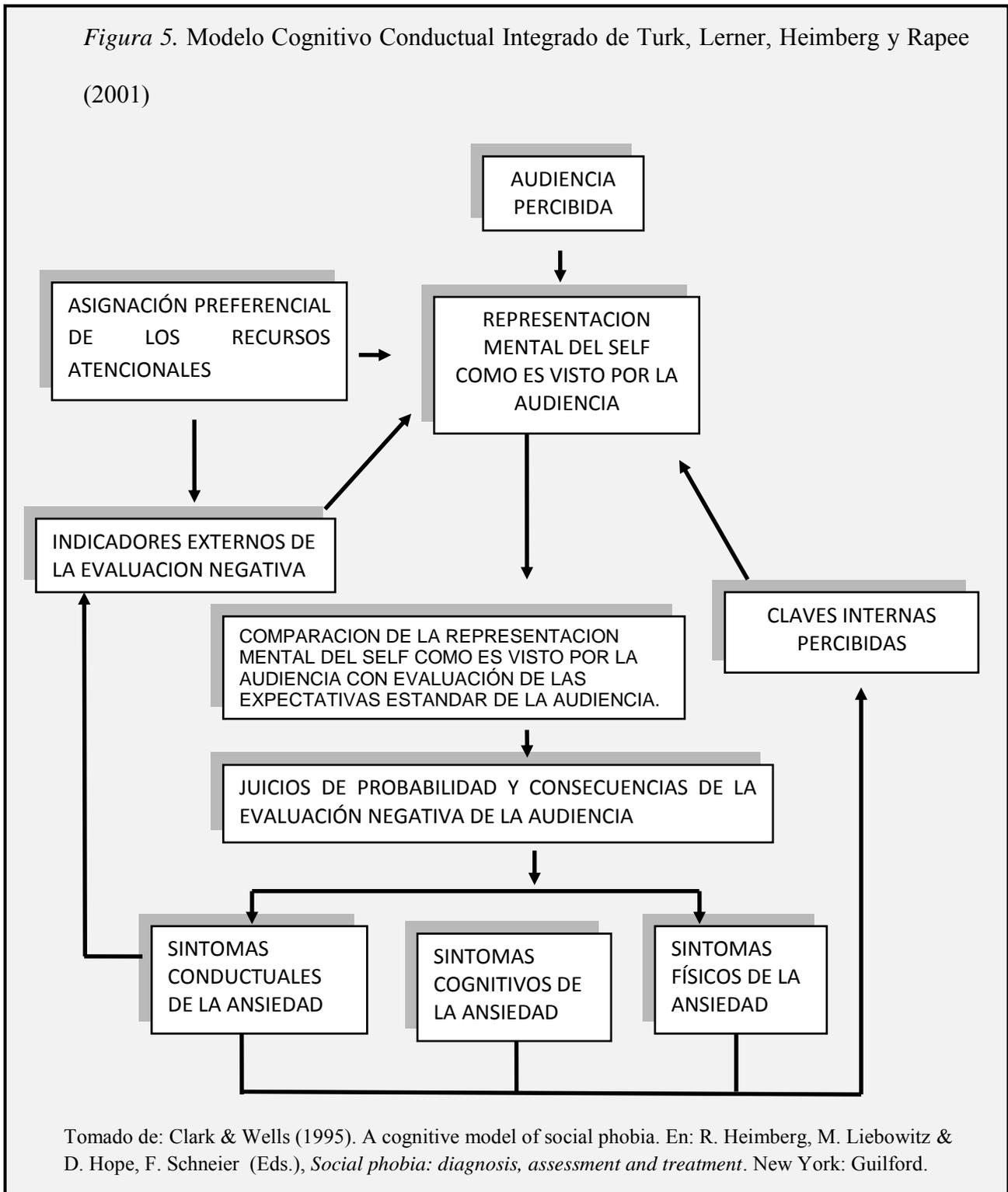


socialmente ansiosas estos síntomas son sobreestimados y se teme su visibilidad, dado que esto sería negativamente evaluado por la audiencia.

El modelo ilustrado en la figura cinco también permite explicar los fenómenos de la anticipación y de la rumiación que se presenta después de las actuaciones sociales. Para muchos ansiosos sociales, basta con anticipar determinadas experiencias de interacción para activar pensamientos disfuncionales, activación fisiológica y conductas de evitación. El recuerdo de “fracasos” sociales del pasado y la predicción de futuras experiencias semejantes, juegan un rol en la génesis y mantenimiento de la ansiedad social.



Figura 5. Modelo Cognitivo Conductual Integrado de Turk, Lerner, Heimberg y Rapee (2001)





Modelo de Bados.

El modelo explicativo que plantea Bados (2002) constituye también una propuesta de orientación cognitivo conductual acerca de cómo se produce el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad social.

En este modelo intervienen por una parte, la anticipación más o menos próxima de una situación social o de interacción, como ser observado o la posibilidad de que alguna de las dos situaciones ocurra, éste estímulo pone en acción una serie de supuestos que se han establecido previamente, en los que se mezclan predisposiciones innatas con experiencias previas. Los individuos con ansiedad social creen que: a) los otros son inherentemente críticos, es decir, los evaluarán negativamente por sus manifestaciones de ansiedad, errores y deficiencias, lo que tendrá como consecuencia negativa el rechazo; b) confieren una importancia fundamental al hecho de causar una impresión favorable y a ser valorados positivamente por los demás; y c) tienen expectativas de resultados negativos en relación con lo que según ellos, esperan los demás en la situación actual o bien, tienen metas propias excesivamente altas, los supuestos cognitivos más frecuentes en los adolescentes socialmente ansiosos incluyen: “Uno debe siempre complacer a los otros”, “Si no hago las cosas perfectamente nadie querrá contar conmigo”, “Si no le gusta a alguien, es que algo malo pasa conmigo”, “Si me quedo en blanco al hablar, la gente pensará que soy un incompetente”, “No debe defraudarse a la otra gente”, “Debo caerle bien a todo el mundo”, “No se puede decir NO o mostrar desacuerdo y seguir siendo aceptado”, “Crítica significa rechazo personal”, “Soy aburrido”, “Todo el mundo tiene más seguridad en sí mismo que yo”, “Si me pongo rojo, los demás pensarán que soy raro” (Bados, 2001). Al activarse estos





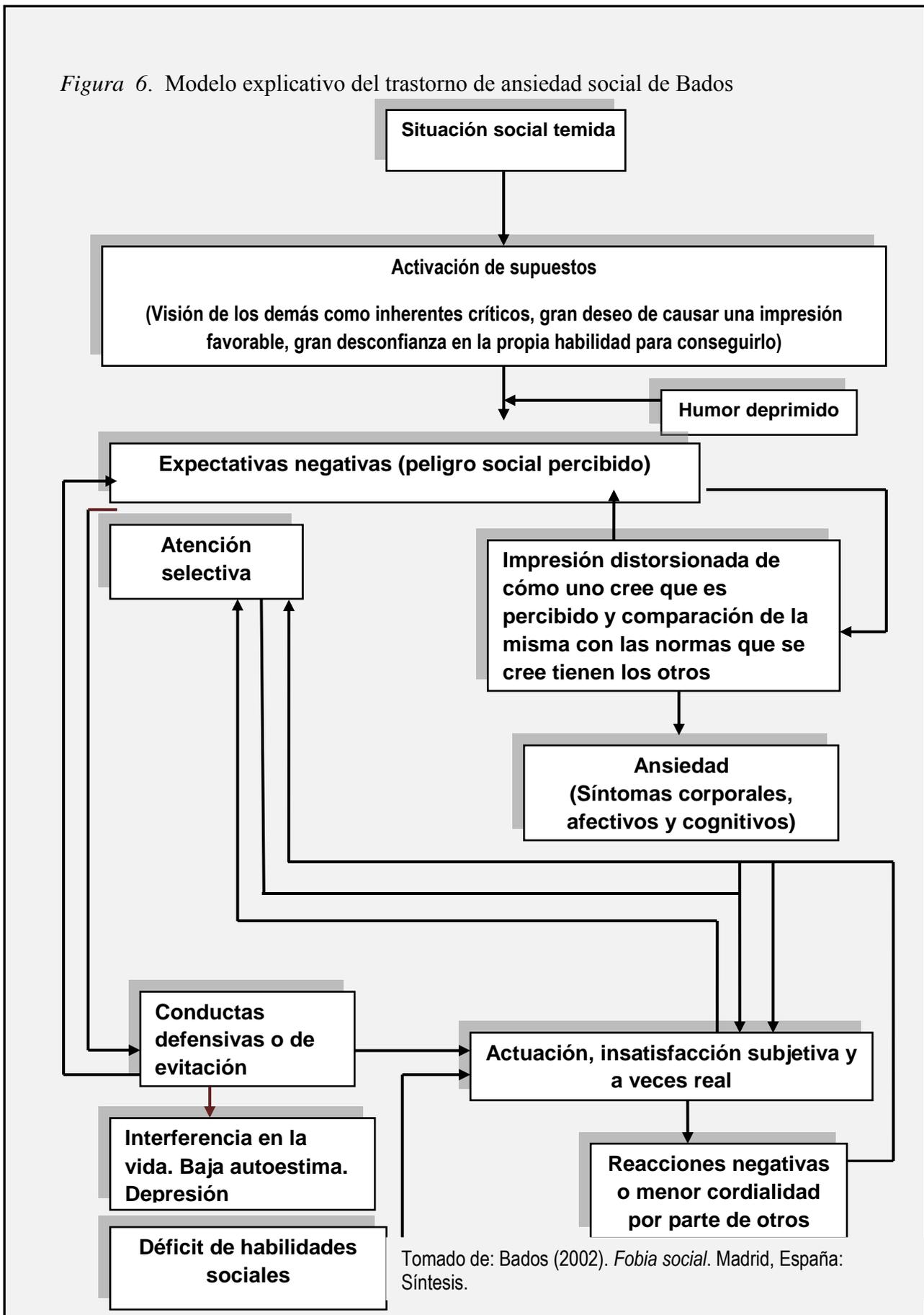
supuestos, tiene lugar la percepción de peligro social que favorece expectativas negativas de que no se sabrá enfrentar el problema y se manifestarán signos de ansiedad, lo cual propiciará ser evaluado negativamente y concomitantemente, situaciones de rechazo o humillación por parte de los demás.

Las expectativas negativas y la ansiedad anticipatoria tienen como principal consecuencia el propiciar estrategias de evitación de las situaciones temidas, ya sea de forma total o bien exponiéndose pero sin involucrarse en ellas como por ejemplo cuando una persona acude a una fiesta pero permanece todo el tiempo en un rincón, hablar siempre con la misma persona conocida, hablar sin ver a los ojos, hacer preguntas pero no dar información sobre sí mismo. Estos comportamientos y en general todas aquellas conductas que van dirigidas a minimizar la ansiedad y a prevenir las supuestas consecuencias negativas como pueden ser beber alcohol, fumar, llevar lentes oscuros, apretar objetos, mantenerse rígido corporalmente entre otras, se denominan conductas de seguridad (Bados, 2009, 2005, 2001).

Como se aprecia en la figura 6, el procesamiento disfuncional de la información se mantiene por tres posibles razones, la primera porque en la mayoría de las situaciones sociales hay pocas señales que proporcionen información no ambigua acerca de cómo se es percibido por los demás, la segunda porque las conductas que podrían retroalimentar acerca de la percepción de los otros, resultaría provocadora de mayor ansiedad y la tercera porque cuando los individuos con ansiedad social reciben retroalimentación positiva por parte de los demás, tienden a descartarla por considerar que les están engañando o se está siendo demasiado benevolente con ellos.



Figura 6. Modelo explicativo del trastorno de ansiedad social de Bados



Tomado de: Bados (2002). *Fobia social*. Madrid, España: Síntesis.



Modelo Multifactorial de Olivares y Caballo.

Olivares y Caballo (2003) toman como referencia un modelo anterior elaborado por Olivares, Méndez y Macías (2002) para explicar el mutismo selectivo. Incorpora algunos elementos de otras propuestas (Barlow, 1988; Clark & Wells, 1995; Hofmann & Barlow, 2002; Rapee & Heimberg, 1997; Shelenker & Leary, 1982; Wells & Clark, 1997).

Para Olivares y Caballo (2003) la fobia social es explicada por un modelo multifactorial en el que existe una asociación entre un contexto social negativo y un grupo de variables particulares del individuo que facilita la génesis de este trastorno que puede presentarse tanto en forma aguda como insidiosa. En el contexto social negativo se distinguen tres tipos de variables que son 1) relativas al grupo familiar 2) al medio escolar y 3) a otros contextos.

Entre las variables del individuo se incluyen variables evolutivas, una condición de vulnerabilidad que se caracteriza por variables de personalidad del sujeto, respuestas de evitación y escape y déficit de aprendizaje (procesos de condicionamiento clásico, instrumental, de modelado y transmisión de la información).

De acuerdo con este modelo representado en la figura siete, la incertidumbre percibida por parte del sujeto y las respuestas de evitación y escape, tienen un rol central en el inicio, desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad social, considera importante la historia de aprendizaje del sujeto con ansiedad social y el nivel de control o duda que piensa que tiene tanto sobre su conducta como sobre la conducta de otros.

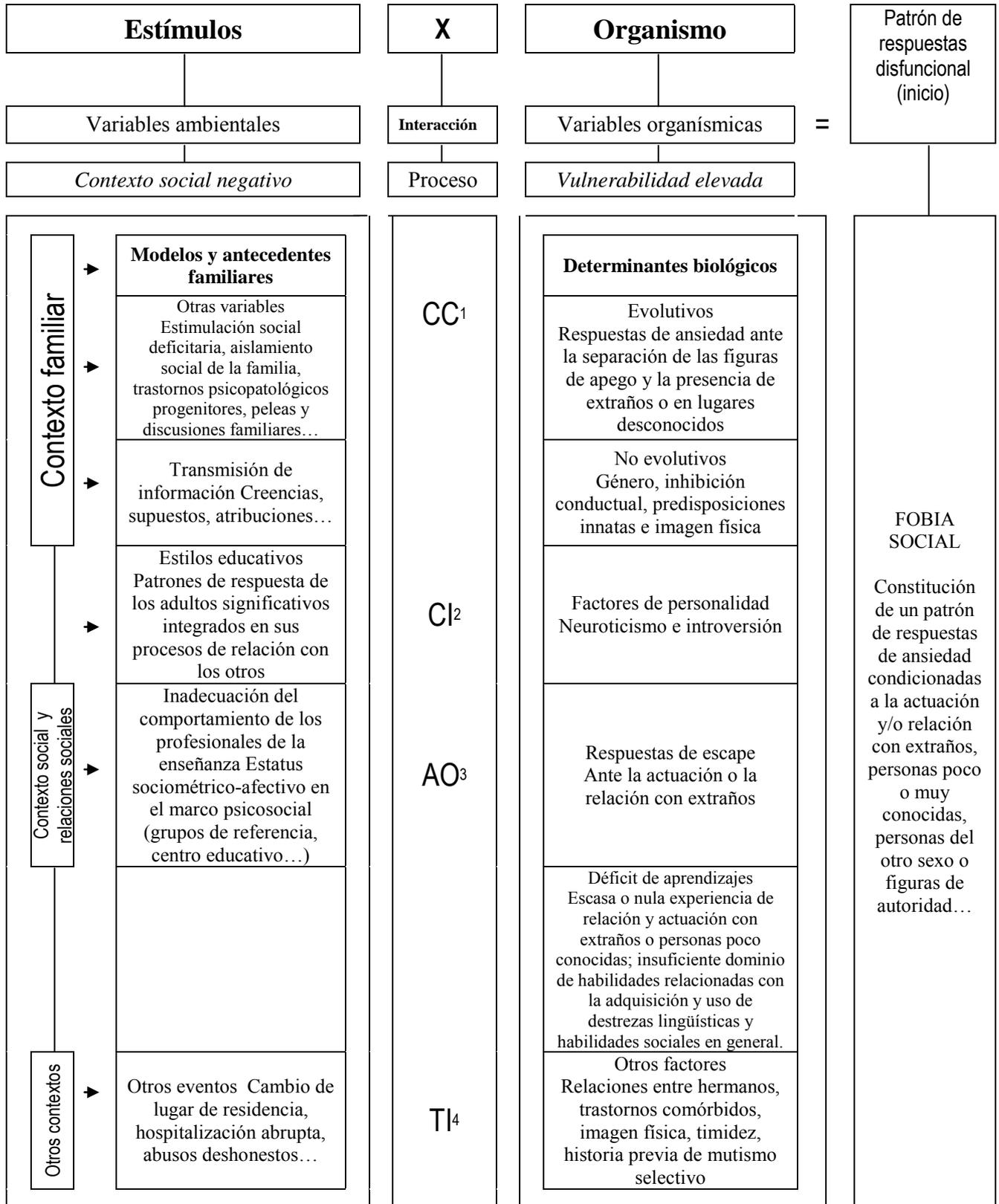




La situación social entonces es una variable independiente que determina la intensidad, frecuencia y duración de la respuesta provocada por el miedo a la evaluación negativa. Otras variables son la cronicidad operacionalizada como el número de situaciones donde el individuo se ha observado a sí mismo sin ser capaz de controlar su propia respuesta, la intensidad de la sensación de descontrol y la conducta de evitación.



Figura 7. Modelo de Olivares y Caballo (2003). Un Modelo Tentativo sobre la Génesis, Desarrollo y Mantenimiento de la Fobia Social. Behavioral Psychology, 11, 3, 483-515.



1= condicionamiento clásico, 2 = condicionamiento instrumental, 3= aprendizaje observacional, 4 = transmisión de información



Modelo de la Psicopatología del Desarrollo

Esta perspectiva enfatiza algunos principios característicos cuyo eje rector es la suposición de que un trastorno psicológico emerge como resultado de la interacción dinámica y transaccional entre múltiples factores, lo anterior hace referencia al principio de multifinalidad (ningún factor etiológico puede por sí mismo producir cualquier trastorno, depende del sistema o contexto en el cual opera), sin embargo una amplia variedad de factores puede conducir a resultados semejantes (principio de equifinalidad). La postura de la psicopatología del desarrollo asume también que el desarrollo normal y el desviado deben ser estudiados en conjunto planteando una visión dimensional de los trastornos psicológicos (principio de continuidad).

Hayward et al. (2008) refieren que las aplicaciones de este modelo en la literatura son muy escasas, sin embargo algunos estudios han probado predictores para el trastorno de ansiedad social como la inhibición conductual o el temperamento tímido, la enfermedad crónica en la infancia, psicopatología de los padres, particularmente depresión y ansiedad así como la calidad de la relación entre padres e hijos especialmente un estilo de crianza sobreprotector.

En relación con el trastorno de ansiedad social, su presentación en algún momento del desarrollo, depende de la evolución e interacción entre vulnerabilidades y factores protectores para un niño o joven en particular, no obstante es esencialmente explicado como una deficiencia en la regulación de la emoción (Cicchetti & Cohen, 2006).

Recapitulando acerca de los distintos modelos del Trastorno de ansiedad social presentados, es evidente que las perspectivas cognitivas sobresalen merced a su mayor





investigación empírica. A partir de ella, se han diseñado intervenciones exitosas tanto para llevarse a cabo de manera exclusiva como en combinación con tratamientos farmacológicos.

Dichos modelos cognitivo conductuales aportan el fundamento de la reestructuración cognoscitiva (identificación y cuestionamiento de pensamientos automáticos que pueden ser modificados por cogniciones más realistas) muy importante en los programas de intervención puesto que de acuerdo con estas teorías cognitivas, la ansiedad social es mantenida por dos tipos de creencias: a) la malevolencia de los otros y b) la deficiencia del sí mismo en términos de cualidades y habilidades personales, la combinación de estas dos creencias da lugar a la conjetura de que las situaciones sociales son inherentemente amenazantes, por lo tanto; la percepción de cualquier situación social involucra una evaluación que combinada con la asunción de malevolencia de los otros, genera ansiedad, con sus manifestaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas (Marom, Aderka, Hermesh, & Gilboa-Schechtmen, 2009).

Los modelos cognitivos tienen coincidencias en cuanto al constructo de procesamiento de la información, es decir: coinciden en que existen sesgos selectivos presentes en todas las fases del procesamiento de la información, los cuales dan lugar a las distorsiones cognitivas o ideas irracionales que determinan la génesis y el mantenimiento de la ansiedad, uno de los indicadores de sesgo selectivo es la autofocalización (atención autofocalizada) que hace referencia a un patrón de pensamientos y preocupación por uno mismo, así Clark y Wells (1995) afirman que el sujeto socialmente ansioso tiene un procesamiento autofocalizado negativo de sí mismo como objeto social, dadas las creencias negativas que tiene de sí mismo.





A diferencia de Clark y Wells (1995), Turk et al. (2001) proponen que los procesos relacionados con el origen de la ansiedad social, tienen lugar independientemente de si el sujeto se encuentra en la situación social, la anticipa o la recuerda, además, una relevante aportación del modelo de Turk et al. (2001) es el concepto de audiencia, lo cual permite comprender las amenazas potenciales que pudieran representar evaluación negativa por parte de los otros como expresiones de aburrimento, rechazo o crítica (Piqueras, 2005).

Las teorías como la de Mineka y Zinbarg (2006) y las de Olivares y Caballo (2003) incluyen como posibles mecanismos de aprendizaje tanto el condicionamiento clásico, como el condicionamiento operante y el aprendizaje observacional. Un elemento en común entre los modelos de Mineka y Zinbarg y el de Olivares y Caballo es la existencia de una vulnerabilidad genética y la influencia de variables diversas como los patrones de crianza, variables de personalidad, variables temperamentales como la timidez y la inhibición conductual.

Finalmente el modelo de la psicopatología del desarrollo subraya la importancia de la regulación emocional e integra elementos biológicos a los factores psicosociales, es un planteamiento interesante pero con mínima investigación acerca del tema y hasta el momento no ha desarrollado instrumentos de evaluación acordes a sus fundamentos teóricos.

Para efectos de la presente investigación se toma como fundamento el Modelo Cognitivo Conductual de la Ansiedad Social (Clark & Wells, 1995; Heimberg & Hope, 1997; Turk et al., 2001) ya que son las propuestas más frecuentemente utilizadas en la investigación de la ansiedad social a nivel internacional, tanto para explicar el





curso y comorbilidad como para el diseño de las técnicas de intervención, que como se ha mencionado anteriormente, a partir de estos modelos, se incluye el componente cognitivo (reestructuración cognitiva) el cual, aunado a las técnicas de exposición, constituyen los recursos terapéuticos más probados.

En el siguiente capítulo se analiza el trastorno de ansiedad social específicamente durante la etapa adolescente que es el eje central del presente trabajo.





CAPÍTULO 3

Ansiedad Social en Adolescentes

ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES

Conceptualización de la etapa adolescente

El concepto adolescencia es una construcción psicosocial que emerge durante el siglo XVIII para designar una etapa de la vida que tiene características heterogéneas, no universales pues son mediadas a través del proceso de socialización por la cultura a la que se pertenece. Esto significa que puede existir una amplia diversidad de formas de afrontar la adolescencia, pese a las influencias compartidas a través de los medios de comunicación masiva por el proceso de globalización (Olivares-Rodríguez, Rosa-Alcazar y García-López, 2004).

Esta etapa del ciclo vital tiene diversas clasificaciones, por ejemplo UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia) la divide en dos etapas: adolescencia temprana de los 10 a los 14 años y adolescencia tardía de los 15 a los 19 años. La OMS (Organización Mundial de la Salud), establece el período adolescente entre los 10 y los 19 años y lo divide en tres periodos que son adolescencia temprana de 10 a 13 años, intermedia de 14 a 17 y tardía de los 18 hasta los veintes iniciales, el final es variable dependiendo de la cultura. De acuerdo con Smetana et al. (2006), la adolescencia inicia con la biología y termina con la cultura.

El periodo adolescente ha ido aumentando debido al inicio más temprano de la pubertad y a la prolongación del tiempo en el que los jóvenes se incorporan a la vida adulta (Hidalgo y Gutiérrez, 2007). Se caracteriza por un proceso de cambios en las dimensiones física, socioemocional y cognitiva que implican una transición en la relación del individuo consigo mismo y con la sociedad a la que ha de acomodarse.



Durante la adolescencia se espera un cambio de roles que tiene relación con el desarrollo socioemocional y cognitivo. Es importante diferenciar entre adolescencia y pubertad, dos conceptos que están íntimamente relacionados. La pubertad es el término que califica las manifestaciones físicas de la maduración sexual, en tanto que la adolescencia se refiere a los procesos psicológicos de adaptación a los cambios puberales, ejemplos de esta interacción pubertad-adolescencia son los cambios evidentes en las actitudes e intereses en las niñas después de la menarca en comparación con las niñas premenárquicas, esto significa que los cambios madurativos redefinen la relación de los adolescentes con los padres, con los pares, y en general con el mundo social del que forman parte (Blos, 1981; Aberastury, 2001).

Características del desarrollo emocional y cognitivo del adolescente.

En el proceso adolescente entran en juego cambios en el desarrollo socioemocional y cognitivo característicos de esta etapa, tradicionalmente se considera que los adolescentes tienen como tarea fundamental de la etapa, el logro de la identidad (Santrock, 2007). Sin embargo en la actualidad, estas exploraciones de la identidad, parecen haberse postergado hasta el inicio de la adultez emergente (Arnett, 2008).

Derivadas en principio de los cambios madurativos, las evidentes transformaciones del cuerpo adolescente, dan relevancia a conceptos como la imagen corporal, la autoestima, el autoconcepto y en general a un proceso de autoconocimiento (Kail & Cavanaugh, 2006) que van marcando el proceso de desarrollo del adolescente.

En comparación con los niños escolares, los adolescentes logran un mejor autoconocimiento (representación cognoscitiva del yo y el contenido de los autoconceptos), que es el fundamento racional de la identidad, este mejor





autoconocimiento permite a los adolescentes realizar comparaciones sociales, desarrollar conceptos abstractos e idealistas de sí mismos y tomar la perspectiva del otro en las relaciones interpersonales al interpretar sus pensamientos y emociones (Santrock, 2007).

La noción de que la adolescencia es inherentemente una etapa conflictiva, no es un hecho normativo, hay evidencia de que la mayoría de los adolescentes, superan los cambios del proceso sin dificultades sociales, emocionales o conductuales. Las disputas, peleas o desacuerdos en la relación padres-adolescentes se presentan principalmente durante la adolescencia temprana el conflicto extremo con los padres y los conflictos severos, típicamente se inician antes de la adolescencia (Smetana et al., 2006).

Las principales preocupaciones acerca de la salud a largo plazo de los adolescentes son el suicidio, la obesidad, la falta de ejercicio, el tabaquismo y el alcoholismo, el uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, y los embarazos no deseados, lo cual motiva algunos señalamientos como el que afirma que la adolescencia es un grupo de edad en el que las mejorías en materia de salud han sido imperceptibles durante los últimos 20 años (Coleman, Hendry, & Kloep, 2008).

En relación con la actividad física es importante señalar que además de constituir un factor de promoción a la salud en el sentido más amplio del término, es un elemento que constituye un agente socializador en virtud de que fortalece la conformación de redes sociales y de apoyo entre los adolescentes, incorpora el manejo de las normas y manejo del tiempo, favorece el aprendizaje de los roles y las reglas sociales y la adquisición de mayores habilidades sociales contribuyendo con ello a la





consolidación de sus autoesquemas, autoestima y autoconcepto, además de tener un efecto protector sobre la tristeza y la planeación suicida (Rojas-Rusell, 2009).

En esta misma línea, De la Cruz-Sánchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega y Martínez-Santos (2011) presentan datos empíricos en población española que demuestran asociación entre practicar o no actividad física durante el tiempo libre (independientemente de la intensidad) y el bienestar mental ajustado al sexo y edad, asimismo, reportan que tanto hombres como mujeres de diferentes grupos de edad que realizan actividad física, presentan mayor prevalencia de estado de salud percibido bueno o muy bueno.

En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006 (ENSANUT, 2006) (Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco y Shama-Levy, 2006), 60% de los adolescentes entre 12 y 19 años realiza actividad física mientras que el 40% es físicamente inactivo, la tendencia es que a mayor edad menor actividad física. Rojas-Russell (2009) propone nueva investigación para comprender el porqué, la actividad física decrementa hacia el final de la adolescencia, aumentando el sedentarismo.

Otra alternativa para emplear el tiempo libre en los adolescentes, es la práctica de actividades artísticas, estas tienen como finalidad promover el desarrollo intelectual, físico, emocional y espiritual a través de la creación artística propia y la valoración de la obra de un tercero. Existe evidencia de que los adolescentes que se involucran en actividades extraescolares como las artísticas, se comprometen menos en conductas de riesgo, que los que no lo hacen (Eccles, Barber, Stone, & Hunt, 2003).

De acuerdo con Eccles y Barber (1999) las actividades extracurriculares organizadas favorecen en los adolescentes además de la creatividad, potencian un





amplio rango de oportunidades sociales, promueve una identidad positiva y estimula relaciones constructivas con los pares.

Respecto del desarrollo cognitivo, Steinberg (2001) afirma que existen algunas características del pensamiento adolescente que podrían favorecer conductas de riesgo en las que el adolescente se involucra, dado que su tipo de razonamiento tiene una orientación egocéntrica. El egocentrismo adolescente tiene las siguientes características: Se define como la conciencia exacerbada de sí mismos que tienen los adolescentes, en virtud de ella, tienen un convencimiento pleno de que provocan en los demás un interés igual al que sienten por ellos y la creencia de que son individuos únicos e invulnerables (Kail & Cavanaugh, 2006; Papalia y Wendkos 2005; Santrock, 2003). El egocentrismo adolescente se divide en dos tipos que son: Audiencia imaginaria y fábula personal (Coleman et al., 2008; Santrock 2007).

La audiencia imaginaria se conceptualiza como la convicción de los adolescentes de ser observados todo el tiempo. La fábula personal describe la certeza de los adolescentes de que sus sentimientos son únicos, lo cual se relaciona con la ilusión de invulnerabilidad que implica la creencia de los adolescentes de que las consecuencias negativas de las cosas sólo les ocurren a otros. Estas manifestaciones del egocentrismo adolescente, van disminuyendo a medida que pasa el tiempo y se va logrando una identidad (Kail & Cavanaugh, 2006; Papalia y Wendkos, 2005; Santrock, 2003).

En cuanto al procesamiento de la información, el adolescente cuenta con características que lo ubican casi en el nivel adulto, estas características son por ejemplo, la capacidad de procesamiento de la información en forma semejante a como lo hacen los adultos, la comprensión y retención de las nuevas experiencias, así como la





identificación más eficiente de las estrategias cognitivas (metacognición) y la evaluación de su eficacia (Kail & Cavanaugh, 2006).

Funcionamiento psicosocial de los adolescentes.

Muchos cambios en la conducta social tienen lugar durante la adolescencia, entre ellos destacan las modificaciones en la percepción social, la emoción social y la cognición social, dichas transformaciones están influenciadas por factores socioculturales y por procesos neurofisiológicos como la reestructuración hormonal, la maduración y el aprendizaje (Nelson, Leibenflut, McClure, & Pine, 2005). Algunas de las expresiones de los cambios subyacen a las relaciones interpersonales, el interés por las relaciones románticas y la sexualidad.

Relaciones interpersonales en la adolescencia.

Los adolescentes llegan a esta etapa de la vida con diferencias en los recursos personales y sociales, dichos recursos se relacionan con una mayor o menor adaptación. El apoyo social entendido como *“El conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe de distintos miembros de su red social”* (Musitu y Cava, 2003, p. 2), es uno de los recursos que contribuyen al bienestar psicosocial y al afrontamiento de situaciones estresantes como la propia adolescencia y sus demandas.

Las relaciones con los pares son especialmente influyentes debido a que los adolescentes desarrollan una imagen acerca de quiénes son y que tanto son valiosos para los otros, basados en como los ven los demás (Wissink et al., 2009).





Las redes de relaciones ajenas al núcleo familiar, se amplifican y ello les involucra en un conjunto de nuevas experiencias que los pone en contacto tanto con extraños como con conocidos en fiestas, bares, oficinas públicas, restaurantes, y otro tipo de establecimientos comerciales (Inglés, Hidalgo y Méndez, 2005).

Esta independencia gradual de los adultos, lleva como contraparte un incremento en las relaciones con los pares, y el inicio de las relaciones románticas (Wissink et al., 2009).

Las relaciones sociales en esta etapa están centradas en los amigos, el adolescente confía en sus amigos y espera su apoyo. Los amigos adquieren entonces, una importancia crítica en el desarrollo de habilidades sociales y sentimientos de crecimiento y ajuste personal, es un hecho que la calidad de las relaciones de amistad pueden tener una naturaleza protectora o pueden ser un factor de riesgo, por ejemplo para algunos trastornos externalizados. En general, las cualidades positivas de las amistades estrechas (intimidad y apoyo) se asocian con un menor nivel de ansiedad social (La Greca & López, 1998).

Las buenas relaciones de amistad pueden ser protectoras dependiendo de las características de los amigos sin embargo, a pesar de sus beneficios, las amistades cercanas también tienen aspectos negativos, como los conflictos, la presión y exclusión o el involucramiento en conductas problema si los amigos son delincuentes o tienen a su vez problemas de conducta (Wissink et al., 2009).

La cultura popular plantea que la relación de los adolescentes con sus padres tiene una característica de tormenta, estrés y completa desobediencia a los padres, mostrando un activo rechazo de los valores adultos y su autoridad, sin embargo, hay





evidencia en el sentido de que esta rebelión adolescente es más bien la excepción y no la regla, que sólo una pequeña proporción de los adolescentes (5–15%) dependiendo de la muestra, experimenta relaciones extremadamente conflictivas con sus padres por otra parte es importante destacar que de acuerdo con estudios longitudinales, en la relación de los adolescentes con sus padres sobre todo en la adolescencia temprana, un conflicto moderado está asociado con un mejor ajuste futuro que las relaciones sin conflicto o con conflicto extremo (Smetana et al, 2006).

Relaciones románticas en la adolescencia.

Las relaciones románticas son un sello de la adolescencia, pese a ello como objeto de interés científico, el tema había sido poco abordado por considerar que dicha relación es trivial, transitoria o simplemente muestra de disfunción social. Es a partir del inicio del siglo XXI, que se ha expandido la investigación científica acerca de las relaciones románticas adolescentes como factores relacionales potencialmente influyentes en el desarrollo y bienestar adolescente. Comparadas las relaciones románticas con otro tipo de relaciones entre pares adolescentes, son diferentes en cuanto a la intensidad de las expresiones de afecto y diversas interacciones de tipo sexual (Collins, Welsh, & Furman, 2009).

La Greca y Harrison (2005) señalan que las relaciones románticas surgen por primera vez entre los 14 y 15 años como una extensión de las relaciones adolescentes con su grupo de pares; son semejantes a la relación con las amistades cercanas ya que ambas relaciones implican apoyo e intimidad, la diferencia de acuerdo con la descripción adolescente estriba en la intimidad sexual, lo cual involucra mayor cercanía que con los mejores amigos o hermanos.





Este tipo de relación es idealizada y estereotipada durante la adolescencia temprana, y es vista como una situación de estatus, experimentación sexual y recreación. Posteriormente, los adolescentes han obtenido experiencia con el sexo opuesto y las relaciones románticas se orientan hacia las necesidades de soporte y cuidado (Smetana et al., 2006).

Una propuesta que sintetiza de manera integral las características normativas del funcionamiento global adolescente, es la que hacen Catalano, Hawkins y Toumbourou (2008). Proponen cinco áreas de competencia que conviene promover en los diversos programas dirigidos a población adolescente, estas competencias son:

1. *Competencia social*: Se refiere al conjunto de habilidades interpersonales que permite a los adolescentes integrar sentimientos, pensamientos y acciones con el fin de alcanzar determinados objetivos sociales e interpersonales. Estas habilidades incluyen la codificación de claves sociales pertinentes; interpretación precisa de las señales sociales, generación de soluciones efectivas a los problemas interpersonales; anticipación realista de las consecuencias y los posibles obstáculos a las acciones de uno, y traducir las decisiones sociales en comportamiento efectivo.
2. *Competencia emocional*: Implica la habilidad para identificar y responder a los sentimientos y reacciones emocionales de sí mismo y de los otros. Esta competencia está constituida por cinco elementos que son: a) conocer las emociones propias, b) manejar las emociones, c) motivación de uno mismo, d) reconocimiento de las emociones de otros y e) manejo de las relaciones. El consorcio WT Grant para la promoción de la competencia social basada en la





- escuela (Catalano et al., 2008) incluye una lista de habilidades emocionales que son: identificación y denominación de sentimientos, expresar los sentimientos, evaluación de la intensidad de los sentimientos, manejo de sentimientos, postergar la gratificación, controlar los impulsos, y reducir el estrés.
3. *Competencia cognitiva*: Incluye dos constructos distintos que se traslapan, el primero se refiere a desarrollar y aplicar las habilidades cognitivas de hablar consigo mismo, leer e interpretar las señales sociales, realizar los pasos para la solución de problemas y la toma de decisiones, comprender la perspectiva de otros, entender las normas de conducta, mantener una actitud positiva hacia la vida y la conciencia de sí mismo. El segundo aspecto de la competencia cognitiva está relacionada con el logro académico e intelectual. Se refiere a las capacidades básicas, como el uso de la lógica, el pensamiento analítico y el razonamiento abstracto.
 4. *Competencia conductual*: Involucra tres dimensiones que son a) comunicación no verbal, comunicación verbal y toma de decisiones como alejarse de influencias negativas o participar en cierto tipo de actividades.
 5. *Competencia moral*: Comprende la habilidad para evaluar y responder a las dimensiones ética, afectiva, social o de justicia de las diversas situaciones. Elemento que favorece la conducta prosocial.

Adolescentes con trastorno de ansiedad social

Cómo ya se ha mencionado en el primer capítulo, la Ansiedad Social se inicia en la etapa temprana de la adolescencia y es una condición que obstaculiza a las personas





para relacionarse con los demás (Alden & Taylor, 2004; Beidel et al., 2007; Essau, Conradt, & Peterman, 1999; Inglés et al., 2005; Wittchen et al., 1999), sin embargo, la gran mayoría de la investigación en el campo de la ansiedad social está realizada en muestras de adultos (Kashdan & Herbert, 2001), estos autores presentan estudios retrospectivos en los que adultos con trastorno de ansiedad social de tipo generalizado, presentaron mayor ansiedad y timidez en la infancia. En los siguientes apartados se revisan los principales aspectos de la ansiedad social en la adolescencia.

Funcionamiento psicosocial en los adolescentes con ansiedad social.

Un alto nivel de ansiedad social matiza el funcionamiento interpersonal en los adolescentes, como cualquier adolescente, los socialmente ansiosos también dan relevancia a las relaciones con los pares, con la escuela y con la familia (Kashdan & Roberts, 2004). La ansiedad social interfiere con la capacidad de lograr resultados interpersonales positivos tales como la intimidad la capacidad de participar en el salón de clase, ya sea para hacer una pregunta que aclare su comprensión del tema, o para aportar al grupo expresando su opinión (La Greca & Harrison, 2005).

Como establecen Wissink et al. (2009), las relaciones con las amistades cercanas son primordiales para el desarrollo de la intimidad interpersonal, la empatía y las habilidades sociales; la calidad de las relaciones de amistad, se asocian con autoestima positiva, mejor ajuste psicosocial y menores niveles de ansiedad social.

Estos mismos autores apuntan que la interacción negativa con los mejores amigos, puede contribuir a sentimientos de depresión, de ansiedad social y temor a la evaluación negativa de los pares, de manera que las amistades cercanas también pueden





generar algún grado de dificultad, situaciones negativas como conflicto, presión y exclusión y en ocasiones se relacionan con el inicio de conductas de riesgo.

Otro escenario posible entre los adolescentes socialmente ansiosos, es que las dificultades para relacionarse con su contexto social, pueden dar lugar a sentimientos de soledad y de aislamiento; como señalan Kashdan y Roberts (2004) las personas con alto grado de ansiedad social, tienden a ser valoradas por los observadores como menos eficaces y menos agradables, lo que contribuye a obtener una baja tasa de reforzamiento social, una variable importante en el proceso de otros problemas de salud mental como la depresión.

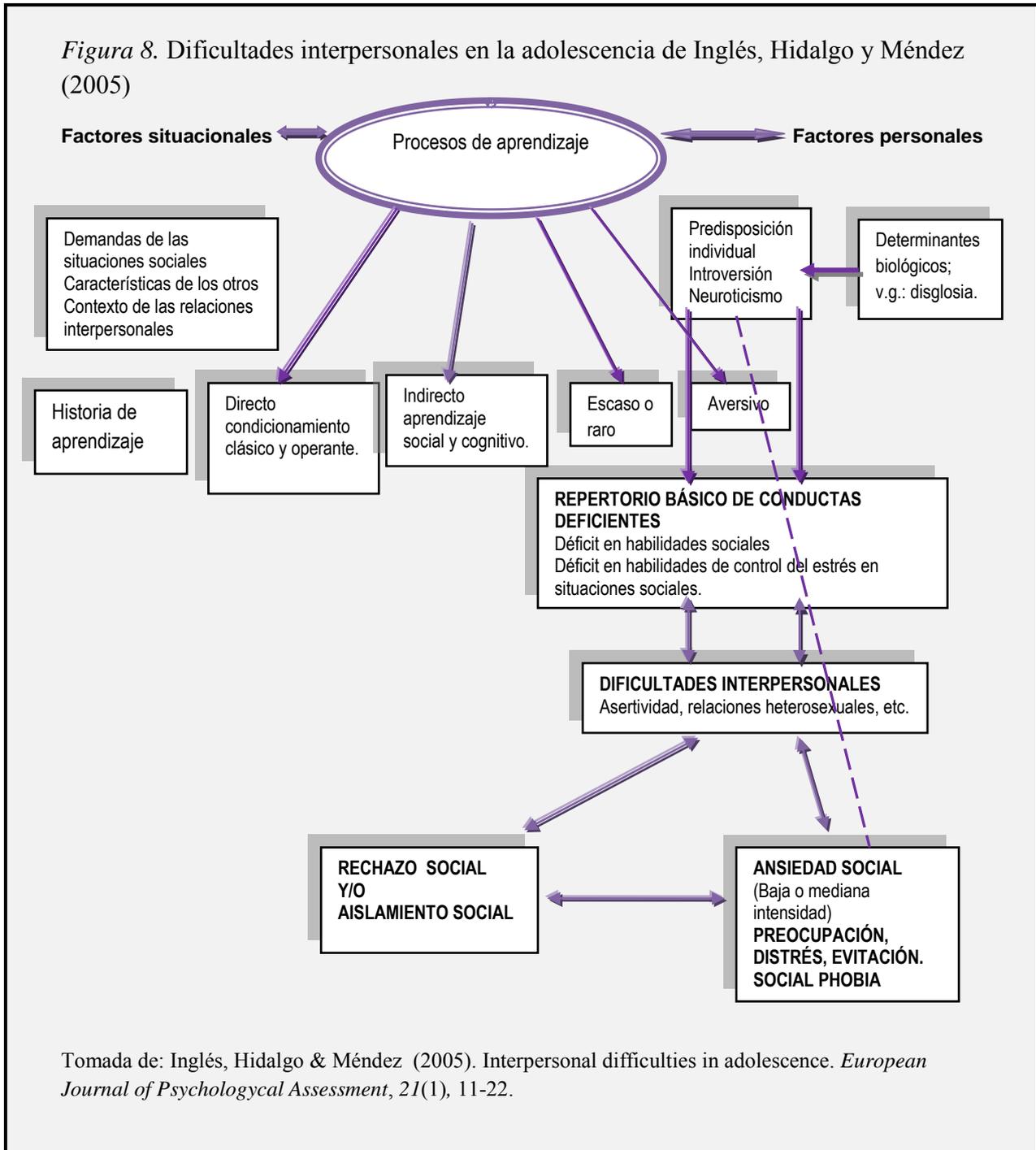
La Greca y Harrison (2005) señalan otro impacto de la ansiedad social: la victimización ya sea manifiesta (agresión física) o psicológica como la exclusión social, la amenaza o la propagación del rumor. Las experiencias negativas relacionadas con la victimización generan sentimientos de depresión y fortalecen la ansiedad social.

Inglés et al. (2005) proponen un modelo explicativo para las dificultades en las relaciones interpersonales entre las cuales está incluida la ansiedad social. De acuerdo con este modelo, la ansiedad social está muy relacionada con un pobre repertorio en habilidades sociales básicas, rechazo o aislamiento social, los detalles se aprecian en la figura 8.





Figura 8. Dificultades interpersonales en la adolescencia de Inglés, Hidalgo y Méndez (2005)



Tomada de: Inglés, Hidalgo & Méndez (2005). Interpersonal difficulties in adolescence. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 11-22.

Desde la década de los noventa, los investigadores han documentado referencias crecientes de cómo la ansiedad social discapacita al individuo para las relaciones





interpersonales, cómo los procesos interpersonales forman y mantienen los miedos sociales. Los fóbicos sociales han mostrado que tienen menos amigos, menos citas románticas, y también menores probabilidades de casarse que la población general u otros pacientes que presentan otros trastornos de ansiedad (Inglés et al., 2005).

Con base en la postura interpersonal, los patrones interpersonales disfuncionales son el resultado de una interacción entre el individuo y el ambiente social, un proceso de desarrollo social que se inicia tempranamente y continúa a través de la vida (Alden 2001). También juega un papel importante el concepto de *ciclo de autoperpetuación interpersonal* según el cual, se tiende a esperar que las personas que en el presente amenazan, lo hagan en la misma forma que la gente en el pasado y por ello se tiende a repetir las estrategias conductuales aprendidas para manejar aquellos eventos tempranos, la conducta del ansioso social elicitaba en los otros respuestas que mantienen sus expectativas y patrones conductuales (Alden & Taylor, 2004).

Algunos estudios (Amies, Gelder, & Shaw, 1983) encontraron diferencias entre los socialmente ansiosos y los no socialmente ansiosos, en manifestaciones específicas de la ansiedad como pobre contacto ocular, discursos de corta duración, pausas conversacionales, baja autorrevelación, temblor, sonrojarse y otras manifestaciones de ansiedad, más frecuentes entre los ansiosos sociales.

Procesamiento emocional y cognitivo en los adolescentes socialmente ansiosos.

Durante la adolescencia es necesaria una adaptación emocional, se requiere proximidad entre los jóvenes y sus amigos que les permita sentirse apoyados socialmente por el grupo, éste grado de apoyo social percibido constituye un factor de protección, puesto que tiene efectos importantes en el comportamiento, como una





adaptación más positiva al ambiente escolar y la presencia de menor número de conductas disfuncionales, menores puntuaciones en depresión (Muñoz-Rivas, 2005).

En contraparte, se ha argumentado que las experiencias aversivas con los pares perjudican la autoimagen de los adolescentes, dando lugar a la inadaptación social (Kim, Rapee, Oh, & Moon, 2008).

El límite entre los miedos normales y los miedos patológicos es ambiguo, especialmente entre los adolescentes pues como es ampliamente sabido, la adolescencia es un período en el cual existen cambios en todas las áreas del desarrollo incluida el área emocional. En el caso de la ansiedad social, es una experiencia de miedo ante situaciones de interacción interpersonal o de ejecución social que es común a la mayoría de las personas, especialmente frente a situaciones nuevas o importantes. En la adolescencia, los miedos sociales son esperados, pero son pasajeros y no necesariamente colocan al adolescente en una condición incapacitante como ocurre en el trastorno de ansiedad social (Kashdan & Herbert, 2001).

El trastorno de ansiedad social tiene una característica central, una emoción de miedo a la interacción o ejecución en situaciones sociales, que se asocia a la creencia de que será juzgado por los demás, lo cual favorece un sesgo cognitivo por medio del cual, los sujetos socialmente ansiosos atienden prioritariamente a los estímulos amenazantes así como a la propia autoimagen vista negativamente por los demás, este miedo impone una limitación al funcionamiento interpersonal, esta limitación a su vez puede ser mediadora de otras circunstancias de vida (Botella et al., 2003; Veljaca & Rapee, 1998). Para explicar el problema de la ansiedad social, es necesario comprender el papel de las emociones y la cognición en el desarrollo, curso y mantenimiento del





trastorno. Para ello se han utilizado constructos tan diversos como el de inteligencia emocional (Salovey & Mayer, 1990), competencia emocional (Saarni, 1999), inteligencia intra e interpersonal (Gardner, 1993) inteligencia social (Stemberg & Smith, 1985) entre otros.

Es importante destacar que *la ansiedad es una emoción normal*, compartida con otras especies, tiene características evolutivas tanto filogenéticas como ontogenéticas, algunos autores destacan la importancia evolutiva de la ansiedad e incluso proponen retaxonomizar algunas fobias específicas como respuestas ancestrales de supervivencia de miedo, el miedo es una emoción necesaria y adaptativa (Bracha & Maser, 2008).

La diferencia entre las personas que tienen una ansiedad social normal y las que tienen un trastorno de ansiedad social es que las primeras son capaces de superar el miedo (Newman et al., 2007; Summerfeldt, Kloosterman, Antony, & Parker, 2006). *Los adolescentes socialmente ansiosos experimentan mayor afecto negativo y juzgan su calidad de vida como menor, en comparación con muestras control*; al encontrarse en situaciones sociales, inmediatamente dirigen su atención hacia sí mismos, centrándose en la autoevaluación negativa y en las señales externas de rechazo tales como expresiones faciales negativas o ambiguas, lo cual puede propiciar aislamiento social y déficit en el rendimiento (Kashdan & Roberts, 2004).

El desarrollo de los miedos esperados en los niños y adolescentes según edad y sexo, subraya que las niñas muestran un número mayor de miedos que los niños, y mayor intensidad también (Kashdan & Herbert, 2001). La socialización por género puede ser un factor que influye en la aceptación o no del miedo en los niños. En el caso de los niños y adolescentes con ansiedad social, tienen como miedos mas frecuentes los





miedos sociales, como los que se relacionan con situaciones en las que hay que hablar en público: por ejemplo leer en voz alta, hacer un comentario en clase, dar un discurso. Otras de las situaciones frente a las que se presenta ansiedad, son comer en público, escribir en público, ir a fiestas, hablar con personas que representan autoridad y hablar informalmente con pares, padres y amigos (Wicks-Nelson & Allen, 2006).

De acuerdo con Bados (2001) los adolescentes con ansiedad social dada su etapa de desarrollo temen experiencias probables dentro de la vida cotidiana como las siguientes:

1. Presentarse a exámenes o concursos.
2. Asistir a actividades extraescolares tales como bailes, eventos deportivos, clubes sociales etc.
3. Exponer en clase.
4. Caminar por los pasillos.
5. Comer en público especialmente en la cafetería de la escuela.
6. Pedir ayuda o aclaración al profesor o al tutor.
7. Llamar a un compañero para pedirle apuntes.
8. Citarse con alguien, llamar o invitar a un amigo a hacer algo.
9. Dirigirse a personas con autoridad incluyendo dependientes o amigos adultos de los padres.
10. Situaciones asertivas como dejar que te hagan bromas.
11. Negar la petición de unos apuntes.
12. Pedir comida en un restaurante.
13. Iniciar o incorporarse a una conversación con pares.
14. Trabajar en proyectos de grupo.

Beidel et al. (2007) realizaron una investigación acerca de la psicopatología de la ansiedad social específicamente en adolescentes, de ella se desprende que en estos adolescentes existen en comparación con los no socialmente ansiosos, niveles significativamente más altos de aislamiento, disforia e hiperreactividad emocional así como mayor frecuencia de conductas internalizadas, significativamente menores





habilidades sociales y frecuentemente presentan un segundo diagnóstico que en 75% de los casos es otro trastorno de ansiedad.

Las dificultades para identificar la presencia, tipo y comorbilidad entre adolescentes con ansiedad social son importantes ya que ésta ha sido poco estudiada en adolescentes en comparación con las muestras de adultos (Kashdan & Herbert, 2001; Wicks-Nelson & Allen, 2006). Los estudios más cercanos han incluido muestras cuyos participantes son niños y adolescentes, lo cual dificulta obtener datos específicos que correspondan directamente a los adolescentes, esta es una de las áreas de oportunidad para este trabajo.

La cognición social se refiere a los procesos que permiten interpretar adecuadamente los signos sociales y responder de manera apropiada ante otros individuos de la misma especie, sobresalen algunos procesos importantes como la formulación de imágenes, los contenidos del pensamiento, las estrategias de afrontamiento. Los adolescentes con diagnóstico de ansiedad social, experimentan una desventaja en relación con los adolescentes controles al generar imágenes negativas a partir de estímulos neutros, reportan experiencias recurrentes de imágenes espontáneas durante la situación social provocadora de ansiedad (Morrison, Amir, & Taylor, 2009)

De acuerdo con el enfoque cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social, las autoimágenes negativas, espontáneas y distorsionadas mantienen el TAS. Las autoimágenes negativas del adolescente socialmente ansioso, tienden a representar resultados temidos que son hipotetizados por distorsiones individuales de su ejecución social basados en evidencias previas y ocupan un lugar fundamental tanto en el





mantenimiento de la ansiedad social, como en el tratamiento cognitivo que se ocupa principalmente de su control o disminución (Morrison et al., 2009).

Un aspecto importante en el procesamiento cognitivo es la posibilidad del pensamiento formal que permite a los adolescentes tener conciencia de la discordancia presente entre la perspectiva social propia y la que tienen los demás (Olivares y Caballo, 2003; Olivares y García-López, 2001).

Esto delinea la percepción de control y el pensamiento catastrófico que se presenta en los adolescentes socialmente ansiosos. Hofmann (2005) propone que el control percibido de la ansiedad determina el grado en el que los individuos consideran que pueden controlar su respuesta a la ansiedad durante las situaciones sociales estresantes, afirma que de manera similar a otros trastornos de ansiedad, los individuos con ansiedad social tienen creencias de que pueden tener estallidos de emociones que pueden ser alarmas verdaderas o falsas alarmas, las alarmas provocan una percepción de vulnerabilidad en los individuos que ven sus propias emociones y las reacciones corporales como algo que está fuera de su control.

Entonces, los individuos con ansiedad social evitan las situaciones sociales, en parte porque anticipan una pérdida de control ante su respuesta emocional cuando se está siendo expuesto a la amenaza social ya que amplifican la experiencia negativa de la ansiedad, con ello se disminuye la probabilidad de experiencias subjetivas positivas (Hashdan & Roberts, 2004).

Otro elemento cognitivo que se ha estudiado en los adolescentes con ansiedad social es el perfeccionismo, ya que se trata de un trastorno de ansiedad en el que el temor a la evaluación negativa de los demás es el elemento central, los ansiosos sociales





tienen dudas de sus acciones y de la percepción que tendrán los otros por sus altas expectativas.

Roberts et al. (2011) refieren que el perfeccionismo se asocia teóricamente con evaluaciones más severamente desadaptativas acerca de las situaciones sociales, por lo tanto, pueden tener estándares más altos que los individuos no ansiosos sociales y al mismo tiempo juzgar su desempeño en materia social como menos cercano al ideal. El perfeccionismo se asocia con muchas formas de psicopatología incluyendo la depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la alimentación y ansiedad social.

Los estudios empíricos del perfeccionismo sugieren que hay múltiples dimensiones de esta construcción, incluida la de las normas personales y una evaluación crítica de los errores. Por definición, la fobia social implica preocuparse por un rendimiento social y la duda sobre la transmisión de una impresión deseada a otros.

Una mayor tendencia a la perfección en las personas con fobia social se asocia con una mayor gravedad de los síntomas de la ansiedad social. La auto-evaluación crítica y la duda sobre el rendimiento son las dimensiones de perfeccionismo que demuestran particular importancia para la fobia social (Naragon-Gainey & Watson, 2011; Rosser, Issakidis, & Peters, 2003).

En conclusión, los adolescentes socialmente ansiosos muestran aislamiento social, pobre apoyo social y un desarrollo restringido en sus relaciones interpersonales (Teachman & Allen, 2007).





Son caracterizados como: a) temperamentalmente inhibidos b) forman parte de una familia que potencia dichas características y plantea un alto nivel de exigencia; c) son víctimas de experiencias sociales traumáticas o condiciones desfavorecedoras y d) están excesivamente preocupados por la aprobación social externa y por la presión hacia la definición de un determinado rol en el grupo al que pertenece.





CAPÍTULO 4

Ansiedad Social y Conductas de Riesgo en Adolescentes

ANSIEDAD SOCIAL Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Conductas de riesgo en la adolescencia

Se define como factor de riesgo “un aspecto de la conducta personal o del estilo de vida, exposición ambiental o característica innata o hereditaria que, con evidencia epidemiológica se conoce que está asociado a una condición relacionada con la salud y es considerada importante para prevenir” (OMS, 2002, p.18). Desde el punto de vista de Ezpeleta (2005), los factores de riesgo constituyen toda aquella circunstancia o condición que de estar presente en un individuo dado, esté asociada con una alta probabilidad de resultados negativos o problemas de conducta, los factores de riesgo pueden condicionar o modular daños como por ejemplo la conducción automovilística bajo la influencia del alcohol, los factores protectores en cambio, son circunstancias o condiciones que reducen el efecto de los factores de riesgo sobre otros factores.

Compas y Gotlib (2003) afirman que los factores de riesgo pueden considerarse como marcadores de que un individuo o grupo de individuos tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno y se aceptan convencionalmente algunas generalizaciones respecto de los factores de riesgo, por otra parte, presentan las siguientes características:

- a) existen en dominios diversos, es decir, pueden coexistir riesgos en el ámbito familiar, escolar, social y comunitario;
- b) los factores de riesgo son sumativos, esto implica que a mayor número de exposición a factores de riesgo, mayor es el riesgo del individuo o grupo de individuos de desarrollar un trastorno y
- c) un factor de riesgo determinado puede incrementar la probabilidad de una variedad de trastornos.



A diferencia de los factores de riesgo, las conductas de riesgo se delimitan como actuaciones repetidas, fuera de determinados límites que pueden comprometer el desarrollo psicosocial, durante la infancia o la adolescencia (Hidalgo y Gutiérrez, 2007). Las conductas de riesgo se instauran durante el periodo adolescente pero su presencia puede extenderse a la edad adulta, algunos de estos comportamientos son transitorios y pueden facilitar el desarrollo pero otras conductas pueden llegar a ser problemáticas. Por otra parte, es necesario reflexionar en torno a que una misma conducta en diferentes edades puede ser o bien conducta de riesgo o bien conducta normativa.

Las conductas de riesgo que comprometen la integridad física y mental de los adolescentes incluyen: uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, conducta sexual de riesgo, conductas alimentarias de riesgo, sedentarismo, conducta violenta, antisocial y de inseguridad que puede ocasionar accidentes o actos delictivos (Arnett, 2008; Ezpeleta, 2005; Gómez & McLaren, 2006; Hidalgo y Gutiérrez, 2007).

La investigación acerca de las conductas de riesgo de los adolescentes, se concentra en la posibilidad de prevenir problemas social y económicamente costosos, ya que en buena medida las amenazas al bienestar adolescente en las sociedades industrializadas se relacionan con comportamientos prevenibles como beber en exceso, fumar cigarrillos, tener parejas sexuales casuales sin protección, conductas delictivas violentas o accidentes automovilísticos mortales o graves, la mayoría de los cuales son causados por riesgo durante la conducción o manejar bajo la influencia del alcohol.

Se requiere de una explicación de los procesos y variables relacionados con la instauración de una o más conductas de riesgo, por ello en la siguiente sección se abordan las principales explicaciones acerca de cómo se producen las conductas de





riesgo y qué papel juegan durante la adolescencia. Algunos de los problemas comórbidos de la ansiedad social, consolidan comportamientos de riesgo, lo cual reafirma que es necesario tomar medidas en relación con la detección oportuna y la intervención temprana en dichos comportamientos de riesgo.

En tal virtud, la siguiente sección hace énfasis en dos ejemplos de conductas de riesgo con las cuales se ha reportado asociación de la ansiedad social, éstas son el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo, ambas son objeto de interés en la presente investigación.

Teorías de las conductas de riesgo en la adolescencia.

Entre los diferentes modelos conceptuales que pretenden explicar las conductas de riesgo en la adolescencia se encuentra una orientación general integrada por cognición, aprendizaje y relaciones interpersonales denominada “*síndrome de la conducta problema*”, es planteado por Jessor y Jessor (1977) y Donovan y Jessor (1985); afirman que las interrelaciones de los factores de riesgo, establecen la probabilidad de ocurrencia de ciertos comportamientos problema y que los adolescentes presentan una tendencia a involucrarse simultáneamente en una constelación de conductas que juegan un papel en la transición hacia la edad adulta, los adolescentes que se involucran en un comportamiento de riesgo, tienen mayor facilidad para presentar varios más; pues la experiencia previa facilita actitudes favorables a la realización de otras conductas de riesgo.

Otro modelo importante para las conductas de riesgo es el denominado psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo. Este modelo es propuesto por Sroufe y Rutter (1984) y se conceptualiza como “El estudio de los orígenes y el curso





de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o las transformaciones en la conducta y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo” (Sroufe & Rutter, 1984, p.18).

Torres, Domínguez y Rodríguez (2004) presentan una caracterización del enfoque de la psicopatología del desarrollo, según la cual, ésta tiene como objetivo esclarecer cuales son los procesos del desarrollo que permiten comprender la integración de los elementos evolutivos, clínicos biopsicosociales en el desarrollo normativo y no normativo del niño. Para este efecto, la psicopatología del desarrollo plantea tres componentes principales que son: a) mecanismos y procesos del desarrollo que abarcan desde la infancia hasta la etapa adulta, subrayando el aspecto de continuidad–discontinuidad, b) relaciones entre los comportamientos infantiles normales y patológicos, así como afinidad entre adaptación normal y anormal frente al estrés y las experiencias vitales negativas, y c) impacto del desarrollo sobre la psicopatología del desarrollo.

La dimensión de la multicausalidad característica de la psicopatología del desarrollo, implica continuidad y discontinuidad e incluye el análisis de los factores de riesgo y protección, así como de sus interacciones mutuas a partir de un enfoque del tipo diátesis- estrés.

La perspectiva de la psicopatología del desarrollo hace una distinción entre riesgo y vulnerabilidad, el concepto de riesgo es referido a un amplio conjunto de factores ambientales que han sido identificados como responsables del aumento en la probabilidad de que se presente el trastorno, en tanto que la vulnerabilidad (diátesis) hace referencia a las características endógenas del individuo que son los mecanismos





causales de la aparición del trastorno. Con base en esta diferencia, la psicopatología del desarrollo establece que los riesgos constituyen variables correlacionales o descriptivas de un trastorno pero aunque estas variables externas son importantes, los mecanismos explicativos corresponden a la vulnerabilidad que incluye tanto procesos neurobiológicos como dimensiones del temperamento. Otro elemento distintivo considerado importante es que la vulnerabilidad se conceptualiza como un rasgo permanente que según los teóricos de posturas biologicistas evalúan como inmodificable o escasamente modificable. La postura psicológica al respecto en cambio plantea que el aprendizaje disfuncional por el que se adquirió la vulnerabilidad puede ser influido por nuevas experiencias de aprendizaje, luego entonces puede disminuir o aumentar (Lemos, 2003).

La perspectiva de la Neurociencia Social acerca de los comportamientos de riesgo en los adolescentes, propone que estos están más presentes entre la niñez y la adolescencia como resultado de la modificación del sistema dopaminérgico (reducción subsecuente de la densidad de los receptores de dopamina en el cuerpo estriado y la corteza pre frontal) en el sistema socioemocional del cerebro que tiene lugar a partir de los 9 o 10 años de edad, principalmente entre los hombres.

El neurodesarrollo adolescente según Chambers, Taylor y Potenza (2003) se asocia con cambios en las regiones cerebrales asociadas con la motivación, la impulsividad y la búsqueda de novedades como una transición conductual que en parte está asociada con los cambios madurativos en el sistema subcortical monoaminérgico,

De acuerdo con Steimberg (2008) durante la adolescencia temprana tiene lugar un aumento en la búsqueda de sensaciones, particularmente en presencia de los pares,





sin embargo, la búsqueda de sensaciones correlaciona más con la maduración puberal que con la edad cronológica, por lo tanto, el involucramiento en conductas de riesgo disminuye progresivamente desde la adultez temprana en función de los cambios cerebrales que propician el control cognitivo que mejora paulatinamente la capacidad de autorregulación, dicha capacidad se completa hasta mediados de los veinte años, lo cual hace que la adolescencia sea el tiempo de mayor vulnerabilidad para la incursión en conductas de riesgo.

Otro aspecto importante que se plantea desde esta perspectiva de la neurociencia social, es que los factores que conducen a los adolescentes a involucrarse en conductas de riesgo, son sociales y emocionales pero no cognitivos, por ellos las intervenciones que se fundamentan en la forma de pensar y la información que se proporciona a los adolescentes acerca de las consecuencias adversas del consumo de drogas, es insuficiente (Steimberg, 2008).

La relación entre los comportamientos de riesgo y el diagnóstico de ansiedad social, se ha estudiado poco, sin embargo entre los estudios que han abordado el tema, Kashdan, Elhai y Breen (2008) analizan cómo la ansiedad social se asocia con diversos comportamientos desinhibidos, proponen que las personas con alto grado de ansiedad social, presentan conflictos en la dimensión evitación-aproximación que coexisten con el reconocimiento de amenazas y recompensas relacionadas con las interacciones sociales.

Entre los posibles motivos para involucrarse en comportamientos potencialmente riesgosos se incluye el comportamiento de evitación de los pensamientos y sentimientos negativos, la prevención de riesgos sociales, el





mantenimiento de la seguridad, obtener la aprobación de los demás, desarrollar y fortalecer los lazos sociales, la mejora de experiencias positivas y la participación de la conducta exploratoria.

Kashdan et al. (2008) proponen que las personas con ansiedad social presentan patrones heterogéneos de comportamiento, por lo menos algunas personas socialmente ansiosas utilizan respuestas impulsivas, de exploración y con una propensión al riesgo, por ejemplo, los ansiosos sociales que tienen la creencia de que el alcohol puede aumentar la asertividad o aliviar la ansiedad, muestran patrones problemáticos de consumo de alcohol, o consideran que el consumir grandes cantidades de alcohol le dará mayor estatus, por otra parte se ha observado que otros comportamientos de riesgo como la agresión, prácticas sexuales de riesgo, el comer en forma inadecuada o el abuso de sustancias pueden estar incluidos entre los distintos comportamientos autodestructivos y hedonistas que algunos ansiosos sociales presentan como estrategias para hacer frente a la ansiedad, a la evaluación negativa y a la búsqueda de aceptación social y estatus.

La ansiedad social ha sido asociada con el riesgo de presentación de otra variedad de trastornos de los cuales la mayoría se presenta temporalmente en segundo lugar, es decir que la ansiedad social constituye un factor de riesgo potencial para la presentación de otros trastornos o conductas de riesgo (Fehm, Beesdo, Jacobi, & Fiedler, 2007).

En el presente trabajo, se estudian dos ejemplos de conductas de riesgo como son el consumo abusivo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo, asociados al





trastorno de ansiedad social, en la siguiente sección se analizan los aspectos conceptuales de dicha asociación.

Consumo de alcohol en adolescentes

Los problemas de consumo de alcohol durante la adolescencia, constituyen un importante tópico de Salud Pública, es considerado como una de las conductas de riesgo más frecuentes, casi normativas durante la adolescencia, ya que durante este periodo del ciclo vital, se advierte un mayor riesgo de iniciar el consumo problemático del alcohol y otras drogas (Villatoro et al., 2009).

Los factores de riesgo para los trastornos por abuso de sustancias se clasifican en: genéticos, ambientales y fenotípicos. Los factores genéticos se observan a través de patrones familiares de abuso de sustancia y otros trastornos psiquiátricos; los factores ambientales se refieren a características del funcionamiento familiar, prácticas parentales y maltrato infantil, y otros factores contextuales como la influencia de los pares, las oportunidades de consumo y la disponibilidad de las sustancias. La investigación señala un incremento en la prevalencia de abuso y dependencia del alcohol en adolescentes comparada con décadas anteriores. Aproximadamente un 40% de las personas con trastorno por abuso o dependencia del alcohol desarrollan los primeros síntomas entre los 15 y los 19 años (Thatcher & Clark, 2008).

El uso del alcohol se inicia frecuentemente en la segunda década de la vida, en la adolescencia temprana, aunque algunos adolescentes inician el consumo en la escuela primaria. El primer consumo se define como la primera vez que se consume un trago completo y esto ocurre típicamente entre los 13 y los 14 años de edad, por otra parte es sabido que cuando los adolescentes inician el consumo antes de los 14 años, tienen





mayor riesgo de desarrollar dependencia del alcohol en algún momento de sus vidas en comparación con los que inician el consumo después de los 21 años (Masten, Faden, Zucker, & Spear, 2008).

Los datos de múltiples encuestas nacionales en muestras representativas de la población estadounidense indican que las tasas de uso de alcohol y uso excesivo de alcohol se incrementan progresivamente entre los 12 y los 21 años de edad (Masten et al., 2008). Estos mismos autores señalan que los patrones de consumo de alcohol varían significativamente de acuerdo con la edad. Afirman que de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud 2005, los adolescentes beben menos que los adultos y los adultos mayores, pero beben una mayor cantidad por ocasión de consumo. Cuando los jóvenes entre 12 y 20 años de edad beben, consumen un promedio de cinco copas, lo cual es considerado como abuso (consumo de 5 o más tragos por ocasión de consumo para hombres y 4 o más tragos por ocasión de consumo para mujeres) además de que algunos de los contextos que atraen específicamente a los adolescentes como las fiestas organizadas, la escuela o el servicio militar están asociados con altas tasas de conducta de beber, finalmente afirman que el consumo de alcohol en menores de edad se estima que generó una industria de \$22.5 billones de dólares en el año 2001.

Otra razón significativa por la cual es importante atender a los adolescentes con problemas relacionados con el alcohol, es que de acuerdo con diversas teorías acerca del consumo de alcohol (p.ej. Modelo de la Puerta de Entrada, Kandel, 1975, Kandel & Jessor, 2002; Modelo factores de riesgo y protección {Hawkins, Catalano, & Miller, 1992}), frecuentemente el consumo del alcohol se asocia con el consumo de tabaco y





mariguana, además, las características de la infancia temprana que incrementan el riesgo de los adolescentes para presentar trastornos por uso de alcohol, también incrementan el uso problemático de otras sustancias, esto significa que los adolescentes con edad de inicio temprano en el consumo del alcohol, tienden a experimentar problemas de mayor severidad en el consumo de sustancias y mayor relación con otros trastornos psicológicos (Martin & Winters, 1998; Thatcher & Clark, 2008). Estos autores plantean que identificar las características durante la infancia podría ser un factor importante para la prevención de los trastornos por consumo de alcohol y otras drogas, por lo que sugieren que identificar factores y características observables que puedan predecir el uso de drogas y alcohol sería muy útil.

Panorama epidemiológico.

Europa.

Anderson y Baumberg (2006) afirman que actualmente en Europa el alcohol tiene una diversidad de usos y significados que pueden ir desde un complemento de las comidas familiares, un ritual que realza algún acontecimiento, o para separar el tiempo de trabajo del tiempo de ocio. Afirman que Europa es la región del mundo en la que se consume mayor cantidad de alcohol a pesar de que se advierte una disminución del consumo desde la década de los 70s, (de 15 a 11 litros por persona por año) al igual que en la mayoría de las culturas, los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de consumir alcohol, y hacerlo en mayor cantidad. La cerveza es la forma en que se consume la mitad del alcohol y la otra mitad se divide entre vino y licores. La embriaguez es simbólica ya que su expresión conductual se modifica de un país a otro. En relación con los jóvenes se encuentra que todos los estudiantes europeos entre 15 y





16 años han bebido alguna vez en su vida con una media de alcohol consumido por ocasión de consumo de 60g. La edad media de inicio es a los 12.5 años, reportándose un incremento en la mayoría de los países Europeos de consumo “en atracones” o abuso (Binge-drinking) a partir de la década de los 90. El consumo adolescente europeo presenta nuevas características cambiando el habitual patrón mediterráneo a un modelo anglosajón de consumo excesivo durante el fin de semana, sustituyendo el consumo experimental por otro de consumo elevado asociado a momentos de ocio, sin diferencias en relación con el sexo pero sí con respecto a la edad, los adolescentes de 12 a 14 años presentan un consumo intermitente, con un incremento en el consumo entre los 14 - 15 años, y un patrón de consumo de fin de semana que es el más frecuente a la edad de 17 años (Mendoza y López, 2007; Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008). En un estudio español, Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) analizan los patrones de consumo de alcohol de una muestra de adolescentes de secundaria con edades entre los 12 y los 18 años de edad. Los resultados señalan que 20.9% de los adolescentes son consumidores habituales de alcohol; de ellos un 4.8% tiene 12 años de edad. A los 13 años el consumo promedio es de 5.25 copas por ocasión de consumo y el máximo consumo se encuentra a los 14 años con 8.7 copas, disminuyendo a los 15 años, no se acreditan diferencias significativas por sexo. La media del consumo supera el límite de riesgo para la salud, se constata una aceptación del consumo por parte de la población adulta, con baja percepción de riesgo tanto por los adolescentes como por los adultos, así como la facilidad de la disposición del alcohol, factores que favorecen el consumo.



Estados Unidos.

La mitad de los individuos mayores a 12 años dicen que beben alcohol, con diferencias significativas entre las diferentes razas y orígenes étnicos. 54 millones de estadounidenses afirman beber más de cinco copas por ocasión de consumo, 42% de los estudiantes universitarios encuestados, aceptó haber bebido en exceso durante las dos semanas anteriores, con mayor prevalencia masculina, de ellos, se evidenció que a mayor número de copas por semana, menores calificaciones obtenían en la Universidad (Durand & Barlow, 2007). En Estados Unidos, casi quince millones de adultos son dependientes del alcohol (Substance Abuse And Mental Services Administration, 2003), puede decirse que el consumo de alcohol es un hábito importante en la población norteamericana.

México.

En México es ilegal vender o proporcionar bebidas alcohólicas a la población menor de 18 años, sin embargo; el consumo de alcohol entre los adolescentes es una práctica frecuente particularmente entre los adolescentes urbanos (Díaz et al., 2009).

Este consumo de bebidas embriagantes se asocia con las principales causas de morbilidad entre los adolescentes como accidentes y violencia, también impacta negativamente el desempeño académico, favorece las implicaciones en actividades sexuales de riesgo y retrasa o detiene procesos de maduración y desarrollo físico y cognoscitivo; asimismo facilita conflictos familiares, conductas antisociales y/o comportamientos criminales (Díaz et al., 2009). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2003 (Medina-Mora et al., 2003) hay una elevación del consumo de





alcohol durante los últimos doce meses del 27.6% al 30% entre los jóvenes de 12 a 17 años.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA, 2008) señala que el consumo del alcohol sigue siendo un problema importante de salud pública. Esta encuesta especifica que el patrón de consumo de los mexicanos es esporádico pero con altas cantidades por ocasión de consumo. Asimismo se plantea que los adolescentes imitan el patrón de consumo de la población adulta y que las diferencias de género en el consumo son menos marcadas entre el grupo de menores de edad y que las adolescentes mujeres incrementan el nivel de consumo. En cuanto a la preferencia de bebidas, se confirma que la cerveza es la bebida preferida de la población mexicana, siguiendo en orden los destilados y en menor grado el vino de mesa y las bebidas preparadas. Entre los adolescentes la preferencia se modifica ya que se inclinan más hacia las bebidas preparadas (ENA, 2008).

Díaz et al. (2009) realizaron un estudio con población de nuevo ingreso al bachillerato de la Universidad Nacional Autónoma de México cuyo objetivo fue identificar el consumo riesgoso y dañino y sus factores predictivos en adolescentes. Se consideró el criterio de la prueba AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) como el puntaje ≥ 3 que es el puntaje recomendado para la población adolescente. Los resultados muestran que un 17.2% de los adolescentes evaluados presentó un consumo riesgoso y dañino. El riesgo se duplica entre los hombres comparados con las mujeres. En este estudio se observa que la frecuencia y mayor riesgo aumenta con la edad, el menor riesgo se identificó entre los 14 y 15 años, triplicándose entre los 16 a 17 años y cuadruplicándose entre los 18 y 19 años de edad.



Entre las variables que se asocian con un mayor riesgo se encuentran el trabajar por parte de los estudiantes, mayor ingreso familiar (\geq a 10 salarios mínimos mensuales) y padre con 7 a 12 años de educación (Díaz et al., 2009). Las principales teorías explicativas acerca de las adicciones, entre ellas el consumo de alcohol, plantean las variables involucradas en la tabla 4.

Tabla 4
Teorías psicosociales de las adicciones

Teorías	Características clave
Teoría Moral	El abuso de sustancias es visto como un vicio o pecado. El castigo específico eliminará el “mal comportamiento”
Teoría Espiritual	Atribuye el abuso de sustancias a la ausencia de un enfoque metafísico dentro del individuo afectado. La recuperación sólo es posible si los individuos afectados reconocen su incapacidad para autocorregirse
Teoría de la Enfermedad	El abuso de sustancias es una enfermedad progresiva con una historia natural identificable además de una condición permanente o una enfermedad única en la vida.
Teoría de la Dependencia Química	El abuso de sustancias es un síndrome caracterizado por un grupo de fenómenos tanto biológicos como psicológicos.
Teoría del Aprendizaje social (Bandura, 1977)	El comportamiento se explica a través de una teoría dinámica y recíproca en la que los factores personales, influencias del entorno y el comportamiento interactúan continuamente.
Teoría de la conducta planeada. Azjen (1985 y 1991)	El mejor predictor de un comportamiento es la intención. Los determinantes de la intención son la actitud del individuo hacia el comportamiento, sus normas subjetivas y el control percibido o su propia percepción de capacidad para llevar a cabo esa conducta.
Modelo Biopsicosocial Leigh y Reiser, (1980) Schwartz (1982).	El abuso de sustancias es el resultado neto de una compleja interacción entre una combinación de determinantes biológicos, psicológicos y sociales.
Teoría de la conducta problema. Jessor y Jessor (1977).	El comportamiento problemático está correlacionado positivamente con otros patrones de dicho comportamiento y correlacionado negativamente con el comportamiento convencional.
Teoría Sintomática/Modelos Socioculturales.	El abuso de sustancias se desarrolla como resultado de fuerzas sociales perjudiciales como desempleo, pobreza, violencia, disfunción familiar, además de injusticias de género y edad.
Modelos de Salud Pública.	Tres tipos de factores causales para entender el consumo de drogas: el factor (droga), el huésped (diferencias individuales que influyen



susceptiblemente a la condición) y el entorno.

Modelos de Riesgo/Modelos de Riesgo y protección Bry (1983), Bry y Krinsely (1990), Hawkins et al. (1992), Newcomb y Féliz-Ortiz (1992).

El número de factores de riesgo parece directamente relacionado con la intensidad y etapa del consumo de drogas. Identificando los individuos con mayores niveles de exposición a un gran número de factores de riesgo, es posible identificar individuos susceptibles. Dichos factores son de tipo físico y psicosocial.

Tomada de: Duarte, Escario y Molina (2009). *El abuso juvenil de alcohol: Estimaciones Count Data*. Revista de Economía Aplicada. 49, XVII, pp. 84.

Patrones de consumo de alcohol.

El consumo de alcohol es una práctica que integra elementos socioculturales, de género, de edad, de normas sociales entre otros, para su estudio, es indispensable saber quienes beben, cuanto y con que frecuencia se realiza, qué se bebe y bajo qué circunstancias. Para ello se han establecido diversos criterios para definir los llamados patrones de consumo de alcohol (Ribera y Villar, 2005).

El DSM-IV describe el consumo abusivo de alcohol cuando la persona experimenta al menos una de cuatro síntomas durante al menos doce meses: 1) discapacidad para el funcionamiento, 2) uso arriesgado, 3) problemas legales o problemas sociales que conducen a un malestar clínicamente significativo o distrés.

La dependencia se identifica cuando la persona muestra en un periodo de doce meses al menos tres de los siguientes síntomas: 1) tolerancia, 2) abstinencia, 3) beber grandes cantidades en un periodo más largo, 4) intentos no exitosos de dejar de beber y 5) mucho tiempo empleado en consumo de alcohol (APA, 1995).

Sin embargo existen otras clasificaciones como la que atribuyen Fantín y Barbenza (2007) a Vallejo (1998) que clasifica cuatro tipos de conductas respecto a la bebida:





- 1) Abstinencia.
- 2) Ingesta sin problemas. Bebedores no problemáticos que son aquellos en los que el consumo de alcohol no produce inconvenientes, se incluyen los bebedores ocasionales, con una ingesta de escasa cantidad y frecuencia y por los bebedores moderados que no beben más de dos copas ni llegan al estado de ebriedad.
- 3) Ingesta con problemas. Consumidores que presentan problemas, bebedores sociales que necesitan ingerir alcohol en las situaciones sociales para integrarse; bebedores fuertes, personas que beben abundantes cantidades de alcohol en distintos momentos del día, todos los días, no se embriagan en situaciones y lugares impropios, ebrios ocasionales, bebedores fuertes que deciden emborracharse voluntariamente ante determinadas circunstancias.
- 4) Dependencia del alcohol. Tienen pérdida del control sobre el consumo del alcohol. No pueden disponer del momento, el lugar o la cantidad a ingerir.

La clasificación anterior coincide con la fundamentación de la Prueba para Identificación de Desórdenes de Alcohol (AUDIT, 1993) en la que se definen tres categorías: a) *consumo no perjudicial de alcohol* (abstinencia o bajo consumo), b) *consumo de riesgo* (consumo problemático) y c) *dependencia del alcohol* (Fantín y Barbenza, 2007).

Ansiedad social y consumo de alcohol en adolescentes

La noción de que las personas que presentan trastornos de ansiedad tienen una propensión a consumir alcohol para aliviar sus síntomas, ha sido apoyada con informes





que muestran altas tasas de comorbilidad de alcohol y problemas de ansiedad (Crum, & Pratt, 2001; Hofmann, Richey, Kashdan, & McKnight, 2009).

Kushner, Sher y Beitman (1990) realizaron una revisión de encuestas epidemiológicas, resultados de estudios familiares y estudios de campo, a partir de ellos concluyen que la relación entre los problemas del alcoholismo y la ansiedad parece ser variable entre los trastornos de ansiedad, afirman que en la agorafobia y la ansiedad social, los problemas con el alcohol se asocian con intentos de automedicación de los síntomas de ansiedad, pero en el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada las personas pueden ser más propensas a seguir un patrón de consumo de alcohol patológico. La fobia simple no parece estar relacionada con problemas de alcohol de una manera significativa. Respecto a la relación ansiedad social y consumo de alcohol, los pacientes con ansiedad social tienen una mayor proporción de personas que consumen alcohol comparados con las poblaciones con otros trastornos de ansiedad (Botella et al., 2003). Gilles, Turk y Fresco (2006) refieren que la ansiedad social ha demostrado tener relación con las conductas de consumo de alcohol entre estudiantes universitarios. Entre las razones que se han encontrado comúnmente está conocer a nuevas personas incluyendo personas del sexo opuesto. Esto aunado al hecho de que entre los estudiantes con ansiedad social se expresan creencias y expectativas respecto a los posibles efectos sociales positivos del alcohol.

Buckner, Schmidt et al. (2008) señalan que ha sido poco estudiada la secuencia temporal entre los trastornos de ansiedad social y por consumo de alcohol y también es insuficiente la información en torno a saber si la ansiedad social es un factor de riesgo específico para el consumo problemático de alcohol. En el estudio que presentan, el





resultado indica que la ansiedad social está asociada con una razón de momios de 6.5 para dependencia de cannabis y una de 4.5 para dependencia de alcohol, a diferencia de otros trastornos del estado de ánimo y de ansiedad que fueron evaluados. Concluyen que entre todos los trastornos internalizados, el TAS es un factor de riesgo significativo para la dependencia de alcohol y mariguana.

Otro reporte en el que se considera a la ansiedad social como factor de riesgo para trastornos por consumo de alcohol es realizado por Buckner y Turner (2009) en él se planteó como propósito clarificar si el trastorno de ansiedad social constituye un riesgo para trastornos por consumo de alcohol, el estudio evaluó 1803 participantes adultos jóvenes y concluye que el trastorno de ansiedad social es el único trastorno internalizado que predice trastornos por consumo de alcohol, después de controlar otras variables relevantes como la depresión y otros trastornos de ansiedad, los autores confirman la direccionalidad específica trastorno de ansiedad social-trastornos por consumo de alcohol.

Buckner y Schmidt (2009) presentan evidencia de que el trastorno de ansiedad social sí es un factor de riesgo para los trastornos por consumo de alcohol, lo consideran como una vulnerabilidad que antecede a la presencia de los trastornos por consumo de alcohol, específicamente se identifica la *ansiedad de interacción social* como *factor predictor*, estos autores evaluaron una muestra de 404 adultos jóvenes que fueron seguidos por alrededor de dos años, como conclusiones se reporta que específicamente *el miedo al escrutinio* constituye un factor potencial de vulnerabilidad que requiere de mayor atención e investigación.



En virtud de lo anterior, es una asignatura pendiente el teorizar acerca de esta posible asociación, en tal virtud; en la siguiente sección se abordarán elementos que describen las posibles explicaciones al respecto.

A pesar del creciente interés en el campo de la asociación entre la ansiedad social y los trastornos por consumo de alcohol, aún falta por formular un modelo integral que explique el desarrollo de dichos problemas.

Está bien establecida la relación entre el uso de sustancias y los trastornos de ansiedad en general, sin embargo los mecanismos causales que subyacen a esta relación no son suficientemente claros, entre las explicaciones propuestas se encuentran tres hipótesis posibles: 1) *la presencia de uno de los trastornos conduce directamente al desarrollo del otro* (modelo causal), 2) *la presencia de uno de los trastornos incrementa el riesgo individual de desarrollo del otro* (modelo causal indirecto) y 3) *factores comunes pueden sumarse para aumentar el riesgo de desarrollar ambos trastornos* (modelo de relación no causal entre ambos trastornos). El primer modelo (causal) fundamenta la hipótesis de la automedicación (uso de alcohol u otras drogas en un intento de reducir la ansiedad), establece que las personas que presentan un trastorno de ansiedad primario, tienden a desarrollar trastornos por uso de sustancias como resultado del intento de automedicar sus síntomas de ansiedad (Robinson, Sareen, Cox, & Bolton, 2009).

En cuanto a la asociación entre ansiedad social y consumo de alcohol en adolescentes, destacan tres modelos teóricos que son: 1) *la teoría de la reducción de la tensión* (Conger, 1956) ésta afirma que *la tensión la ansiedad o el estrés* juegan un papel instigador en el consumo del alcohol, esta teoría asume que el consumo de alcohol





constituye una respuesta instrumental de escape reforzada por las propiedades del alcohol de reducción de la tensión (Higgins & Marlatt, 1975), 2) *el Modelo de Respuesta al Estrés* (Sher & Levenson, 1982) y más recientemente 3) *la teoría de la automedicación* (Thomas, Carrigan, & Randall, 2003; Khantzian, 1985), éstos autores han refinado la teoría de Conger (1956), sin embargo persiste en todas ellas la hipótesis global de que el alcohol actúa como un reforzador negativo para reducir el estrés o el afecto negativo.

En el caso específico de la ansiedad social, se observa la creencia de que el consumo de alcohol reducirá la ansiedad. Una alternativa de explicación es la que pone el acento en la cognición como el mecanismo específico que explica el efecto ansiolítico del alcohol, un ejemplo de estas explicaciones es el modelo de autoconciencia, con base en dicho modelo, Hull, Young y Jouriles (1986) proponen que el alcohol interfiere con el proceso de codificación de la información, subsecuentemente se reduce la autoconciencia con lo cual se producen deficiencias en las respuestas a las normas del contexto y ocurren conductas como la agresividad y la asunción de riesgos.

Robinson et al. (2009) reportan datos de un estudio en el que se evaluó la relación entre cuatro trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, fobia específica y trastorno de ansiedad generalizada) con el consumo de alcohol y la prevalencia de la automedicación; tanto con alcohol como con drogas, en cada uno de los trastornos.

Los resultados de dicho trabajo (Robinson et al., 2009) señalan que la fobia social o ansiedad social, obtuvo la más alta prevalencia de automedicación con sólo alcohol, (14.9%), muy cercana a la que tiene el trastorno de ansiedad generalizada que



es el que ocupa el segundo lugar de prevalencia. Así también, se concluye que cuando se analiza la prevalencia combinando alcohol y drogas; la automedicación prevalece en un 5.1 % para la ansiedad generalizada, en segundo lugar el trastorno de ansiedad social con 4.5% y en tercer lugar el trastorno de pánico con agorafobia.

Un modelo emergente que pretende explicar los mecanismos que fundamentan la relación entre ansiedad social y los trastornos por consumo de alcohol en adultos, especialmente la dependencia es propuesto por Bacon y Ham (2010). Lo denominan Modelo Cognitivo de Afrontamiento de Evitación; y parte de la consideración de que los individuos socialmente ansiosos pueden ser especialmente vulnerables a los efectos reforzantes del alcohol, proponen una integración teórica de los datos existentes sobre la atención del papel del alcohol como ansiolítico, a través de la restricción en el procesamiento emocional dada la gran cantidad de evidencia empírica que identifica en los ansiosos sociales un sesgo de la atención centrada en la amenaza social. Por otra parte, se toma como referencia que el modelo cognitivo conductual de la ansiedad social (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997) que identifica a la atención selectiva de las señales de amenaza; como la responsable del mantenimiento de la ansiedad social.

Otros hallazgos desde la perspectiva de la neurociencia cognitiva (por ej. Masten et al., 2008; Varlinskaya & Spear, 2009), subrayan evidencia acumulada en investigaciones con animales y un pequeño número de estudios en humanos, que el consumo del alcohol varía en función de la edad y etapa de desarrollo, particularmente en los adolescentes se observa que éstos son menos sensibles a los efectos adversos de la intoxicación alcohólica aguda como sedación, resaca y ataxia, no obstante son más



sensibles a los efectos sobre la facilitación social; por otra parte, indican que el consumo de alcohol durante la adolescencia produce efectos a largo plazo, incluyendo la probabilidad del incremento en el consumo de alcohol durante la etapa adulta.

Varlinskaya y Spear (2009) ponen el acento en el papel del etanol sobre la facilitación de la interacción social en las ratas adolescentes, los efectos motivacionales del etanol sobre el juego social están mediados en parte por la liberación de ligandos endógenos para los receptores μ - opioides o un incremento de la sensibilidad de estos receptores. Esto explica los efectos reforzantes del etanol, que pueden jugar un papel substancial en la modulación de los efectos estimulatorios o apetitivos de bajas dosis de etanol sobre la conducta social durante la adolescencia. En conclusión, las ratas adolescentes al igual que los humanos, presentan elevaciones en las interacciones sociales con los pares dirigidas hacia la búsqueda de sensaciones y a la toma de conductas de riesgo, lo cual se asocia con los cambios en las regiones cerebrales relacionadas con la motivación y la recompensa.

En síntesis, la relación entre la ansiedad social y el consumo abusivo de alcohol constituye un campo emergente que cobra interés paulatinamente, por tanto; uno de los aspectos que se considera importante para este trabajo, fue evaluar la probabilidad de que la ansiedad social, además de los factores de riesgo ya reconocidos como tales para ambas conductas de riesgo, tenga un efecto predictor sobre el consumo de alcohol y sobre la conducta alimentaria que es el siguiente aspecto que se analiza en este trabajo.





Trastornos de la conducta alimentaria y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes

La conducta alimentaria es definida por Saucedo-Molina (2003) como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural; todas ellas relacionadas con la ingestión de alimentos. Es influida por factores de diversa naturaleza, mismos que van más allá de los requerimientos nutricionales de los individuos y de las propiedades de los alimentos.

Los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes constituyen un problema creciente de Salud Pública tanto internacional como localmente, desde la segunda mitad del siglo XX. Se caracterizan por un sustancial deseo de adelgazar, prácticas dirigidas a este propósito como son los ayunos o el ejercicio excesivo, la creencia de que es imprescindible una figura delgada para una buena autoestima (Unikel–Santoncini, Bojorquez–Chapela, Villatoro–Velazquez, Fleiz–Bautista y Medina–Mora, 2006).

Los trastornos de la conducta alimentaria incluyen tres categorías que son: anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado. La anorexia nervosa que “se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales” (APA, 2002, p. 653).

La bulimia nervosa que se refiere a “episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo” (APA, 2002, p. 653) y trastornos no especificados que incluye los “trastornos que no



cumplen con los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico” (APA, 2002, p. 653).

En el DSM IV no se considera la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria, aunque si ocurre con la CIE-10. Para el DSM IV TR, se definen como alteraciones graves de la conducta alimentaria que afectan mayoritariamente a la población femenina y se instauran durante la adolescencia (Goñi y Rodríguez, 2007; Durand & Barlow, 2007). Las tablas 5 y 6 muestran los criterios del DSM-IV TR y la CIE-10 para el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Tabla 5

Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de anorexia nerviosa

-
- A. Negativa a mantener el peso encima del valor mínimo normal (p.ej., pérdida que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable).
 - B. Miedo intenso a incrementar peso aún teniendo un peso inferior al normal.
 - C. Alteración de la percepción del cuerpo o la silueta, exageración de su importancia en la autoevaluación, negación del peligro que implica el bajo peso.
 - D. En mujeres pospuberales, amenorrea (3 ciclos consecutivos).
- Tipos:
 Restictivo: durante el episodio, el paciente no incurre en atracones o purgas
 Compulsivo/purgativo: durante el episodio el paciente incurre regularmente en atracones o purgas
-

Tabla 6

Criterios CIE – 10 para el diagnóstico de anorexia nerviosa

-
- A. Pérdida significativa de peso (IMC<17.5)*
 - B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la restricción de alimentos “que engordan”
 - C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un umbral de peso corporal
 - D. Trastorno endocrino generalizado que se manifiesta en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia
 - E. No cumple los criterios D y E de bulimia nerviosa
-

*IMC, índice de masa corporal = peso (kg) / altura (m)²



Como puede observarse en las tablas 5 y 6, los criterios del DSM-IV TR y de la CIE -10 mantienen diferencias importantes entre sí, por ejemplo; la CIE-10 se basa en el índice de masa corporal (IMC) estableciendo que en la anorexia nerviosa el índice de masa corporal debe ser menor a 17.5. En el DSM IV, no se considera la medida del índice de masa corporal que por otra parte, disminuye fisiológicamente con la edad.

Otra diferencia es que la CIE -10 no hace referencia a la decisión de adelgazar que sí se menciona en el DSM-IV TR. La CIE -10 considera la distorsión de la imagen corporal como psicopatología específica de la imagen corporal, sin embargo está presente en diversas condiciones no necesariamente psicopatológicas o relacionadas con la conducta alimentaria (por ejemplo, bulimia nerviosa, dismorfofobia, obesidad, embarazo).

La CIE -10 presenta una detallada descripción de los aspectos fisiológicos que no afina los criterios diagnósticos del DSM-IV TR, este último incluye una diferenciación entre el tipo restrictivo y el tipo compulsivo/purgativo (Arrufat, 2006).

De las personas con anorexia nerviosa a las que se da seguimiento por el tiempo suficiente, hasta 20% fallece como consecuencia de su trastorno y poco más de 5% muere antes de 10 años (Durand & Barlow, 2007).

Las tablas 7 y 8 incluyen los criterios tanto del DSM como de la CIE para la bulimia nerviosa.



Tabla 7

Criterios DSM –IV TR para el diagnóstico de bulimia nerviosa

-
- A. Atracones recurrentes caracterizados por:
1. Ingesta en poco tiempo de más cantidad de alimento que la ingerida por la mayoría de las personas en circunstancias similares
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas para no ganar peso: vómitos, laxantes, enemas, ayunos, ejercicio físico excesivo
- C. Los atracones y las conductas compensatorias tienen lugar como promedio al menos dos veces por semana durante tres meses
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el curso de una anorexia nerviosa
- Tipos:
- Purgativo: Durante el episodio incurre regularmente en vómitos, uso de laxantes, diuréticos o enemas
- No purgativo: durante el desarrollo incurre en ayunos o ejercicio excesivo, pero no en vómitos, uso de laxantes, diuréticos o enemas.
-

Tabla 8

Criterios CIE - 10 para el diagnóstico de bulimia nerviosa

-
- A. Episodios frecuentes de hiperfagia, consumiendo grandes cantidades de alimento en corto tiempo
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer
- C. Intentos de contrarrestar la repercusión sobre el peso mediante uno o más de estos síntomas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, ayunos, fármacos anorexígenos o diuréticos
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (pudiendo conducir a un déficit de peso)
-

En el caso de la bulimia nerviosa, Arrufat (2006) señala las diferencias entre el DSM –IV TR con respecto a la CIE-10:

El DSM-IV TR delimita con claridad el concepto de atracón con un criterio social (cantidad superior a la que ingeriría la mayor parte de la gente en circunstancias similares) y otro subjetivo (sensación de pérdida de control).



Señala al ejercicio físico como un procedimiento compensatorio de los atracones, lo cual no se describe en la CIE – 10.

Subraya la ansiedad y el malestar que precede a los atracones y las alteraciones de la imagen corporal (no considerados en la CIE -10).

Proporciona un criterio de frecuencia y duración del trastorno: *al menos dos veces por semana durante tres meses.*

Clasifica la bulimia en: tipo purgativo y tipo no purgativo, los cuales tienen utilidad práctica para el diagnóstico.

El tercer tipo de trastornos de la conducta alimentaria es el no especificado, se refiere a una categoría de trastornos que no cumplen con los criterios para ningún otro trastorno específico de la conducta alimentaria.

Ejemplos:

- 1) Mujeres que cumplen con todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, menos con la amenorrea porque sus periodos menstruales son regulares.
- 2) Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa a excepción de que el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (Arrufat, 2006).

Patton et al. (2008) postulan que el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adultas se estima en alrededor del 8% para bulimia nervosa y de 3% para anorexia nervosa. Esto fortalece el consenso de que las alteraciones de la conducta alimentaria se presentan durante la adolescencia media, con una lenta





progresión hacia trastornos severos. Asimismo subrayan que *entre los trastornos de la conducta alimentaria existen altas tasas de disfunción social*.

Beato y Rodríguez (2000) afirman que los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan en función de múltiples variables que confluyen en un momento determinado.

Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010) formulan como los principales factores de riesgo estudiados en relación con los trastornos de la conducta alimentaria: *las conductas alimentarias de riesgo*, el índice de masa corporal (IMC) y las actitudes hacia el cuerpo, derivadas de una valoración social del cuerpo delgado, delgadez que se asocia con éxito y *deseabilidad social*.

También son variables relevantes en la presentación de trastornos de la conducta alimentaria, el seguimiento acrítico de la moda del vestir, que establece la necesidad ineludible de corresponder a la estética impuesta de figuras ideales representadas por los modelos sociales; factores biológicos, factores de personalidad (obsesividad, esquizotipia, perfeccionismo, narcisismo), variables del desarrollo personal (autoeficacia, nivel de expectativas, temor a la madurez) y factores físicos (cambios corporales, metabólicos de la adolescencia, antecedentes de enfermedad orgánica, problemas digestivos, obesidad en la infancia, intervenciones quirúrgicas) o *trastornos psicológicos* (depresión, *ansiedad*) y alteraciones interoceptivas, riesgos ocupacionales como la práctica del ballet o ejercicio y rendimiento físico (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010).

La investigación en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se desarrolla en México de manera sistemática desde la década de los noventa, sin



embargo dada su baja prevalencia ha sido difícil acceder a los pacientes con dichos trastornos y con ello consolidar los aspectos teóricos y clínicos adecuados a la población mexicana (Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004), en virtud de lo anterior; este trabajo se circunscribe a los *síndromes subclínicos o conductas alimentarias de riesgo* ya que presenta una mayor prevalencia en comparación con la de TCA, y ello haría más factible identificar conductas alimentarias de riesgo en la muestra de adolescentes escolarizados.

En la siguiente sección se define ampliamente el constructo *conductas alimentarias de riesgo*.

Conductas alimentarias de riesgo

Las conductas alimentarias de riesgo son también denominadas *síndromes parciales o formas subclínicas de los trastornos de la conducta alimentaria*, son diferenciadas de éstos en que no cumplen íntegramente con los criterios vigentes para considerarlas como tal, sin embargo como se había mencionado antes, tienen una prevalencia superior a la de los trastornos de la conducta alimentaria y son consideradas como *factores de riesgo* para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Ballester, Blanco, Patiño, Suñol y Ferrer, 2002; Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004).

El concepto de conductas alimentarias de riesgo según Patton et al. (2008), surge en la década de los 90, como un nuevo perfil de comportamientos alimentarios identificados a través de encuestas comunitarias cuyos resultados propiciaron la idea de que estos síndromes parciales *podrían desarrollar en algún punto del ciclo vital, trastornos completos de la conducta alimentaria*, por lo cual se consideró que la



detección temprana de los síndromes parciales facilitarían una intervención más oportuna.

Al respecto, Patton et al. (2008) realizaron una investigación acerca de los *síndromes parciales* en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, *definen síndrome parcial como el cumplimiento de al menos dos criterios para la anorexia o bulimia nervosa en una o más evaluaciones entre los 15 y los 17 años de edad*. Evaluaron 1943 participantes entre los que encontraron que la presencia de síndromes parciales tuvo una *prevalencia de 9.4% en las mujeres y 1.4 % entre los hombres*. Otro hallazgo en dicho estudio fue que entre los participantes con síndromes parciales, se observaron *síntomas depresivos y de ansiedad, dos o tres veces más que en los controles*. Concluyen que aun cuando se discute a nivel internacional si los síndromes parciales podrían desarrollarse hasta consolidar trastornos de la conducta alimentaria o no, dada la subsecuente psicopatología y el *déficit en el funcionamiento social*, se justifica ampliamente el establecimiento de programas preventivos para los adolescentes con síndromes parciales, además de que se señala un incremento de estas formas de *presentación parcial de los trastornos de la conducta alimentaria*.

Entre las conductas alimentarias de riesgo se catalogan la *restricción alimentaria* [ayunos y dietas crónicas], *sobrealimentación* [atracones o episodios de ingestión excesiva] *conductas compensatorias* [vómito autoprovocado, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, práctica de ejercicio excesivo], *sensación de pérdida de control al comer*, así como la *preocupación por el peso y la comida* (Alva y Cukier, 2009; Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010).





Algunas de las conductas alimentarias de riesgo pueden por sí mismas tener consecuencias psicológicas y físicas, por ejemplo favorecer la baja autoestima y autoconfianza y favorecer el aislamiento por la insatisfacción con la imagen corporal, o en el caso del vómito autoprovocado, puede generar erosión dental, ruptura del esófago y otros problemas médicos a pesar de no llegar a conformar un TCA (Alva & Cukier, 2009).

Los dietantes crónicos se clasifican en exitosos y no exitosos, ambos limitan continuamente su alimentación por temor al incremento en el peso corporal, los exitosos muestran baja susceptibilidad a fracasar en ella, y los no exitosos ante circunstancias como el consumo de algún alimento prohibido, consumo de alcohol o frente a estados emocionales intensos como la ansiedad, modifican el patrón alimentario llegando a la *sobrealimentación*, lo cual se asocia con una forma particular de autorregulación emocional, es decir, alternan la alta restricción con una alta susceptibilidad a la sobrealimentación (Silva, Livacic-Rojas, & Slachevsky, 2006).

Respecto de la preocupación por el peso corporal, Gracia, Marcó y Trujano (2007) afirman que se aprecia una disminución paulatina de la edad de inicio de esta cognición, la cual se advierte actualmente desde los 8 ó 9 años de edad de tal forma que desde esta etapa preadolescente, se puede encontrar la preocupación por la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo como en los adolescentes y los adultos jóvenes.

Gracia et al. (2007) proponen como variables críticas para el grupo de niños: la edad, la etnia, el índice de masa corporal, el autoconcepto y el rol de la familia y los pares. En el caso específico de la *preocupación por la imagen corporal y por la comida*





en los niños, destacan como factores asociados: a) *mensajes verbales negativos y burlas recibidas de otros niños*, b) *interacción con los pares*, c) *influencia y contexto de la familia*.

Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2008) reportan como resultado de un estudio realizado en estudiantes de la licenciatura en nutrición de la Ciudad de México, que *la restricción alimentaria es una práctica cotidiana tanto en hombres como en mujeres que tratan de controlar o reducir su peso corporal y que esta práctica se asocia significativamente con trastornos de la conducta alimentaria*. Señalan estos autores que en su estudio se encontró mayor prevalencia de hombres que rebasaron los puntos de corte establecidos para todos los instrumentos aplicados, discrepando de otros estudios donde se señala que las mujeres presentan mayor frecuencia de ayunos y dieta restrictiva, *este estudio identifica que fueron los varones quienes presentaron mayor frecuencia de restricción alimentaria y ayuno, mientras que en las mujeres se encontró mayor frecuencia de ejercicio excesivo*.

Otro dato importante del estudio de Cruz et al. (2008) es que *la frecuencia en el uso de laxantes y diuréticos fue mayor entre los varones mientras que entre las mujeres se manifestó principalmente el vómito autoinducido*.

Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) subrayan que en los estudios realizados con adolescentes mexicanos, *se ha confirmado que a mayor edad, mayor insatisfacción con la imagen corporal y mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo*. Asimismo se señala que el índice de masa corporal (IMC) tiende al sobrepeso y a la obesidad de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 2003.





En México, algunos estudios (Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, 2010) han comprobado que *las conductas alimentarias de riesgo se encuentran presentes en especial en adolescentes y adultos jóvenes prioritariamente en mujeres*. Unikel-Santoncini et al. (2006) realizaron un estudio que evaluó en población estudiantil la relación de las conductas de riesgo con la edad, sexo, edad y nivel de escolaridad del jefe de familia, los resultados señalan una tendencia creciente tanto en varones como en mujeres en dos mediciones: *la primera realizada en 1997 reportó que 1.3% de los hombres y 3.4% de las mujeres presentaban tres o más conductas alimentarias de riesgo*. En la medición del 2003, *los hombres habían ascendido a 3.8% mientras que las mujeres se ubicaban en 9.6%*. Se identificaron como los grupos de mayor riesgo a los *varones entre los 12 y 13 años y las mujeres entre 18 y 19 años, así como las adolescentes cuyo jefe de familia reporta mayor nivel de escolaridad*.

Los estudios realizados en población comunitaria mexicana señalan que *existe una mayor prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo que de trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos* (Ballester, García-Blanco, Patiño, Gurnés y Ferrer, 2002; Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004) en virtud de lo anterior, este trabajo se circscribe a los *síndromes subclínicos o conductas alimentarias de riesgo* cuya presencia es de mayor magnitud y *su rol como factores de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria se ha constituido recientemente como un campo emergente*.

En la siguiente sección se explora la posible asociación entre la ansiedad social, los trastornos de la conducta alimentaria y la conducta alimentaria de riesgo.





Ansiedad social, trastornos de la conducta alimentaria y conducta alimentaria de riesgo

Las posibles asociaciones específicamente entre la ansiedad social y las conductas alimentarias de riesgo han sido sugeridas de manera indirecta en estudios que las relacionan con variables como la *asertividad* o las *habilidades sociales*. Los estudios que incluyen concretamente el trastorno de ansiedad social, lo investigan en torno a los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que puede pensarse que si las conductas alimentarias son un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria y la ansiedad social se asocia a los trastornos de la conducta alimentaria, es posible alguna relación entre ansiedad social y conductas alimentarias de riesgo. Por tal motivo, una de las vertientes de la actual investigación es evaluar el posible efecto de la ansiedad social sobre las conductas alimentarias de riesgo, en la siguiente sección se reseñan los datos aislados con los que se cuenta para sustentar tal objetivo.

Mclean et al. (2007) plantean que el más común de los trastornos de ansiedad presente en las personas con trastornos de la alimentación es el trastorno de ansiedad social, siendo significativamente mayor en los grupos con trastornos de alimentación que en grupos controles y que la prevalencia a lo largo de la vida de la ansiedad social, es de 33.9% entre individuos con anorexia nervosa, y de 17% entre personas con bulimia nerviosa. Por otra parte, Mclean et al. (2007) mencionan que de acuerdo con estudios retrospectivos, el inicio de la ansiedad social precede al desarrollo de trastornos de la alimentación y por ello, los investigadores sugieren que los miedos evaluativos sociales son factores de riesgo para los trastornos de la alimentación





Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007) presentan como conclusiones de un estudio realizado con el objetivo de identificar la relación entre el trastorno depresivo, trastorno de ansiedad social y su prevalencia en los trastornos de la conducta alimentaria, que se confirma la comorbilidad de ansiedad social y depresión en la población con patología de la conducta alimentaria, principalmente en las pacientes anoréxicas, y que es importante considerar estas asociaciones para su manejo puesto que influyen tanto en el curso como en el pronóstico del trastorno alimentario.

Platas, Gómez-Peresmitré, Rodríguez, León y Pineda (2008) proponen en virtud de la constante influencia que ejercen los medios de comunicación social sobre los adolescentes, se generan problemas entre ellos al estar fuera de los ideales de belleza y estereotipos de género que son promovidos por la publicidad. Uno de los problemas identificados es que presentan una significativa insatisfacción con la imagen corporal, lo cual constituye una conducta de inadaptación social.

En un estudio desarrollado para identificar el rol predictivo de la falta de asertividad para trastornos de la conducta alimentaria, Behar et al. (2006) señalan que es poca la investigación controlada para estudiar este tema, a pesar de que en diversos artículos de investigación *se sugieren como características importantes en los desórdenes alimenticios la falta de asertividad, la baja autoestima y la percepción de control externo*. Por su parte, Acosta et al. (2005) afirman que en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, se encuentran como precedentes problemas de autonomía e independencia, dificultades interpersonales, dependencia, *ansiedad social*, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación.





En otro tenor, existe una tendencia confirmada a la asociación entre los trastornos de la alimentación y el perfeccionismo, lo cual se relaciona con la tendencia a interpretar los errores cometidos como deficiencias de la persona, dudas acerca de la propia habilidad para dar cumplimiento a las tareas (Bulik et al., 2003) y esto es *coincidente con algunas características del trastorno de ansiedad social*.

McClintock y Evans (2001) presentan un estudio en el que se investiga cual es la psicopatología subyacente a los *trastornos alimentarios y a la ansiedad social*, para saber cuáles son las interrelaciones entre ambos. Se estudió a 252 mujeres estudiantes que presentaban tanto ansiedad social como trastornos de la conducta alimentaria; los hallazgos de este estudio confirmaron que *el miedo a la evaluación negativa* tiene efectos tanto directos como indirectos sobre las conductas asociadas con trastornos de la conducta alimentaria como con ansiedad social y *sólo un efecto indirecto sobre la autoestima relacionada con el cuerpo*.

Se señala también, que *el apoyo social afecta indirectamente tanto a los trastornos de la conducta alimentaria como a la ansiedad social y la autoestima basada en la conformidad con el cuerpo, esto concluye de manera general que el apoyo social, el miedo a ser criticado, el rechazo de los demás y la baja autoestima o autoaceptación, son variables importantes en la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ansiedad social*.

McFall, Eason, Edmondson y Treat (1999) en un estudio llevado a cabo con la finalidad de desarrollar la validación de un inventario de anorexia y bulimia, establecen que *la incompetencia para resolver problemas interpersonales es un posible antecedente de conductas bulímicas y anoréxicas*, en el estudio se comparó una muestra





subclínica con muy altos puntajes en la escala Eating Attitudes Test (EAT) y un grupo control (puntuaciones muy bajas en el EAT). Los bulímicos purgativos y usuarios de laxantes fueron los menos competentes socialmente.

Ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo en la adolescencia

Son mínimas las investigaciones que se han reportado tanto internacionalmente como en el ámbito nacional, que incluyan estas variables en conjunto; sin embargo, es necesario para este trabajo, examinar las alternativas teóricas que identifiquen los elementos que las relacionan, los posibles mediadores entre la ansiedad social y dos conductas de riesgo cuya mayor prevalencia tiene lugar durante la adolescencia, estas son: *el abuso en el consumo del alcohol y la conducta alimentaria de riesgo*.

Se exponen enseguida algunos elementos aislados e hipótesis cercanas que han sido propuestas:

Behar (2004) señala que existe asociación entre el abuso del consumo de alcohol y otras sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria. En un estudio en población chilena, proporciona datos en relación con la probabilidad de desarrollar problemas de abuso de sustancias que es siete veces mayor en pacientes bulímicas que en anoréxicas restrictivas, refiere que las mujeres bulímicas tienen mayor probabilidad de fumar y usar alcohol que las anoréxicas nerviosas en tanto que las anoréxicas purgativas presentaron mayor consumo de cafeína y alcohol que las restrictivas.

Schwalberg, Barlow, Alger y Howard (1992) y Kaye et al. (2004) sostienen que *la aparición de trastornos de ansiedad suele preceder al desarrollo de trastornos de la*





alimentación y afirman que el miedo a la evaluación negativa es un factor de riesgo para los trastornos de la alimentación.

Por su parte, McLean et al. (2007) afirman que *la ansiedad social parece obstaculizar la búsqueda de tratamiento* para las personas con trastornos de la conducta alimentaria, identifican al miedo a la evaluación negativa como el principal factor de esta barrera para un tratamiento eficaz, concluyen que *las personas con mayor nivel de ansiedad social tienen menos probabilidades de participar en dichos tratamientos para los trastornos de la conducta alimentaria.*

McLean et al. (2007) plantean una hipótesis diferente, esta propone que la represión de las emociones negativas asociadas con la ansiedad social, incrementa el riesgo de padecer algún trastorno alimenticio, en virtud de que las personas con trastorno de ansiedad social, se consideran socialmente inadecuadas y al ser evaluadas en forma negativa, pueden experimentar emociones como ira o enojo, y reprimir la expresión de dichas emociones, por el temor ser negativamente evaluadas.





JUSTIFICACIÓN



JUSTIFICACIÓN

Como se deriva de la revisión anterior, la investigación en torno al trastorno de ansiedad social se ha expandido internacionalmente desde finales del siglo XX. De ella se desprende su alta prevalencia en la población general (Bacon & Ham, 2010; Mardomingo y Gutiérrez-Casares, 2010). Se identifica como el más común de los trastornos de ansiedad y al mismo tiempo como uno de los menos reconocidos e investigados (Higa & Daleiden, 2008).

Se reconoce que sigue un curso crónico (Shearer, 2007; Wancata et al., 2009) y que con poca frecuencia recibe tratamiento (Melfsen, Walitza, & Warnke, 2006).

Entre las razones por las cuales el trastorno de ansiedad social se ha revalorado como problema clínico y se ha incrementado el interés en él como objeto de investigación, se encuentran la cronicidad y comorbilidad con diversas consecuencias adversas en el proceso adaptativo del individuo (Olivares, Piqueras y Alcazar, 2006; Heimberg, 1996) entre ellas, el abuso y dependencia del alcohol (Buckner, Schmidt et al., 2008; Zimmermann et al., 2003) y los trastornos de la conducta alimentaria.

Entre los cambios normativos de la adolescencia (desarrollo físico, cognitivo, emocional y social), resulta relevante para este trabajo el incremento de los miedos sociales que se presenta después de los diez años (Bokhorst, Westenberg, Oosterlaan, & Heyne, 2008), lo cual propicia el hecho de que las relaciones sociales entre adolescentes generen cierta ansiedad que puede ser adaptativa y con tendencia a desaparecer gradualmente (Vallés, Olivares y Rosa, 2006) pero si la ansiedad es muy





intensa o no se disipa después de varias exposiciones a diversas situaciones sociales, pierde su carácter adaptativo y aparece el inicio del TAS.

Los adolescentes socialmente ansiosos, generalmente inician dicha condición después de los diez años con un incremento en la adolescencia media, *tienen expectativas muy negativas acerca de su desempeño en situaciones sociales* (Blöte, Kint, & Westenberg, 2007; Leary & Kowalsky, 1997; Miers et al., 2009), lo cual es posible merced a otro cambio normativo: el desarrollo de las operaciones formales, que permiten al adolescente la conciencia de la discrepancia existente entre la propia perspectiva social y la de los demás (Botella et al., 2003).

La autoconciencia excesiva en los ansiosos sociales puede tener implicaciones en el desarrollo social, propiciar aislamiento social, falta de apoyo social y rechazo de los pares.

Por otra parte, algunos adolescentes socialmente ansiosos pretenden escapar de los estados afectivos negativos y reacciones ansiosas involucrándose en conductas de riesgo (Wittchen & Fehm, 2003).

Zimmermann et al. (2003) establecen relaciones entre los trastornos de ansiedad en general y los trastornos por uso de alcohol, aunque el significado y las implicaciones de dichas asociaciones siguen siendo controversiales, señalan datos diferenciales acerca del efecto de cada uno de los trastornos de ansiedad sobre el consumo de alcohol, identificando al trastorno de ansiedad social y el trastorno de pánico como los mayormente importantes como predictores del abuso y la dependencia del alcohol.





Aunado a lo anterior, los adolescentes son más sensibles a los efectos del alcohol y tienen la creencia de que éste incrementa su capacidad para socializar (Varlinskaya & Spear, 2009), sin embargo existen reportes inconsistentes en la relación ansiedad social– consumo de alcohol, por ejemplo: los niños con alta inhibición conductual (alto grado de afecto negativo, vigilancia, evitación de respuestas a estímulos novedosos, particularmente situaciones sociales no familiares) que es un factor temperamental frecuentemente considerado como antecedente del trastorno de ansiedad social, incurren en el uso de sustancias como un medio para expresar las características masculinas y facilitar la transición a nuevas relaciones sociales, incluidas las relaciones con los individuos del sexo opuesto (Rankin et al., 2010).

En este contexto, Buckner, Schmidt et al. (2008) reportan que el trastorno de ansiedad social es un factor de riesgo para la dependencia del alcohol pero no para el abuso. La hipótesis explicativa es que las personas con TAS utilizan sustancias con propiedades ansiolíticas como el alcohol para hacer frente a las reacciones de ansiedad social.

Thomas, Randall, Book y Randall (2008) documentan la relación entre la ansiedad social y el uso del alcohol, afirman que el trastorno de ansiedad social sin tratamiento, puede conducir al desarrollo, mantenimiento y recaídas de problemas de alcohol, diversos estudios tanto en población comunitaria, como en atención primaria y en clínicas de tratamiento para el abuso de sustancias han mostrado que la ansiedad social coexiste con trastornos por consumo de sustancias incluido el alcohol en adultos, no obstante; los estudios que permitan conocer dicha relación en adolescentes son insuficientes.





Por su parte, Arehart-Treichel (2007) y Kessler (2003) consideran que es posible incidir sobre problemas de salud pública como son el consumo de tabaco y la dependencia del alcohol, interviniendo sobre la ansiedad social a través de programas preventivos.

En otro tenor, las alteraciones en el patrón alimentario incluyen tanto los trastornos de la conducta alimentaria como las conductas alimentarias de riesgo. Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen síndromes definidos por criterios diagnósticos que son bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastornos no especificados, incluidos en el DSM-IV, sin embargo son más prevalentes los llamados síndromes subclínicos o conductas alimentarias de riesgo, se componen de actitudes y conductas que pueden ser causas posibles de trastornos de la conducta alimentaria por ejemplo la preocupación por la imagen y el peso corporal que constituye un elemento cognitivo central en el desarrollo de dichos trastornos. Tanto los trastornos de la conducta alimentaria como las conductas alimentarias de riesgo incluyen: restricción alimentaria [dietantes crónicos], sobrealimentación y conductas compensatorias (vómito autoprovocado, uso de laxantes, práctica de ejercicio excesivo) (Silva, 2007).

En el caso de los adolescentes más de la mitad de los que son diagnosticados por trastornos de la conducta alimentaria, no encajan en las categorías bien definidas ya sea anorexia o bulimia, son ubicados como TANE o síndromes parciales; por ello, Herpertz-Dahlmann (2009) afirma que todas las categorías de diagnóstico requieren de mayor investigación para precisar los criterios pertinentes a la adolescencia. Así como esfuerzos especiales para la adecuada y oportuna identificación de los factores de riesgo





en la infancia y adolescencia, considerando que la intervención más eficaz es la preventiva.

Se han estudiado diversos factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria, pero en los últimos años ha llamado la atención la ansiedad social clínicamente significativa (Soutullo y Mardomingo, 2010). Asimismo, Grabhorn, Stenner, Stangier y Kaufhold (2006) señalan que la emoción vergüenza es una construcción significativa para la comprensión de los trastornos alimentarios y un común denominador entre la fobia social y los trastornos de la conducta alimentaria. deCatanaro (2001) afirma que la vergüenza es una emoción social compleja que se asocia frecuentemente con otras emociones de autoconciencia como la ansiedad, la pena y la culpa. Implica una exposición interpersonal y puede tener como efecto el inhibir la conducta que es potencialmente vergonzosa por medio de la evitación de las interacciones sociales.

Otro factor emergente que ha sido señalado como posible antecedente de las conductas anoréxicas y bulímicas en mujeres adolescentes es el déficit en solución de problemas interpersonales (McFall et al., 1999). La anorexia nervosa y bulimia nervosa son caracterizadas por el mismo núcleo de psicopatología: la preocupación por el peso y la comida. En los adolescentes el miedo a la gordura domina su vida, y su autoestima depende principalmente de la capacidad para controlar su peso y su figura (Herpertz-Dahlmann, 2008).

Por otra parte, las teorías cognitivas de la ansiedad social, proponen que ésta es mantenida a través del procesamiento sesgado de la información, se han propuesto sesgos atencionales, en la interpretación y en la memoria como posibles mecanismos





que expliquen por qué las personas con ansiedad social tienden a hacer evaluaciones negativas de ellos mismos en situaciones sociales, a pesar de que algunas veces haya suficiente evidencia de lo contrario (Cody & Teachman, 2010).

Otro elemento importante en el procesamiento de la información, es el sesgo posterior al evento social, pues Cody y Teachman (2010) destacan su papel facilitador de la selección de información negativa respecto de la propia actuación en las situaciones sociales, lo cual determina un proceso conocido en el modelo cognitivo de la fobia social como procesamiento post-evento y consiste en la rumiación por horas o incluso días de las fallas sociales autopercebidas.

Específicamente se destacan los efectos combinados de los sesgos cognitivos en el mantenimiento de la ansiedad social, los recientes hallazgos en adultos implican la atención autofocalizada como uno de dichos sesgos cognitivos, sin embargo se requiere mayor investigación del tema en niños y adolescentes ya que al respecto la investigación ha sido limitada y se ha pretendido aplicar los paradigmas de la investigación con adultos a la población adolescente (Higa & Daleiden, 2008).

Otro elemento central en el modelo cognitivo conductual es el miedo a la evaluación negativa (Clark & Wells, 1995), sin embargo Alden et al. (2008) ponen el acento en las fallas interpretativas de los eventos positivos pues aún después de haber recibido retroalimentación positiva, en las siguientes interacciones los individuos socialmente ansiosos anticipan que sus interlocutores tendrán muy altas expectativas hacia ellos y que los resultados sociales positivos serán inevitablemente seguidos de resultados sociales negativos, esta dimensión de la interpretación distorsionada de los eventos positivos ha sido menos explorada (Laposa, Cassin, & Rector, 2010).





En este contexto, la prevención requiere de la identificación de factores de riesgo modificables como lo marca el enfoque preventivo de la Psicología de la Salud (Ezpeleta, 2005; Flores, 2007), por ello se justifica la detección de signos de alerta a edades tempranas que puedan disminuir las consecuencias individuales y familiares a corto y largo plazo (Alva & Cukier, 2009; Soutullo y Mardomingo, 2010).

Considerando que los estudios internacionales señalan diferencias tanto epidemiológicas como clínicas, en la descripción de la ansiedad social, en función de variables socioculturales y la mínima cantidad de estudios en torno al trastorno de ansiedad social como factor de riesgo en población adolescente mexicana; es pertinente explorar lo que ocurre con los adolescentes mexicanos respecto de los posibles efectos de la ansiedad social sobre dos conductas de riesgo que tienen como común denominador el afrontamiento de la ansiedad a través de la ingesta disfuncional ya sea de alcohol o de comida.

Habiendo intentado recuperar investigaciones publicadas en revistas indexadas y tesis de grado mediante los descriptores “abuso del alcohol”, “dependencia del alcohol”, “patrones de consumo de alcohol”, “conductas alimentarias de riesgo”, “síndromes subclínicos alimentarios”, “restricción alimentaria”, “preocupación por el peso y la figura” “dietantes crónicos”, “sobrealimentación”, combinados con el operador booleano AND con “México”, “ansiedad social” y “fobia social”, en el rubro del consumo de alcohol se encontraron estudios de los temas consumo de alcohol, pero no relacionados con la ansiedad social, en el caso de las conductas alimentarias de riesgo, se identificaron investigaciones que las asocian con habilidades sociales o asertividad pero no en vinculación directa con ansiedad social. Por lo tanto, se puede





asumir que la investigación en el país al respecto de la ansiedad social asociada con el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo es insuficiente.

Con base en los datos teóricos revisados en torno al problema, se diseñó una investigación circunscrita a población adolescente no clínica de la Ciudad de México para explorar los posibles efectos de la ansiedad social vista desde el *Modelo Cognitivo Conductual* (Clark & Wells, 1995; Heimberg & Rapee, 1997; Turk et al., 2001) sobre dos conductas de riesgo: el abuso en el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo.

Para dar cumplimiento al objetivo general (explorar el efecto de la ansiedad social en el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México), se diseñó un proceso de tres estudios transversales que fueron:

Estudio 1: Validación de instrumentos.

Estudio 2: Tamizaje de ansiedad social, patrón de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes.

Estudio 3: Ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa, sensibilidad a la ansiedad, edad, sexo, patrón abusivo de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.

En la siguiente sección se detalla el método instrumentado.





MÉTODO



ESTUDIO 1

Validación de Instrumentos

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Objetivo

Estimar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de las escalas Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A (Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (La Greca & López, 1998), Brief Fear of Negative Evaluation Scale, BFNE (Escala de Miedo a la evaluación negativa, Versión breve [Leary, 1983]) y Escala de Detección de Ansiedad Social (EDAS) (Olivares, García-López y Piqueras, 2005; Olivares-Rodríguez, Piqueras-Rodríguez y Sánchez-García, 2004) para su aplicación en adolescentes mexicanos de niveles educativos medio y medio superior.

Justificación

Es fundamental para el proceso de la investigación, verificar que los datos obtenidos representan efectivamente los fenómenos o procesos evaluados, para ello es indispensable que los instrumentos que se utilicen en la obtención de los datos, a partir de los cuales se realizarán las inferencias, cuenten con las características psicométricas de validez y confiabilidad a efecto de disminuir la probabilidad de error en la medición y por lo tanto en las conclusiones a las que se llegue en la investigación (Kerlinger y Lee, 2002).

En virtud de que la procedencia de los instrumentos es española y por lo tanto distinta al entorno nacional, es fundamental realizar una adaptación culturalmente relevante (Geisinger, 1994; Reyes y García, 2008).



Variables

Clasificadoras continuas: ansiedad social, miedo a la evaluación negativa.

Definición conceptual.

a) *Ansiedad social:* Alto nivel de preocupaciones sociales evaluativas, malestar relacionado con pares familiares y no familiares (La Greca & López, 1998).

b) *Miedo a la evaluación negativa:* Grado en que los individuos refieren una experiencia de miedo frente a la posible evaluación desfavorable de los demás (Zubeidat et al., 2007; Leary, 1983; Watson & Friend, 1969)

Definición operacional.

c) *Ansiedad social:* Está dada por el puntaje que los participantes obtengan en la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (La Greca & López, 1998).

d) *Miedo a la Evaluación negativa:* Puntaje obtenido en la Escala Breve de Miedo a la Evaluación negativa (Leary, 1983).

Muestra

La muestra fue no probabilística, accidental y por cuota (Kerlinger y Lee, 2002) rebasando el criterio de 10 participantes por reactivo (Geisinger, 1994). En la aplicación, las muestras fueron de distintos tamaños¹ para cada uno de los instrumentos, siendo siempre estudiantes provenientes de escuelas oficiales de educación media y

¹Para cada uno de los tres instrumentos se eliminaron el número de participantes que respondieron en forma incompleta o inadecuada, de tal manera que para cada uno de ellos la *N* fue distinta.





media superior de la Ciudad de México (muestra no clínica) cuyo rango de edad se ubica entre 12 y 18 años (\bar{X} = 14.8 años y DE = 1.5). De tal forma que la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes se aplicó a 677 de los cuales 381 son de sexo femenino (56.3%) y 296 de sexo masculino (43.7%). La Versión Breve de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa fue completada por una muestra de 714 participantes de los cuales 401 (56.2%) son de sexo femenino y 313 (43.8%) de sexo masculino.

En el caso de la escala EDAS, la muestra se conformó con 510 estudiantes adolescentes entre 12 y 17 años de edad con 282 mujeres (55.3%) y 228 hombres (44.7%). La \bar{X} de edad es de 13.7 años y la desviación estándar de (1.06). Se trata de una muestra diferente a la evaluada con los dos instrumentos anteriores.

Tipo de estudio

Estudio de tipo transversal dado que la evaluación se realizó en un solo tiempo, descriptivo puesto que se caracterizó el comportamiento de las variables ansiedad social y miedo a la evaluación negativa (García, Márquez y Ávila, 2009) e instrumental ya que de acuerdo con la clasificación de Montero y León (2005), es el tipo de estudio que tiene como finalidad el diseño, la adaptación o el estudio de las propiedades psicométricas de instrumentos de medición psicológica.

Tipo de diseño

Ex post facto ya que se evaluaron condiciones preexistentes (Landeroy y Gonzalez, 2007; Kerlinger y Lee, 2002).





Instrumentos

1. *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)* (La Greca & López, 1998) es un instrumento de autorreporte diseñado sobre la base conceptual en primera instancia del trabajo de Watson y Friend (1969) sobre ansiedad social. Estos autores identificaron dos elementos de la misma: 1) miedo a la evaluación negativa de otros, 2) ansiedad y evitación social experimentada en presencia de otras personas. La segunda base conceptual fue la propuesta de Leary (1983), quien subraya la distinción entre la experiencia subjetiva de la ansiedad y sus consecuencias conductuales: evitación social e inhibición social.

La SAS-A está constituida por 22 reactivos de los cuales, 18 son declaraciones autodescriptivas y los otros cuatro constituyen elementos neutros considerados de relleno, es decir, que no se toman en cuenta para la puntuación. El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones que van desde 1= nunca, hasta 5= siempre.

La escala SAS-A se considera una de las mediciones más pertinentes y empíricamente sustentadas de la ansiedad social en adolescentes de tal forma que tanto la versión española como la norteamericana se han recomendado para el tamizaje de muestras clínicas (Inglés, La Greca, Marzo, García-López, & García-Fernández, 2010)

En el presente trabajo de validación partió de la versión Española (Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López, 1999; Olivares et al., 2002; Olivares, Ruiz et al., 2005), que de manera análoga a la versión norteamericana, está compuesta por tres subescalas que son: a) Miedo a la Evaluación Negativa con ocho reactivos (FNE por sus siglas en inglés), b) Evitación Social y Estrés Específico a Situaciones Sociales Nuevas (SAD-New por sus siglas en inglés) con seis ítems y c) la última subescala incluye cuatro





reactivos que miden evitación y estrés ante situaciones sociales en general (SAD-G). La calificación se obtiene sumando las puntuaciones asignadas a cada uno de los reactivos con excepción de los neutros.

Un ejemplo de reactivo correspondiente al factor Miedo a la Evaluación Negativa es: “Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás”, del factor Evitación y Estrés Social ante situaciones novedosas” “Solo hablo con personas que conozco bien” y “Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo” como parte del factor de Evitación y Estrés Social General.

Las propiedades psicométricas reportadas en distintos estudios son: consistencia interna por Alfa de Cronbach .87 (La Greca & Harrison, 2005), confiabilidad test – retest, .54 - .78 con un intervalo de dos meses (La Greca & López 1998) y .55 (FNE) y .62 (SAD – G) con intervalo de 12 meses (Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti, & Fisher, 2004).

Respecto de la validez, se ha replicado el estudio original (La Greca & López, 1998) en diversas muestras (adolescentes estadounidenses, Españoles, Turcos y Chinos) corroborando la estructura factorial de tres dimensiones (Inglés et al., 2010).

La Greca y López (1998) sugieren que un punto de corte de 50 en la puntuación global del SAS-A, puede ser considerado como ansiedad social clínicamente significativa en muestras de adolescentes angloparlantes, mientras que en adolescentes españoles se establece una puntuación total de 44 como punto de corte para identificar adolescentes con ansiedad social clínicamente significativa (Olivares et al., 2005).





2. La Versión Breve de la *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa* (Leary, 1983) (BFNE) por sus siglas en inglés, es una revisión que realizó Leary (1983) de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) de Watson y Friend (1969). La FNE ha sido la medida más comúnmente usada para determinar el grado de la experiencia de aprehensión ante la posibilidad de ser evaluado negativamente. La naturaleza del constructo Miedo a la Evaluación Negativa predice que las personas con alto puntaje en la escala de FNE tienden a comportarse de manera que impidan la posibilidad de ser evaluadas en forma desfavorable.

La BFNE tiene un formato de respuesta en escala Likert con cinco opciones que van desde “nada característico en mí” hasta “extremadamente característico en mí”, con 12 reactivos. Un reactivo ejemplo es “Las opiniones de los demás sobre mí me molestan”.

La Versión Breve de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (BFNE) correlaciona positivamente (.77, $p < .01$) con la medición de búsqueda de aprobación social de Jackson (Watson & Friend, 1969). Tiene una media de 35.7 y una desviación standard de (8.10), correlaciona con la versión extensa en forma positiva $r = (.96)$, $p < .001$. La confiabilidad interítem obtiene una Alfa de Cronbach = .90 contra .92 correspondiente a la Escala en su versión extensa.

La escala original había reportado en 1969 un coeficiente KR-20 de .94. Su estabilidad test-retest con 4 semanas de diferencia entre aplicaciones fue de .75, comparado con .68 de la escala en formato largo. Por lo tanto se considera que la Versión Breve de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa es una alternativa adecuada que requiere menos tiempo de aplicación que la versión original.





La puntuación total se obtiene sumando los valores dados por la persona a cada reactivo, recodificando la puntuación de los reactivos opuestos.

3. *Escala de Detección de la Ansiedad Social* (EDAS) (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004). La Escala de Detección de Ansiedad Social (EDAS) tiene por factores: Evitación, Grado de Ansiedad y Grado de Interferencia del Adolescente en condiciones de interacción y de actuación o ejecución social. Está integrada por 10 reactivos de los cuales los dos primeros son de tipo dicotómico y se refieren al criterio A del DSM IV para fobia social (APA, 2002). Estos dos reactivos se excluyen de la puntuación de la prueba.

Los siguientes ocho reactivos, contienen situaciones que han demostrado propiciar ansiedad en adolescentes con ansiedad social, las mismas situaciones organizadas en tres columnas, son investigadas respecto al grado de evitación, grado de ansiedad y grado de interferencia que percibe el adolescente ante ellas. Las respuestas se estructuran en un formato Likert con cinco opciones.

Ha sido validada en población chilena y española adolescente reportando los autores (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004; Vera-Villaruel et al., 2007) adecuadas propiedades psicométricas: para la subescala de *Evitación*, el coeficiente Alfa de Cronbach se reporta de 0,80, en la subescala *Grado de ansiedad* fue de 0,84 y en la subescala de *Interferencia* fue de 0,86 (Vera-Villaruel et al., 2007).

Se pueden evaluar por separado cada uno de los tres factores y obtener una puntuación independiente o bien utilizar la escala completa.





Procedimiento

El procedimiento general (para las tres escalas) fue el siguiente:

- Validación aparente y de contenido por parte de jueces con experiencia en trastornos de ansiedad y/o en adolescentes.
- Aplicación exploratoria para verificar la adecuada comprensión del lenguaje y de las instrucciones por los participantes, estimar el tiempo de respuesta y familiarizar a los evaluadores con el instrumento.
- Finalmente, aplicación de los instrumentos a la muestra blanco, previa gestión de la autorización ante las instancias correspondientes.

Tanto en la aplicación piloto como en la realizada en la muestra blanco, los evaluadores (dos por grupo) accedieron a los participantes, previa autorización de las autoridades educativas, en sus respectivos salones de clase y atendiendo a las consideraciones éticas de la investigación, los invitaron a colaborar. Les informaron el objetivo de la investigación y que los datos se utilizarían estadísticamente sin identificar personas específicas, se destacó el carácter voluntario de la participación así como el anonimato de la información.

Es pertinente mencionar que además de contar con el asentimiento informado (en virtud de que son adolescentes) y antes de la aplicación de los instrumentos, se proporcionó a los participantes datos de las instituciones donde podrían obtener mayor información o atención si es que consideraban requerir algún tipo de apoyo en relación con el tema de la investigación (ansiedad social).





El procedimiento psicométrico para la validación, se desarrolló en el siguiente orden: Análisis de frecuencia y sesgo para confirmar que no hubo valores perdidos, que los valores estaban en rango y que todas las opciones fueron seleccionadas en alguna medida, identificación de la capacidad discriminativa de los reactivos de puntajes extremos, posteriormente se obtuvo la confiabilidad y la validez (Geisinger, 1994; Reyes y García, 2008).

Habiendo obtenido los datos de la aplicación a la muestra blanco, se elaboró una base de datos con el programa SPSS 15 para Windows y con ella se procedió a realizar el análisis estadístico y psicométrico que se describe a continuación para cada uno de los instrumentos en cuestión.



RESULTADOS ESTUDIO UNO

Con el fin de adaptar culturalmente los instrumentos señalados, el primer paso del procedimiento para la validación de estos, fue el trabajo realizado por jueces.

En este punto, la SAS-A fue modificada en el orden de las instrucciones y se cambió una de las opciones de respuesta de: “bastantes veces” a “muchas veces”. En cuanto a los reactivos, se consideró que fueron escritos en forma sintáctica y gramaticalmente correcta para el idioma español que se habla en México, por lo tanto; no se realizaron modificaciones en este rubro.

En el caso de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa y la escala EDAS, los jueces consideraron innecesario hacer modificaciones a las mismas.

La segunda etapa del procedimiento de validación, fue el desarrollo de las aplicaciones piloto para los tres instrumentos. En todos los casos, se corroboró que los participantes comprendieron las instrucciones y los reactivos, se identificó el tiempo de respuesta que en conjunto significó de 50 a 60 minutos por grupo y al mismo tiempo constituyó un ensayo para los evaluadores.



Validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes

(SAS-A) (La Greca & López, 1998)

Como paso inicial, se obtuvo la puntuación total de la escala, para ello se sumaron los puntajes de los reactivos con excepción de los reactivos considerados neutros. La puntuación total de la SAS-A, obtuvo una media de (37.4) y una desviación estándar de (10.4), la distribución de la puntuación global presentó una distribución cercana a la normalidad de acuerdo con los datos de asimetría (0.71) y curtosis (0.28).

Como siguiente análisis se identificaron los percentiles 25 y 75, es decir, se clasificó a la población en dos grupos; el primero con puntuación baja (percentil 25) y el segundo con puntuación alta (percentil 75).

Posteriormente se evaluó la capacidad discriminativa tanto de la puntuación global como de cada uno de los reactivos por medio de una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados de la diferencia de medias de los grupos alto y bajo con respecto de la puntuación global fueron: ($t [-44.1] = 380, p < .05$).

Como se muestra en la tabla nueve, el poder de discriminación de cada uno de los reactivos se encontró adecuado, ya que todos ellos obtuvieron una $p < .05$.

Lo anterior fue evaluado a través de la prueba *t* para muestras independientes cuyos resultados señalan que cada uno de los ítems discrimina entre los participantes de alta y baja puntuación.



Tabla 9
Discriminación de reactivos entre grupos con puntuaciones extremas

Reactivos	Grupo alto		Grupo bajo		t (gl = 380)
	Media	DE	Media	DE	
1. Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás	3.21	1.10	2.10	0.85	-11.030*
2. Me preocupa ser evaluado por los demás	3.12	1.14	1.72	0.76	-14.147*
3. Me da vergüenza estar rodeado de personas que no conozco	2.97	1.14	1.39	0.63	-16.746*
4. Solo hablo con personas que conozco bien	3.33	1.22	2.03	1.15	-10.668*
5. Creo que mis compañeros /as hablan de mi a mis espaldas	3.05	1.15	1.79	0.90	-11.881*
6. Me preocupa lo que los demás piensen de mi	3.08	1.14	1.50	0.65	-16.628*
7. Pienso que lo que voy a hacer no gustará a los demás	2.83	0.96	1.57	0.71	-14.616*
8. Me pone nervioso/a hablar con gente de mi edad que no conozco bien	2.96	1.08	1.34	0.58	-18.095*
9. Me preocupa lo que los demás digan de mi	2.99	1.00	1.29	0.52	-20.844*
10. Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas	3.08	1.14	1.41	0.60	-17.978*
11. Me preocupa no gustar a los demás	2.86	1.09	1.37	0.65	-16.160*
12. Me quedo callado/a cuando estoy con/en un grupo de personas	2.79	1.04	1.53	0.55	-13.450*
13. Pienso que los demás se burlan de mi	2.72	1.02	1.31	0.58	-16.597*
14. Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos	2.60	0.99	1.32	0.59	-15.332*
15. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no	2.45	1.13	1.15	0.42	-15.051*
16. Me pongo nervioso/a cuando estoy con otras personas	1.15	0.42	2.60	1.03	-16.968*
17. Siento vergüenza incluso cuando estoy con personas que conozco bien.	1.89	1.06	1.03	0.73	-11.131*
18. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo	2.42	1.07	1.25	0.60	-13.126*

* $p \leq .05$

El análisis de la confiabilidad se llevó a cabo por medio de la prueba Alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de medio a robusto ($\alpha = .87$), éste dato indica que los reactivos guardan una adecuada consistencia interna. De acuerdo con el análisis de confiabilidad el Alfa no se modifica si se elimina alguno de los reactivos (ver tabla 10).

Tabla 10

Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento Alfa de Cronbach Escala de Ansiedad Social para Adolescentes

Reactivo	Correlación elemento – total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás	.341	.166	.874
2. Me preocupa ser evaluado por los demás	.427	.334	.871
3. Me da vergüenza estar rodeado de personas que no conozco	.502	.325	.868
4. Solo hablo con personas que conozco bien	.333	.205	.876
5. Creo que mis compañeros /as hablan de mi a mis espaldas	.380	.344	.874
6. Me preocupa lo que los demás piensen de mi	.515	.580	.868
7. Pienso que lo que voy a hacer no gustará a los demás	.507	.309	.868
8. Me pone nervioso/a hablar con gente de mi edad que no conozco bien	.549	.447	.866
9. Me preocupa lo que los demás digan de mi	.626	.619	.863
10. Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas	.587	.453	.865
11. Me preocupa no gustar a los demás	.553	.432	.866
12. Me quedo callado/a cuando estoy con/en un grupo de personas	.464	.310	.870
13. Pienso que los demás se burlan de mi	.578	.500	.866
14. Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos	.540	.329	.867
15. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no	.550	.414	.867
16. Me pongo nervioso/a cuando estoy con otras personas	.580	.468	.866
17. Siento vergüenza incluso cuando estoy con personas que conozco bien	.465	.257	.870
18. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo	.496	.394	.869

Como siguiente análisis y con la finalidad de evaluar la validez de constructo, se efectuó un análisis factorial por el método de componentes principales, con rotación ortogonal tipo varimax.

Con base en valores propios ≥ 1 y cargas factoriales $\geq .40$, se obtuvieron tres factores que explicaron el 55.9% de la varianza total. La estructura factorial se muestra en la tabla 11.

La escala final adaptada y validada contiene al igual que la versión española, los mismos tres factores (*Miedo a la Evaluación Negativa, Ansiedad y Evitación Social en Situaciones Nuevas, y Ansiedad y Evitación social en General*), contiene 14 reactivos que se incluyen en la puntuación, más cuatro neutros, con un total 18 reactivos en lugar de los 22 de la escala original.

Tabla 11

Análisis factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes

<i>Escala de Ansiedad Social para Adolescentes</i>			
Escala global $\alpha = 0.85$ / Varianza total explicada: 55.9%			
Cargas factoriales			
No. Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
8. Me preocupa lo que los demás piensen de mí	.846		
12. Me preocupa lo que los demás digan de mí	.776		
3. Me preocupa ser evaluado/a por los demás	.729		
14. Me preocupa no gustar a los demás	.669		
9. Pienso que lo que voy a hacer no les gustará a los demás	.455		
10. Me pone nervioso/a hablar con gente de mi edad que no conozco bien		.738	
5. Sólo hablo con personas que conozco bien		.694	
20. Me pongo nervioso/a cuando estoy con otras personas		.697	
4. Me da vergüenza estar rodeado/a de personas que no conozco		.619	
13. Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas		.606	
15. Me quedo callado/a cuando estoy en un grupo de personas		.601	
22. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo			.787
19. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no			.759
21. Siento vergüenza incluso cuando estoy con personas que conozco bien			.593
	$\bar{X}=10.69$	$\bar{X}=13.12$	$\bar{X}= 4.8$
	DE = 3.93	DE= 4.48	DE= 2.08
	$\alpha = .81$	$\alpha = .79$	$\alpha = .69$

Factor 1: Miedo a la Evaluación Negativa Factor 2: Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas, Factor 3: Ansiedad y Evitación social en general.



Como último paso se revaloró la consistencia del instrumento con los reactivos finales del instrumento y se obtuvo un Alfa de Cronbach de .85 lo cual se consideró adecuado en términos de coherencia interna.

Validez y confiabilidad de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (BFNE) (Leary, 1983)

El procedimiento de análisis de los datos se inicia con la recodificación de las puntuaciones de los reactivos 2, 4, 7 y 10 ya que están redactados en forma inversa.

Después de la recodificación se suman los reactivos generando la variable que registra la puntuación total de la escala (\bar{X} = 31.6, DE= 4.5). La distribución de la puntuación global resultó ligeramente asimétrica positiva (.51) y moderadamente leptocúrtica (1.7). Estos datos mostraron que la distribución de los datos totales fue cercana a la normalidad.

Posteriormente se dividió al grupo en dos, el primero de puntuación baja (percentil 25) y el segundo con puntuación alta (percentil 75). Con esta base se analizó la función discriminativa de la puntuación total, y de cada uno de los reactivos por medio de una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados de esta prueba para la puntuación global fueron ($t = -35.23$, $gl = 381$ y $p < 0.05$).

En cuanto a la capacidad discriminativa de cada uno de los reactivos, los resultados de la prueba *t* para muestras independientes (ver tabla 12) indicaron que en todos los reactivos se obtuvo $p \leq 0.05$.



Tabla 12

Análisis discriminación de reactivos de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa

Reactivos	Grupos Alto y Bajo	Media	DE	t (gl = 381)
1. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia	Grupo alto Grupo bajo	2.44 1.15	1.20 0.39	-13.75*
2. Me preocupo aunque sé que la gente se está formando una imagen positiva de mí	Grupo alto Grupo bajo	2.00 1.42	1.04 0.82	-5.96*
3. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones	Grupo alto Grupo bajo	2.78 1.24	1.18 0.48	-16.32*
4. Frecuentemente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás	Grupo alto Grupo bajo	2.93 1.65	1.10 0.93	-12.19*
5. Temo que los demás no me aprueben	Grupo alto Grupo bajo	2.69 1.27	1.57 1.20	-9.94*
6. Me da miedo que los demás no me aprueben	Grupo alto Grupo bajo	3.01 1.23	1.30 0.51	-17.33*
7. Las opiniones de los demás sobre mí me molestan	Grupo alto Grupo bajo	2.51 1.57	1.34 1.08	-6.05*
8. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí	Grupo alto Grupo bajo	2.75 1.26	1.23 0.56	-14.96*
9. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar	Grupo alto Grupo bajo	2.97 1.28	1.10 0.60	-18.94*
10. Si sé que alguien me está juzgando, eso tiene mucho efecto sobre mí.	Grupo alto Grupo bajo	2.44 1.53	1.29 0.92	-7.85*
11. A veces pienso que estoy demasiado preocupado/a por lo que otras personas piensan de mí.	Grupo alto Grupo bajo	2.97 1.11	1.33 0.36	-18.42*
12. Muchas veces me preocupa decir o hacer cosas equivocadas	Grupo alto Grupo bajo	3.47 1.36	1.19 0.65	-21.67*

* $p \leq .001$

Una vez conocida la capacidad discriminativa, se evaluó la confiabilidad del instrumento obteniéndose un Alfa de Cronbach de $\alpha = .90$, lo cual confirmó una robusta consistencia interna y como se muestra en la tabla 13, el alfa no se modifica si se elimina algún elemento.

Tabla 13

Estadísticos de correlación y de eliminación del Alfa de Cronbach Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa

Reactivo	Correlación elemento –total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no tiene importancia	.659	.462	.896
2. Me preocupo aunque sé que la gente se está formando una imagen positiva de mi	.503	.280	.903
3. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones	.625	.434	.897
4. Frecuentemente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás	.675	.526	.895
5. Temo que los demás no me aprueben	.552	.322	.902
6. Me da miedo que los demás no me aprueben	.663	.501	.896
7. Las opiniones de los demás sobre mí me molestan	.605	.416	.898
8. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mí	.687	.487	.895
9. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar	.678	.538	.895
10. Si sé que alguien me está juzgando, eso tiene mucho efecto sobre mí.	.629	.439	.897
11. A veces pienso que estoy demasiado preocupado/a por lo que otras personas piensan de mí.	.740	.582	.891
12. Muchas veces me preocupa decir o hacer cosas equivocadas	.584	.379	.900

Finalmente y con el propósito de evaluar la validez de constructo, se llevó a cabo el análisis factorial por el método de componentes principales, con rotación ortogonal tipo varimax, bajo los criterios de valores propios ≥ 1 y cargas factoriales de .40 en adelante, se obtuvo un solo factor con cargas factoriales satisfactorias.

El estudio confirmó que la escala es unifactorial como se muestra en la tabla 14, que mide el concepto de miedo a la evaluación negativa y que explicó el 51.6 % de la varianza total.

Tabla 14

Estructura factorial de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa

Reactivos	Cargas factoriales
1. A veces pienso que estoy demasiado preocupado/a por lo que otras personas piensan de mí.	.802
2. Frecuentemente me preocupo de la impresión que estoy causando en los demás	.770
3. Generalmente me preocupo por la impresión que pueda causar	.751
4. Cuando estoy hablando con alguien me preocupa lo que pueda estar pensando de mi	.746
5. Me da miedo que los demás no me aprueben	.735
6. Temo que los demás no me aprueben	.731
7. Me preocupa lo que la gente pensará de mi, incluso cuando se que no tiene importancia	.729
8. Si sé que alguien me está juzgando, eso tiene mucho efecto sobre mí.	.722
9. Frecuentemente temo que otras personas se den cuenta de mis limitaciones	.698
10. Las opiniones de los demás sobre mí me molestan	.677
11. Muchas veces me preocupa decir o hacer cosas equivocadas	.657
12. Me preocupo aunque sé que la gente se está formando una imagen positiva de mi	.585
M= 22.9 DE= 9.2 Varianza total explicada 51.6%	$\alpha = .90$

La versión final de esta validación mantuvo la misma estructura que la versión original, sin modificaciones en los reactivos.

Validez y confiabilidad de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004)

La EDAS posee tres subescalas (Evitación, Grado de Nerviosismo ó Ansiedad y Grado de Interferencia), cada una de ellas incluye 8 reactivos que son iguales para cada subescala, sin embargo toman como referente tres aspectos independientes pero complementarios en la medición de la ansiedad social. Los resultados se presentan por subescala.

Subescala Evitación.

En esta subescala, la media de la puntuación total fue (16.6), con una DE (5.5), asimetría (.63) y curtosis (.20). La capacidad discriminativa se evaluó por medio de comparación de medias de los puntajes extremos, tanto para la puntuación total ($t[-45.03]$, $gl = 272$, $p < .05$) como para los reactivos individuales que obtuvieron todos una $p < .05$ (Véase tabla 15).

Tabla 15

Discriminación de reactivos individuales subescala Evitación, escala EDAS

Reactivo	Grupos Bajo y Alto	Media	DE	t (gl = 272)
Iniciar una conversación	Grupo bajo	1.34	0.52	- 12.86*
	Grupo alto	2.64	0.97	
Mantener una conversación	Grupo bajo	1.22	0.52	- 17.50*
	Grupo alto	2.99	1.04	
Ir a fiestas o reuniones sociales	Grupo bajo	1.30	0.58	- 13.00*
	Grupo alto	2.88	1.28	
Hablar en público	Grupo bajo	1.75	0.77	- 9.62*
	Grupo alto	2.95	1.22	
Escribir, comer o beber delante de gente	Grupo bajo	1.23	0.45	- 13.14*
	Grupo alto	2.86	1.36	
Defender mis derechos ante otras personas	Grupo bajo	1.25	0.58	- 16.00*
	Grupo alto	3.31	1.37	
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	Grupo bajo	1.22	0.48	- 17.77*
	Grupo alto	3.21	1.20	
Relacionarme con personas del sexo opuesto	Grupo bajo	1.09	0.31	- 18.12*
	Grupo alto	3.18	1.29	

* $P \leq .001$

Posteriormente se realizó la prueba Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de la subescala, obteniéndose un $\alpha = .72$. El alfa no se modificó si se elimina alguno de los elementos (ver tabla 16).

Tabla 16

Estadísticos de correlación y de eliminación del elemento del Alfa de Cronbach subescala Evitación escala EDAS

Reactivos subescala Evitación	Correlación elemento –total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Mantener una conversación	.480	.252	.685
Ir a fiestas o reuniones sociales	.400	.192	.707
Escribir, comer o beber delante de gente	.390	.170	.709
Defender mis derechos ante otras personas	.460	.219	.691
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	.491	.267	.681
Relacionarme con personas del sexo opuesto	.553	.311	.661

Finalmente se realizó el análisis de validez de constructo por medio de un análisis factorial por rotación oblimín, en el cuál se incluyeron cargas factoriales mayores a .40 y valores propios ≥ 1 . Se eliminaron los reactivos 1 (iniciar una conversación) y 4 (hablar en público) que obtuvieron cargas factoriales altas pero fuera del factor evitación. Por lo tanto la subescala se integró por seis elementos en lugar de ocho (ver tabla 17).

Tabla 17

Análisis factorial subescala Evitación, escala EDAS

Reactivos subescala Evitación	Cargas factoriales
Relacionarme con personas del sexo opuesto	.731
Defender mis derechos ante otras personas	.669
Mantener una conversación	.668
Relacionarme con figuras de autoridad	.655
Ir a fiestas o reuniones sociales	.615
Escribir, comer o beber delante de gente	.527
M = 12.1 DE= 4.71 Varianza total explica = 48.84% Alfa de Cronbach = .72	

Subescala Grado de Ansiedad o Nerviosismo.

Para esta subescala, la media de la puntuación total fue de (15.2), DE (5.3), asimetría (1.12) y curtosis (.96) por lo cual, la distribución de la población se presume cercana a la normalidad.

Con el objetivo de estimar la capacidad discriminativa tanto de los reactivos individuales como de la puntuación global, se realizó una prueba t para muestras independientes en la cual se obtuvieron los siguientes resultados: para la puntuación global ($t[-36.74]$, $gl = 264$, $p < .05$), los reactivos individuales discriminaron adecuadamente entre los puntajes altos y bajos (percentiles 75 y 25) obteniendo todos una $p < .05$ como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18

Discriminación de reactivos individuales subescala Grado de Ansiedad o Nerviosismo

Reactivos subescala Grado de Ansiedad o Nerviosismo	Grupos Bajo-Alto	Media	DE	t (gl = 264)
Iniciar una conversación	Grupo bajo	1.29	0.47	- 12.62*
	Grupo alto	2.55	1.05	
Mantener una conversación	Grupo bajo	1.10	0.29	- 15.21*
	Grupo alto	2.53	1.05	
Ir a fiestas o reuniones sociales	Grupo bajo	1.18	0.38	- 12.87*
	Grupo alto	2.65	1.28	
Hablar en público	Grupo bajo	1.76	0.75	- 13.61*
	Grupo alto	3.61	1.37	
Escribir, comer o beber delante de gente	Grupo bajo	1.16	0.44	- 12.69*
	Grupo alto	2.70	1.33	
Defender mis derechos ante otras personas	Grupo bajo	1.15	0.37	- 13.07*
	Grupo alto	2.67	1.30	
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	Grupo bajo	1.14	0.34	- 15.62*
	Grupo alto	2.87	1.24	
Relacionarme con personas del sexo opuesto	Grupo bajo	1.19	0.41	- 17.36*
	Grupo alto	3.23	1.30	

* $P \leq .001$

Con el propósito de evaluar la consistencia interna, se realizó la prueba Alfa de Cronbach que obtuvo un resultado medio ($\alpha = .78$), como se aprecia en la tabla 19, el alfa no se modifica si se elimina alguno de los elementos.

Tabla 19

Estadísticos de correlación y eliminación del elemento Alfa de Cronbach subescala Evitación escala EDAS

Reactivos Subescala Grado de Ansiedad	Correlación elemento–total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Grado de nerviosismo o ansiedad			
Iniciar una conversación	.501	.310	.754
Mantener una conversación	.604	.407	.740
Ir a fiestas o reuniones sociales	.505	.284	.752
Escribir, comer o beber delante de gente	.355	.143	.783
Defender mis derechos ante otras personas	.421	.196	.766
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	.539	.321	.746
Relacionarme con personas del sexo opuesto	.569	.338	.739

Para obtener la validez de constructo se ejecutó un análisis factorial con rotación oblimín cuyos resultados se describen en la tabla 20.

Tabla 20

Estructura factorial subescala Grado de Ansiedad o Nerviosismo

Reactivos Grado de Ansiedad	Cargas factoriales
Mantener una conversación	.747
Relacionarme con personas del sexo opuesto	.714
Relacionarme con figuras de autoridad	.677
Iniciar una conversación	.652
Ir a fiestas o reuniones sociales	.651
Defender mis derechos ante otras personas	.580
Escribir, comer o beber delante de gente	.562
Hablar en público	.488
$\bar{X} = 15.20$ DE= 5.31 Var TE = 40.84 %	Alfa de Cronbach = .78

Subescala Grado de Interferencia de la Ansiedad.

Una vez obtenidos los puntajes totales de la subescala Grado de Interferencia de la Ansiedad, se obtuvieron la media (15.9) y la desviación estándar (6.7) de dichas puntuaciones.

Enseguida se evaluó la capacidad de discriminación entre puntuaciones extremas tanto de la puntuación total ($t [38.983]$, $gl = 261$, $p < .05$) como de cada uno de los reactivos de la subescala, estos resultados se muestran en la tabla 21.

Tabla 21

Discriminación de reactivos individuales subescala Grado de Interferencia en la vida cotidiana

Reactivos subescala Grado de Interferencia	Grupos Bajo-Alto	\bar{X}	DE	t (gl = 261)
Iniciar una conversación	Grupo bajo	1.16	0.36	- 15.96*
	Grupo alto	3.04	1.27	
Mantener una conversación	Grupo bajo	1.09	0.28	- 19.15*
	Grupo alto	3.15	1.86	
Ir a fiestas o reuniones sociales	Grupo bajo	1.11	0.33	- 16.64*
	Grupo alto	3.05	1.27	
Hablar en público	Grupo bajo	1.29	0.49	- 17.09*
	Grupo alto	3.38	1.29	
Escribir, comer o beber delante de gente	Grupo bajo	1.06	0.22	- 14.15*
	Grupo alto	2.88	1.43	
Defender mis derechos ante otras personas	Grupo bajo	1.10	0.30	- 16.23*
	Grupo alto	3.10	1.34	
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	Grupo bajo	1.09	0.28	- 17.70*
	Grupo alto	3.14	1.27	
Relacionarme con personas del sexo opuesto	Grupo bajo	1.10	0.32	- 20.81*
	Grupo alto	3.55	1.28	

* $P \leq .001$

Como siguiente paso y para evaluar la consistencia interna de la subescala, se obtuvo la confiabilidad por medio de la prueba Alfa de Cronbach la cual obtuvo un resultado de medio a robusto ($\alpha = .85$), la tabla 22 confirma que el alfa no se modifica si se elimina algún elemento.



Tabla 22

Estadísticos de correlación y eliminación del elemento Alfa de Cronbach subescala Grado de Interferencia en la vida cotidiana

Reactivos subescala Grado de Interferencia	Correlación elemento –total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Iniciar una conversación	.501	.310	.754
Mantener una conversación	.604	.407	.740
Ir a fiestas o reuniones sociales	.505	.284	.752
Escribir, comer o beber delante de gente	.355	.143	.783
Defender mis derechos ante otras personas	.435	.229	.763
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	.539	.321	.746
Relacionarme con personas del sexo opuesto	.569	.338	.739

Finalmente se evaluó la validez de constructo a través del análisis factorial por el método oblimín, obteniéndose una resolución unifactorial con las cargas factoriales que se muestran en la tabla 23.

Tabla 23

Estructura factorial subescala Grado de Interferencia en la vida cotidiana

Reactivos Grado de Interferencia	Cargas factoriales
Mantener una conversación	.783
Iniciar una conversación	.752
Relacionarme con personas del sexo opuesto	.745
Relacionarme con figuras de autoridad	.726
Ir a fiestas o reuniones sociales	.707
Defender mis derechos ante otras personas	.669
Escribir, comer o beber delante de gente	.660
Hablar en público	.625
$\bar{X} = 15.92$ DE= 6.75 Var total exp. = 50.42%	Alfa de Cronbach = .85

Es importante destacar que los procedimientos llevados a cabo y reportados en esta fase de la investigación, constituyen los pasos iniciales para la obtención de





instrumentos estandarizados, estabilidad temporal, validez concurrente y puntos de corte derivados de muestras representativas de contextos más amplios, por lo que aún quedan tareas pendientes al respecto.

Una vez conocidas las propiedades psicométricas de los instrumentos evaluados, se procedió a su aplicación a la muestra blanco para cumplir con los objetivos de cada una de las siguientes etapas de la investigación.





ESTUDIO 2

Tamizaje de Ansiedad Social, Patrón de Consumo de Alcohol y Conducta Alimentaria de Riesgo en Adolescentes



TAMIZAJE DE ANSIEDAD SOCIAL, PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTA DE ALIMENTARIA DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Preguntas de investigación

1. ¿Qué diferencias existen entre los participantes con respecto a la ansiedad social, el patrón de consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo?
2. ¿Qué diferencias existen entre los ansiosos y no ansiosos sociales respecto al consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo?

Objetivos

1. Describir a la muestra evaluada en términos de sus datos sociodemográficos edad, sexo, turno escolar y actividades extracurriculares (práctica-no práctica de actividades deportivas y artísticas así como tener o no una relación de noviazgo), ansiedad social, patrones de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.
2. Explorar las posibles diferencias por sexo, edad, turno escolar y actividades extracurriculares en las variables ansiedad social, patrones de consumo de alcohol, conducta alimentaria de riesgo.
3. Explorar las posibles diferencias entre ansiosos y no ansiosos sociales en el patrón de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados (hombres y mujeres) de distintos grupos de edad, turno escolar y actividades extracurriculares.





Justificación

Dada la alta prevalencia de la ansiedad social y las consistentes referencias a su efecto discapacitante particularmente en los adolescentes (Beesdo et al., 2007; Buckner et al., 2008; Zubeidat et al., 2008) diversos estudios internacionales (Eng et al., 2005; La Greca & Harrison, 2005; Olivares, García-López, Hidalgo y Caballo, 2004) señalan la relevancia de brindar atención y profundizar en la comprensión del problema.

Los datos en torno a la ansiedad social de los que se dispone en México, provienen mayoritariamente de poblaciones norteamericanas y europeas. Por lo tanto se requiere explorar la magnitud del problema en los adolescentes mexicanos. La edad de inicio de la ansiedad social es la adolescencia y esta constituye una etapa en la que las conductas de riesgo son frecuentes (Steimberg, 2008), dos de las que se han asociado con la ansiedad social son: a) el abuso y dependencia del alcohol (Melfsen et al., 2006; Stewart et al., 2006; Thomas et al., 2008) y b) la conducta alimentaria de riesgo (Cassidy 2003; Gandarillas et al., 2008; Park, Hitchon, & Woong, 2009).

Por otra parte, en la etapa adolescente las relaciones sociales con los pares y amigos cercanos tienen una importancia fundamental (Kim et al., 2008; Voncken & Bögels, 2008) lo cual hace necesario examinar las posibles diferencias en la interacción social entre los adolescentes socialmente ansiosos y los que no presentan esta característica, para ello se tomaron como indicadores tres aspectos que son esperables en esta etapa del desarrollo como son: la práctica regular de actividades deportivas, actividades artísticas y el establecimiento de relaciones románticas (Glickman & La Greca, 2004).





Variables

Clasificadoras continuas: edad, ansiedad social, conducta alimentaria de riesgo, consumo de alcohol.

Clasificadoras categóricas: sexo, turno escolar, actividades extracurriculares (práctica – no práctica de actividades deportivas y artísticas, tener o no una relación de noviazgo).

Definición conceptual.

a) *Ansiedad social:* Altos niveles de preocupaciones sociales evaluativas, malestar relacionado con situaciones sociales novedosas y generales (La Greca & López, 1998).

b) *Patrón de Consumo de Alcohol:* Se refiere a la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol en un determinado espacio de tiempo; las clases de bebidas alcohólicas; las características personales de los bebedores; los entornos en los que se lleva a cabo el consumo (Stimson, 2006).

Los patrones de consumo de alcohol para el presente estudio fueron:

Consumo riesgoso o abuso: Consumo de cinco copas o más de alcohol por lo menos una vez al mes: abarca a los que tomaron esta cantidad por ocasión de consumo en el mes anterior. Este patrón aumenta el riesgo de consecuencias adversas tanto para sí mismo como para otros (Díaz et al., 2009; Guzmán, Pedrao, Rodríguez, López y Esparza, 2007).

Usuario: Estudiantes que bebieron entre una y cuatro copas de alcohol en el último año pero no lo hicieron en el último mes, y estudiantes que bebieron entre una y cuatro copas en el último mes.





Abstemio: Estudiantes que nunca en su vida han bebido alcohol.

c) Conducta alimentaria de riesgo: Manifestaciones o síntomas aislados similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad, a las de los trastornos de conducta alimentaria (León, Gómez-Peresmitré y Platas, 2008; Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004).

d) Práctica regular de un deporte: Participación en actividades físicas que tienen como elemento común el movimiento originado por acción del cuerpo humano, que están reglamentadas y pueden ser de tipo individual o grupal (Amigó et al., 2004; Garzón, Delgado, Tercedor y Gonzalez-Gross, 2002).

e) Práctica regular de alguna actividad artística: Realizar actividades culturales que fortalecen la expresión de sentimientos, pensamientos y la creatividad como la música, danza, canto, teatro y pintura entre otras (Lovera, Zúñiga, Chargoy, Hernández y Deceano, 2005).

f) Relación de noviazgo: Relación romántica mutuamente reconocida que se caracteriza por expresiones de afecto y comportamiento sexual de distinta intensidad, incluye a personas de diferente sexo o personas del mismo sexo (Collins et al., 2009).

Definición operacional.

a) Ansiedad social: Puntuación obtenida en la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (La Greca & López, 1998). Se consideró ansiedad social clínicamente significativa si la puntuación obtenida fue mayor o igual a una desviación estándar por encima de la puntuación media.





b) *Patrón de consumo de alcohol*: Puntaje obtenido en la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993) de acuerdo con las siguientes categorías: *Consumo riesgoso o abusivo*, Puntuación \geq a 3; *Usuario* si la Puntuación fue 1 ó 2 y *Abstemio* para quienes obtuvieron una Puntuación de 0 (Díaz et al., 2009).

c) *Conducta alimentaria de riesgo*: Puntuación alcanzada en el Cuestionario de Conducta Alimentaria de Riesgo (Unikel, 2003), se consideró caso si dicha puntuación fue mayor o igual a 11 puntos.

d) *Práctica regular de un deporte*: Respuesta a la pregunta ¿Practicas algún deporte con regularidad?: SI ¿CUÁL? _____ NO, planteada en el cuestionario de datos generales de la muestra evaluada.

e) *Práctica regular de alguna actividad artística*: Respuesta a la pregunta ¿Realizas actividades artísticas regularmente? (música, danza, canto, teatro, pintura) SI ¿Cuál? _____ NO, incluida en el cuestionario de datos generales.

f) *Relación de noviazgo*: Respuesta a la pregunta ¿Tienes novio o novia?, presentada en el cuestionario de datos generales.





Hipótesis

H 1: La ansiedad social tendrá una frecuencia entre 7 y 13 % de acuerdo con el consenso nacional e internacional.

H 2: Existen diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad, turno escolar y actividades extracurriculares en la puntuación total de las variables ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.

H 3: Existen diferencias estadísticamente significativas por edad, sexo, turno escolar y actividades extracurriculares en la puntuación de la escala AUDIT, entre ansiosos y no ansiosos sociales.

H 4: Existen diferencias estadísticamente significativas por patrón de consumo de alcohol, entre ansiosos y no ansiosos sociales.

H 5: Existen diferencias estadísticamente significativas por conducta alimentaria de riesgo, entre ansiosos y no ansiosos sociales.

Muestra

Se trató de un muestreo no probabilístico y accidental (Kerlinger y Lee, 2002) de participantes voluntarios (García, Márquez y Ávila, 2009). Se evaluó a 3244 participantes, de los cuales se eliminaron 83 (2.5%) que respondieron en forma incompleta o inadecuada los instrumentos, por lo tanto la muestra se integró con 3164 adolescentes escolarizados provenientes de escuelas oficiales de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México, entre 12 y 18 años de edad, de ellos 1738 (54.9%) fueron de sexo femenino y 1426 de sexo masculino (45.1%).





Para la estimación del tamaño de muestra se tomaron en consideración dos elementos: el primero fue el tamaño de la población (superior a 10 millones) por lo cual la tasa de muestreo recomendada sería de 0.025% (García, 2009). El segundo fue la prevalencia de la ansiedad social en adolescentes mexicanos que se reporta en 11.2% (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez et al., 2009; Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano et al., 2009), y de la conducta alimentaria de riesgo que tiene menor prevalencia que la ansiedad social y el consumo de alcohol, este parámetro permitió establecer una aproximación al número mínimo de participantes socialmente ansiosos y de adolescentes que presenten conducta alimentaria de riesgo requerido para aplicar estadística paramétrica.

Tipo de estudio

Exploratorio pues se examinó un tema poco estudiado en México, de campo ya que se llevó a cabo en el contexto natural de los participantes, transversal descriptivo porque se evaluaron un conjunto de variables en un solo momento en el tiempo, con la intención de describir sus efectos (García et al., 2009).

Tipo de diseño

No experimental, dado que no hubo manipulación de variables y ex post facto en virtud de que las variables estudiadas ya han ocurrido (García et al., 2009; Kerlinger y Lee, 2002).





Instrumentos

1. *Cuestionario de Datos Generales*: Se solicitaron datos de edad, sexo, escuela, grado escolar, turno escolar, práctica o no de algún deporte de forma regular, práctica o no de alguna actividad artística de forma regular y tener o no una relación de noviazgo.

2. *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)* (La Greca & López, 1998): descrita en el estudio 1.

3. *Escala AUDIT* por sus siglas en inglés (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders et al., 1993): Es un instrumento auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar la magnitud del consumo de alcohol. A partir de este instrumento, la OMS establece los conceptos de trastornos por consumo de alcohol; consumo de riesgo y consumo perjudicial, aunándolos al ya existente de dependencia del alcohol (Guzmán et al., 2007). El AUDIT está compuesto por 10 reactivos en formato de escala Likert con 5 opciones de respuesta. Las 3 primeras preguntas miden la frecuencia y cantidad del consumo mientras que las otras 7 hacen referencia a los trastornos causados por el alcohol (Lucio, Gómez, Morales y Pérez, 2009). El instrumento provee información acerca del consumo en el año anterior, el mes anterior, semanalmente y diariamente.

La puntuación entre 8 y 15 en adultos sugiere consumo peligroso, de 16 a 19 problemas con el alcohol y de 20 en adelante, probable dependencia de alcohol. Ha sido validado y confiabilizado en diferentes poblaciones por tratarse de un instrumento muy práctico para detectar consumo riesgoso y dañino o perjudicial, ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en edades diversas.





En México, Lucio et al. (2009) reportaron una estructura bifactorial: el primer factor es la *identificación de trastornos por consumo de alcohol* con ($\alpha = .73$) que explica el 41.6% de la varianza total. El segundo factor es la *frecuencia y cantidad del consumo de alcohol*, con ($\alpha = .85$) y 11.4 % de varianza explicada. El coeficiente Alfa de Cronbach de la escala total es de .82, mostrando con ello una consistencia interna de media a robusta. Lucio et al. (2009) concluyeron que las propiedades psicométricas de la escala AUDIT son adecuadas para ser utilizada en adolescentes escolarizados. Un reactivo ejemplo es:

¿Qué tan frecuentemente ingieres bebidas alcohólicas?

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Nunca	Una vez al mes o menos	Dos o tres veces al mes	Dos o tres veces a la semana	Cuatro o más veces a la semana

4. Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (Unikel-Santoncini et al., 2004):

Se trata de un instrumento de auto-reporte elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Está constituido por 10 reactivos en formato de escala Likert con 5 opciones de respuesta desde “nunca o casi nunca”, hasta muy frecuentemente, más de dos veces a la semana” Un ejemplo de reactivo es el siguiente ejemplo: “He usado pastillas para tratar de bajar de peso, especifica cuál (es) _____”.

Las autoras describieron un Alfa de Cronbach, de .83. El análisis factorial de los componentes principales con rotación oblicua señaló tres factores. El factor uno (Atracón-Purga) explica el 42.3% de la varianza e incluye los reactivos práctica de atracones, sensación de falta de control al comer, vómito auto-inducido y práctica de ayunos. El segundo factor (Medidas Compensatorias) explica 12.0% de la varianza y lo conforman los reactivos uso de pastillas, uso de diuréticos y uso de laxantes para bajar





de peso. El factor tres (Restricción) agrupa los reactivos me preocupa engordar, práctica de dietas y práctica de ejercicio para bajar de peso; este explicó el 10.2% de la varianza total.

Procedimiento

Como acción inicial se gestionaron los permisos institucionales tanto de la Secretaría de Educación Pública como de las autoridades de cada una de las unidades escolares para llevar a cabo la investigación. En cada escuela se acordó fecha, hora y lugar de aplicación y se estableció el compromiso de retroalimentación a las autoridades, consistente en un informe global de los hallazgos sin referir datos individuales.

La aplicación se efectuó en las escuelas designadas por las autoridades educativas y en los espacios señalados por los directivos de cada escuela, en el horario escolar, en forma grupal y con las condiciones de iluminación y confort habituales para los estudiantes al ser sus propias aulas.

Se asignaron dos evaluadores por grupo (estudiantes del último semestre de la Licenciatura en Psicología y psicólogos recién egresados de la misma), los cuales después de saludar, y en apego a los principios éticos de autonomía, beneficencia, privacidad y protección a los derechos humanos, dieron a conocer los objetivos de la investigación y solicitaron la participación de los estudiantes subrayando el carácter voluntario y anónimo de la misma. Asimismo, antes de la aplicación, se procedió a dar información acerca de instituciones en las que podría obtenerse atención para problemas objeto de la investigación: ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria.





El asentimiento voluntario (verbal) de los adolescentes, el permiso institucional tanto de las autoridades administrativas de la SEP como de las autoridades de los propios planteles, se consideraron en conjunto como el consentimiento informado.

Posteriormente se dio la lectura a las instrucciones generales (ver anexo 1) y se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden:

- 1) Cuestionario de Datos Generales
- 2) Escala de Ansiedad Social para Adolescentes
- 3) Escala AUDIT y
- 4) Cuestionario de Conducta Alimentaria de Riesgo.

Se excluyó del estudio a los alumnos cuyos maestros no autorizaron su inclusión. Se eliminaron de la investigación a todos aquellos participantes que respondieron en forma inadecuada o incompleta los instrumentos de evaluación.

Una vez obtenida la información, se integró en una base de datos utilizando el programa SPSS versión 15 para Windows para su análisis.

Finalmente, se dio cumplimiento al compromiso de retroalimentación a las escuelas participantes.



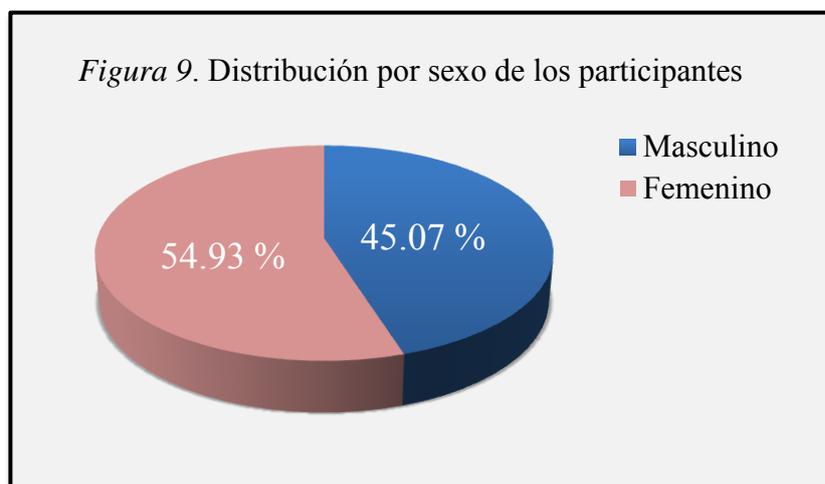
RESULTADOS ESTUDIO DOS

Como primer análisis, se llevó a cabo la descripción de la muestra en términos de sus características sociodemográficas: edad, sexo, nivel educativo, turno escolar y actividades extracurriculares (realizar o no actividades deportivas, artísticas y tener o no una relación de noviazgo) así como de las variables centrales de la investigación - ansiedad social, patrones de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo- para ello se obtuvieron medidas de tendencia central y de variabilidad.

Descripción de la muestra

Datos sociodemográficos.

La muestra estuvo constituida por 3164 adolescentes escolarizados entre 12 y 18 años de edad, la media de edad de las mujeres ($\bar{X} = 14.72$, $DE = 1.70$) fue mayor que la de los hombres ($\bar{X}=14.47$, $DE = 1.64$) y esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($t [4.093] = 1.64$, $p = .000$). Los participantes fueron provenientes de escuelas oficiales de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México, las figuras 9-14 describen los detalles de sus características.



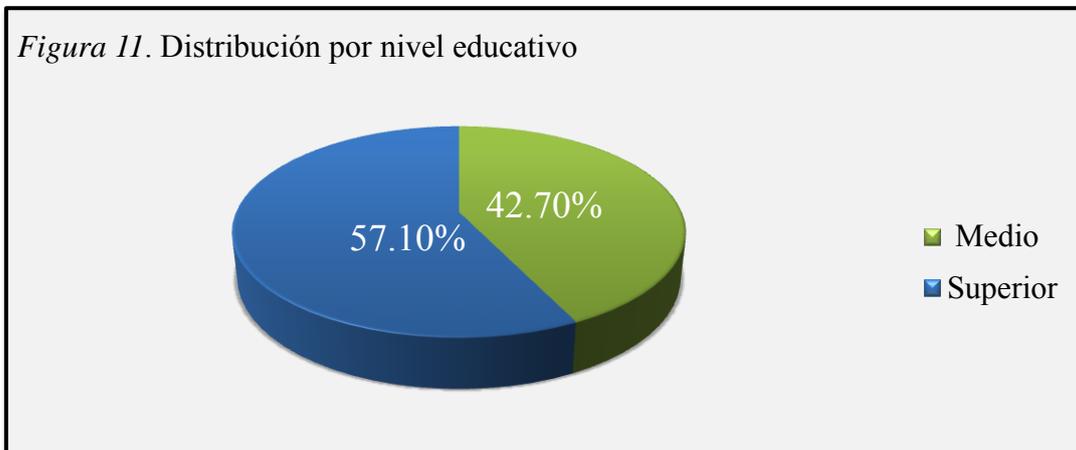
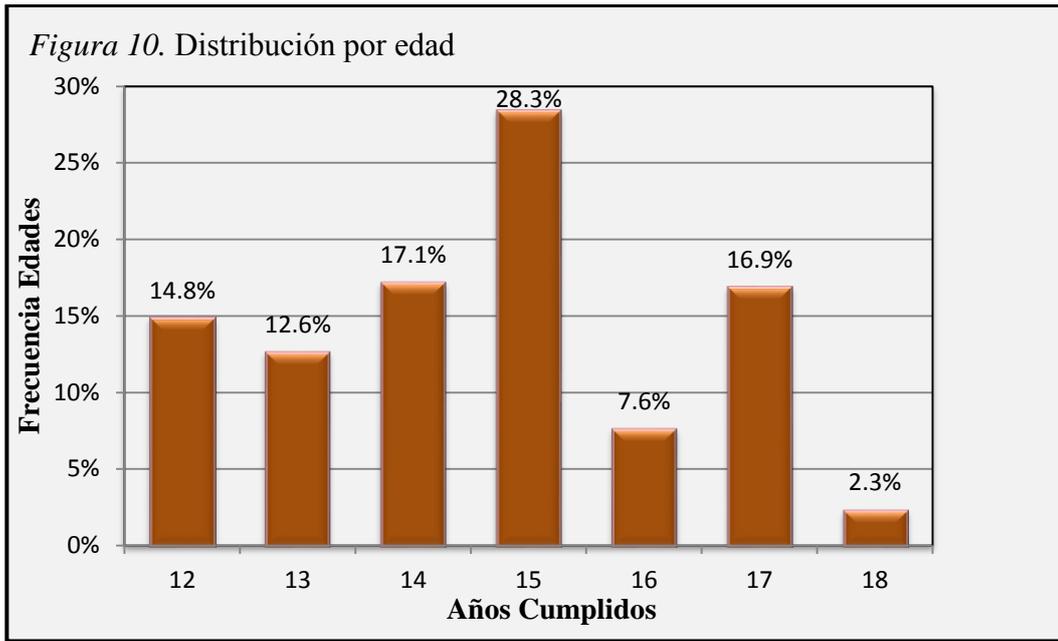




Figura 12. Distribución por turno escolar



Figura 13. Actividades extracurriculares

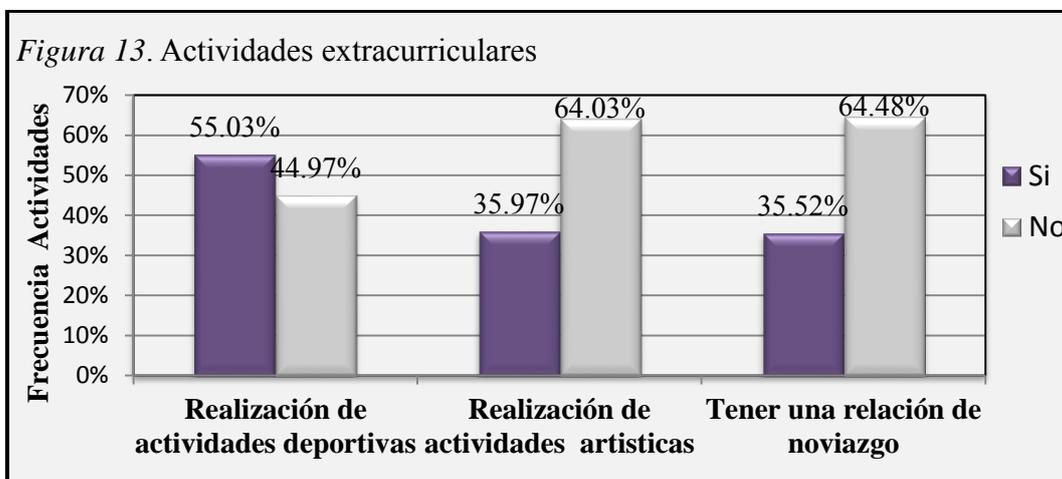
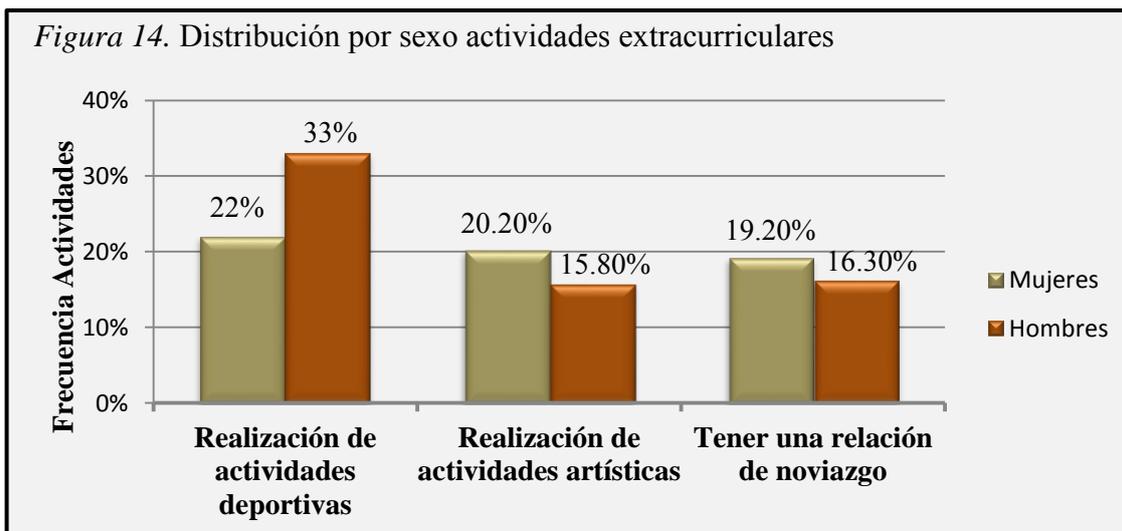
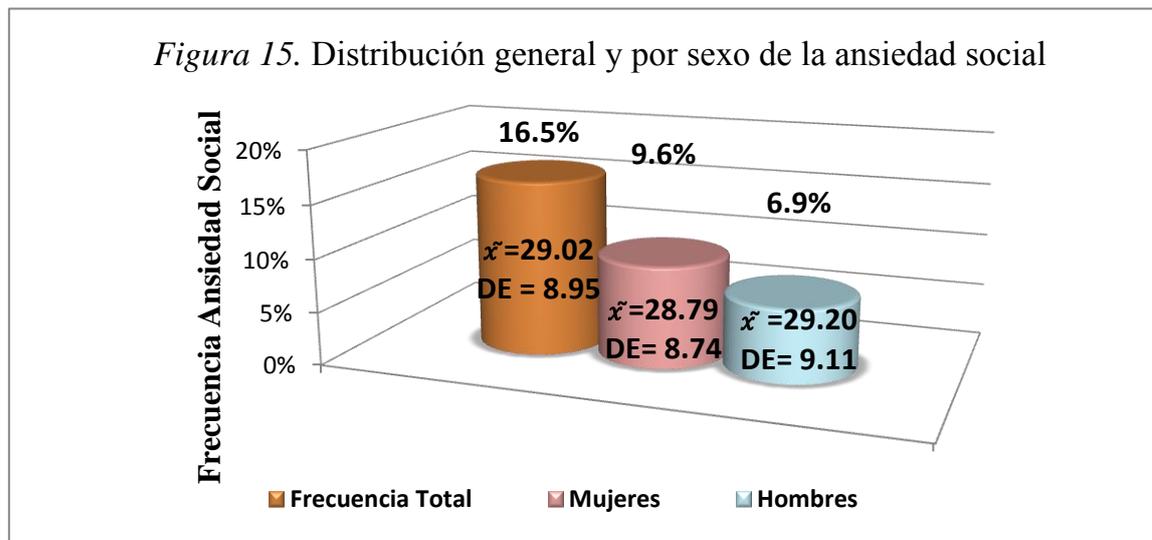


Figura 14. Distribución por sexo actividades extracurriculares



Como puede observarse en las figuras 9-14, la muestra incluyó 9.86% más mujeres que hombres, la distribución por edad señala que las edades mas frecuentes fueron 15, 14 y 17 años, y las menos frecuentes las de 18 y 16.

En función de sexo, la edad mostró diferencias estadísticamente significativas (\bar{X} hombres =14.4 vs \bar{X} mujeres = 14.7) ($t = 4.09, 3162, p = .000$).



En lo que se refiere al nivel educativo el turno matutino incluyó 14.4% más participantes del nivel medio (secundaria) que del nivel medio superior (bachillerato), asimismo, los participantes del turno matutino fueron 45.06% más que los del vespertino.

En relación con las actividades extracurriculares, se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo en la realización de actividades deportivas ($X^2 = 350.05, 1, P = .000$), siendo mayor la frecuencia de hombres que refieren practicarlas. En la realización de actividades artísticas ($X^2 = .748, gl = 1, p = .376$) y en el reporte de tener una relación de noviazgo ($X^2 = .395, 1, p = .530$) hombres y mujeres no mostraron tales diferencias.

Descripción ansiedad social, patrones de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.

La ansiedad social se evaluó a través de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) (La Greca & López, 1998), el consumo de alcohol por medio de la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders et al., 1993) y la conducta alimentaria de riesgo con el Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) (Unikel-Santoncini et al., 2004). El análisis descriptivo de las variables evaluadas se muestra en las figuras 15, 16 y 17.

Como puede observarse, en la figura 15, la frecuencia mayor de ansiosos sociales se presenta entre las mujeres, aunque las puntuaciones medias entre hombres y mujeres no resultaron estadísticamente significativas ($t = 1307, 3086.2, p = .191$).

La distribución de los patrones de consumo de alcohol obtenida en este estudio fue la siguiente:

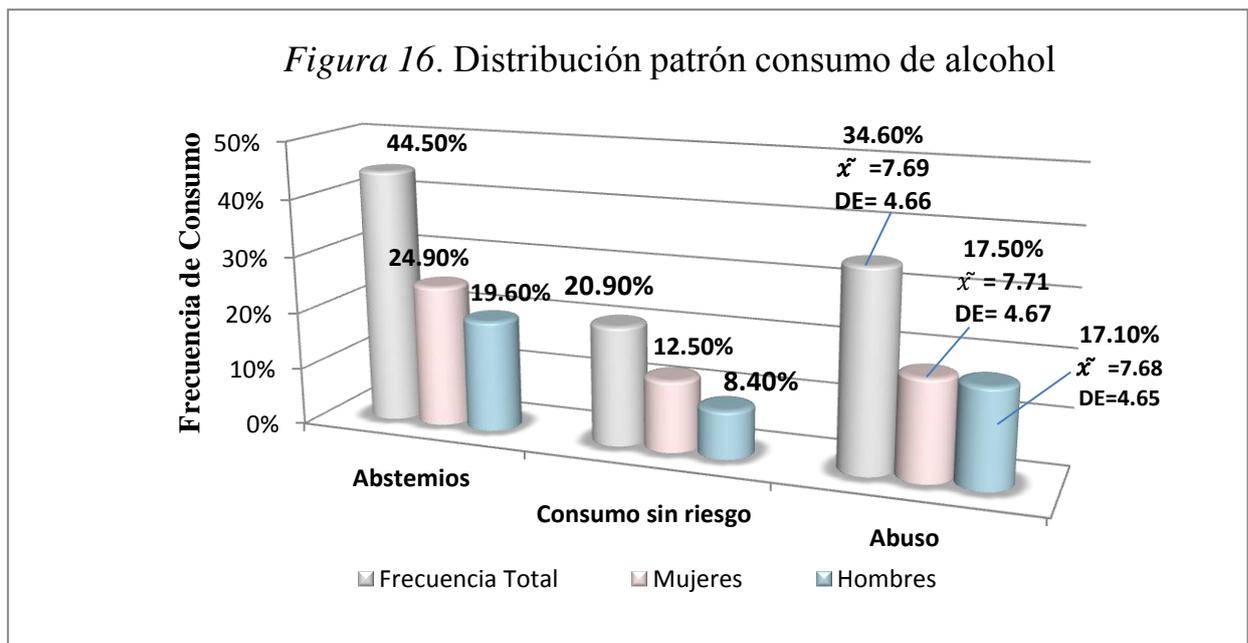


Tabla 24

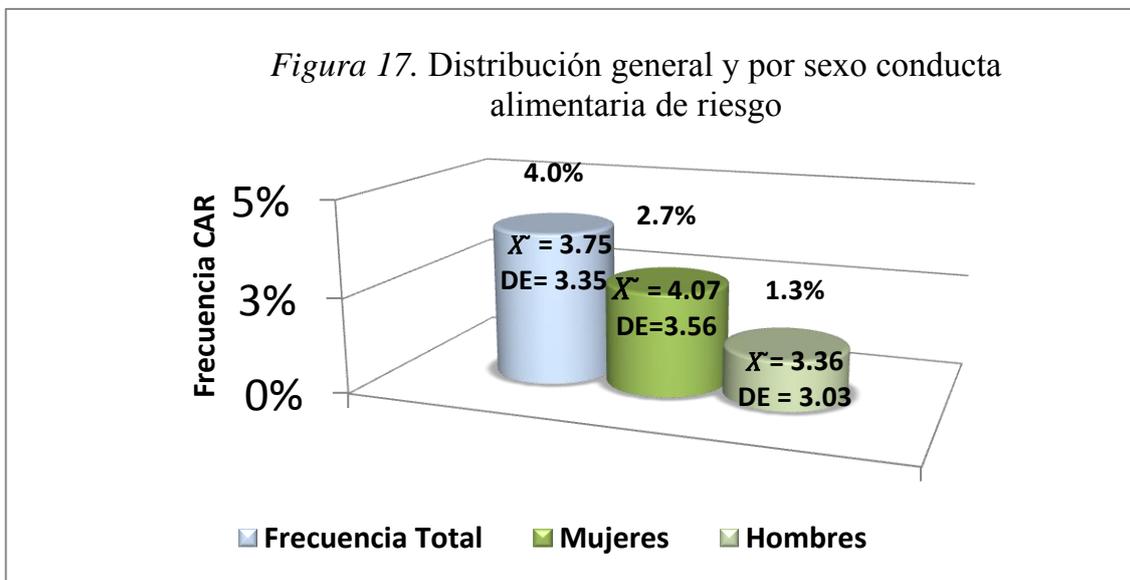
Medias y desviaciones estándar SAS-A, AUDIT y CAR

Edad	Ansiedad social		Consumo de alcohol		Conducta alim de riesgo	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
12	30.64	9.61	1.44	3.12	2.97	2.81
13	29.55	9.62	2.08	3.71	3.37	3.13
14	29.31	9.32	3.66	5.31	3.89	3.78
15	27.90	8.37	3.11	4.28	3.74	3.26
16	28.88	8.29	3.62	4.59	3.91	2.97
17	28.83	8.51	3.39	4.49	4.32	3.49
18	28.91	8.29	5.20	5.81	5.07	4.09

En esta muestra, el patrón más habitual fue el de los adolescentes *abstemios*, seguido por el de abuso y en tercer lugar el consumo bajo o sin riesgo.

En el caso del abuso no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres y ($t = .129$, $gl = 1094.5$, $p = .897$).

Respecto de la conducta alimentaria de riesgo, la frecuencia obtenida se presenta en la siguiente figura:





Como puede apreciarse en la figura 17, la conducta alimentaria de riesgo es más prevalente en mujeres que en hombres, en proporción de dos mujeres por un hombre.

Tabla 25

ANOVAS simples por edad SAS-A, AUDIT, CAR comparaciones múltiples prueba Scheffé

Ansiedad Social		Consumo de alcohol		Conducta alim de riesgo	
(F [6,3164] = 5326, p < .001)		(F [6,3164] = 19.74, p < .001)		(F [6, 3164] = 10000, p < .001)	
Pares comparados ¹	Diferencia entre medias	Pares comparados ¹	Diferencia entre medias	Pares comparados ¹	Diferencia entre medias
12-15	2.90 ***	12-14	-2.22***	12-14	- 0.91**
		12-15	-1.66***	12-15	- 0.77*
		12-16	-2.17**	12-16	- 0.94*
		12-17	-1.95***	12-17	- 1.34***
		12-18	-3.76***	12-18	- 2.09***
		13-14	-1.58***	13-17	- 0.95 ***
		13-15	-1.02*	13-18	- 1.70*
		13-17	-1.31**		
		13-18	-3.12***		

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

¹ sólo se incluyeron los pares comparados que presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Diferencias por edad en ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo del estudio, y con el propósito de estimar las diferencias por edad entre los puntajes medios de las escalas: SAS-A, AUDIT y CAR se efectuaron análisis de varianza de una sola vía para cada una de ellas. La tabla 24 presenta en primera instancia las medias y desviaciones estándar, posteriormente, la tabla 25 muestra las diferencias que permitieron rechazar la hipótesis





nula de la igualdad de las medias, pues en los tres casos se identificaron diferencias significativas por edad.

Como muestra la tabla 24, las puntuaciones medias en ansiedad social, tienen una menor variabilidad que las correspondientes al consumo de alcohol y a la conducta alimentaria de riesgo. Tanto en consumo de alcohol como en conducta alimentaria de riesgo se observó que a mayor edad mayor puntuación.

Las diferencias por edad (tabla 25) en ansiedad social fueron estadísticamente significativas exclusivamente entre los 12 y 15 años, mientras que en materia del consumo de alcohol, fueron identificadas entre los 12 - 14 años a 12-18 años (no hubo diferencia entre doce y trece años) y 13-14 a 13-18 años. En el tema de la conducta alimentaria de riesgo las DES por edad se obtuvieron entre 12-14 a 12-18 años y 13-17 a 13-18 años.

Diferencias por sexo, turno y actividades extracurriculares en: ansiedad social, patrón de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo

Con el propósito de estimar las diferencias en ansiedad social, patrones de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo por: sexo, turno escolar y actividades extracurriculares, se realizaron pruebas t para cada una de las variables a evaluar, obteniendo los resultados señalados en la tabla 26.



Tabla 26

Diferencias en ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo en función de las variables sociodemográficas

Sexo	Ansiedad social			Consumo de alcohol			Conducta alim riesgo		
	\bar{X}	DE	t	\bar{X}	DE	T	\bar{X}	DE	t
Mujeres	29.20	9.11	3086, 1.30 NS	2.78	4.32	3162,-2.59**	4.07	3.55	3162,5.95***
Hombres	28.79	8.74		3.19	4.57		3.36	3.03	
Turno Escolar									
Matutino	29.35	9.21	3162,3.45***	2.76	4.38	3162,-4.16***	3.72	3.46	1767,-0.94 NS
Vespertino	28.12	8.14		3.90	4.56		3.83	3.04	
Actividades Extracurriculares									
Si deporte ¹	28.55	8.93	3160, 3.18***	3.14	4.60	3160, 2.38*	3.84	3.51	3160, 1.67 NS
No deporte ²	29.57	8.94		2.76	4.22		3.64	3.13	
Si artísticas ³	28.84	9.01	3162, 0.83 NS	2.93	4.29	2463,0.30 NS	4.05	3.50	2210,- 3.78***
No artísticas ⁴	29.12	8.91		2.98	4.53		3.58	3.24	
Si Novio ⁵	28.18	9.11	3162, 3.90***	3.83	4.85	3162, 8.25**	4.04	3.48	3162.-3.68***
No Novio ⁶	29.48	8.89		2.48	4.12		3.59	3.26	

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

1 Si reporta actividades deportivas; 2 No reporta actividades deportivas; 3 Si reporta actividades artísticas; 4 No reporta actividades artísticas; 5 Si reporta relación de noviazgo; 6 No reporta relación de noviazgo. NS = diferencia no significativa.

De acuerdo con estos resultados (tabla 26), las puntuaciones de la ansiedad social no mostraron diferencias estadísticamente significativas por sexo pero sí las del patrón de consumo de alcohol y de la conducta alimentaria de riesgo. Para el consumo de alcohol, la mayor puntuación se observó en los hombres y en la conducta alimentaria de riesgo se obtuvo entre las mujeres. Es importante destacar que las diferencias por sexo hacen referencia a las diferencias en las puntuaciones medias entre hombres y mujeres y no a la frecuencia entre hombres y mujeres.

En el caso de la conducta alimentaria de riesgo se obtuvieron las diferencias por sexo de cada uno de los factores, mostrando que en el caso del factor Purga-Atracón, no obtuvo diferencias estadísticamente significativas ($t = -1.305$, $gl = 3131.9$, $p = .196$) pero sí en el factor de Medidas Compensatorias ($t = 3.329$, $gl = 3162$, $p = .001$) y en el



de Restricción ($t = 9.691$, $gl = 3162$, $p = .000$) siendo en ambos casos, más alto el puntaje femenino.

Respecto de la variable turno escolar, la mayor puntuación en ansiedad social se obtuvo en el turno matutino y la del consumo de alcohol, se presentó en el turno vespertino.

En el contexto de hacer o no deporte con regularidad, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los rubros de la ansiedad social y consumo de alcohol pero no en la conducta alimentaria de riesgo. El puntaje más alto en ansiedad social fue observado en los participantes que reportaron no hacer deporte, en tanto que el consumo de alcohol fue mayor en los participantes que afirmaron sí hacerlo regularmente.

La *realización o no de actividades artísticas*, mostró diferencias estadísticamente significativas únicamente *en la conducta alimentaria de riesgo* pero no en la ansiedad social ni en el consumo de alcohol. La *puntuación más alta* en el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo se presentó en quienes refirieron *sí practicar actividades artísticas*.

Por lo que hace a *tener o no una relación de noviazgo*, se encontraron *diferencias estadísticamente significativas* tanto en *ansiedad social* como en *consumo de alcohol* y en *conducta alimentaria de riesgo*.

Quienes afirmaron *no tener relación de noviazgo* obtuvieron *mayor puntuación en ansiedad social*, mientras que el *mayor consumo de alcohol* fue observado en quienes afirmaron *sí tener una relación de noviazgo*. De la misma forma, el *puntaje más*



elevado en conducta alimentaria de riesgo se observó en quienes reportaron sí tener una relación de noviazgo.

Diferencias entre ansiosos y no ansiosos sociales respecto del consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo

Atendiendo al tercer objetivo del estudio que consistió en identificar las posibles diferencias en el patrón de consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo, entre ansiosos y no ansiosos sociales; se realizaron ANOVAS factoriales univariadas tomando como variables dependientes en el primer análisis la puntuación total de la escala AUDIT, y en el segundo la puntuación total del Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo.

Como variables independientes en ambos casos se incluyeron: sexo, edad, turno escolar, actividades extracurriculares (realizar o no actividades deportivas, artísticas y tener o no una relación de noviazgo) y ser o no ansiosos sociales. Las edades específicas de las diferencias entre ansiosos y no ansiosos se obtuvieron a través del análisis de las medias marginales.

Inicialmente se presentan las puntuaciones medias para el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo, entre los ansiosos y no ansiosos sociales (tabla 27) y posteriormente se muestran los efectos principales y de interacción para ambos casos (ver tabla 28).



Tabla 27

Puntuaciones medias en consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales

	Escala AUDIT		Cuestionario CAR	
	Ansiosos Sociales	No ansiosos sociales	Ansiosos sociales	No ansiosos sociales
Variables	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
Sexo				
Mujeres	2.53	2.83	5.47	3.77
Hombres	3.41	3.15	4.88	3.08
Turno Escolar				
Matutino	2.89	2,73	5.23	3.38
Vespertino	2.93	3.58	5.17	3.64
Actividades Extracurriculares				
Si deportivas	3.29	3.11	5.50	3.53
No deportivas	2.46	2.82	4.91	3.37
Si act artísticas	3.08	2.90	5.31	3.79
No act artísticas	2.79	3.02	5.16	3.27
Si Novio	3.68	3.86	5.77	3.72
No Novio	2.49	2.48	4.93	3.31

En la misma lógica que con el consumo del alcohol, en el terreno de la conducta alimentaria de riesgo, se reportan en la tabla 29 los análisis de varianza factoriales realizados.

Tabla 28

Efectos principales y de interacción para el consumo de alcohol

Escala AUDIT ¹	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F
<i>Efectos principales</i>			
Sexo	152.32	152.32	1, 3160 = 7.72**
Ansiosos no ansiosos	0.19	0.19	1, 3160 = 0.01
Edad	1684.43	280.73	6, 3150 = 14.73***
Ansiosos no ansiosos	75.45	75.45	1, 3150 = 3.960*
Turno escolar	58.10	58.10	1, 3160 = 2.95
Ansiosos no ansiosos	18.32	18.32	1, 3160 = 0.93
Realiza o no deporte	135.41	135.41	1, 3158 = 6.86**
Ansiosos no ansiosos	3.13	3.13	1, 3158 = 0.15
Realiza o no actividades artísticas	3.17	3.17	1, 3160 = 0.16
Ansiosos no ansiosos	0.26	0.26	1, 3160 = 0.01
Tiene o no relación noviazgo	652.29	652.29	1, 3160 = 33.70***
Ansiosos no ansiosos	3.19	3.19	1, 3160 = 0.16
<i>Efectos de interacción</i>			
No se identificaron efectos de interacción			

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$ ¹ Alcohol Use Disorders Identification Test

Como puede apreciarse en la tabla 28, las variables que mostraron efectos principales sobre el patrón de consumo de alcohol fueron: sexo, edad (las diferencias específicas por edad se presentan más adelante), hacer o no deporte y tener o no una relación de noviazgo. El ser ansioso o no ansioso social no tuvo efectos significativos sobre el consumo de alcohol. Las variables no presentaron efectos interactivos.

En la misma lógica que con el consumo del alcohol, en el terreno de la conducta alimentaria de riesgo, se reportan en la tabla 29 los análisis de varianza factoriales realizados.

Tabla 29

Efectos principales y de interacción en la conducta alimentaria de riesgo

Conducta Alimentaria de Riesgo	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F
<i>Efectos principales</i>			
Sexo	173.85	173.85	1, 3160 = 16.25***
Ansiosos no ansiosos	1299.00	1299.00	1, 3160 = 121.45***
Edad	775.18	129.19	6, 3150 = 12.28***
Ansiosos no ansiosos	884.56	884.56	1, 3150 = 84.13***
Turno escolar	2.817	2.817	1, 3160 = 0.26
Ansiosos no ansiosos	848.11	848.11	1, 3160 = 78.56***
Realiza o no deporte	61.28	61.28	1, 3158 = 5.68*
Ansiosos no ansiosos	1344.56	1344.56	1, 3158 = 124.61***
Realiza o no actividades artísticas	45.86	45.86	1, 3160 = 4.26*
Ansiosos no ansiosos	1188.97	1188.97	1, 3160 = 110.56***
Tiene o no relación noviazgo	151.24	151.24	1, 3160 = 14.06***
Ansiosos no ansiosos	1334.11	1334.11	1, 3160 = 124.10***
<i>Efectos de interacción</i>			
Edad*ansiosos no ansiosos	183.11	30.51	6, 3150 = 2903**

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

Las variables con efectos principales para la conducta alimentaria de riesgo fueron: el sexo, ser o no ansioso social, la edad, realizar o no actividades deportivas, artísticas y tener o no una relación de noviazgo. En este caso se identificaron efectos de interacción entre las variables edad y ser ansiosos o no ansiosos sociales.

Diferencias por edad entre ansiosos y no ansiosos sociales respecto del consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo

Como siguiente procedimiento y a través del análisis de las medias marginales, se estimaron las diferencias por edad en el consumo de alcohol y en la conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales (ver tabla 30).

Tabla 30

Diferencias por edad en consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales

Edad	Consumo de alcohol					Conducta alimentaria de riesgo				
	Ansiosos sociales		No ansiosos sociales		Diferencias entre \bar{X}	Ansiosos sociales		No ansiosos sociales		Diferencias entre \bar{X}
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
12	1.74	3.52	1,34	2.97		3.97	3.25	2.64	2.57	1.33*
13	2.00	3.82	2.10	3.69		4.76	3.89	3.05	2.84	1.70*
14	4.21	5.86	3.54	5.18		3.05	2.84	3.34	3.17	3.00*
15	2.68	3.59	3.18	4.37		4.89	4.15	3.57	3.07	1.31*
16	3.65	4.99	3.61	4.52		5.35	3.93	3.65	2.70	1.69*
17	3.11	4.45	3.44	4.50		6.35	4.96	4.01	3.10	2.34*
18	8.67	8.33	4.72	5.29	3.94*	7.44	5.83	4.74	3.73	2.70*

* $P \leq .05$

Como puede apreciarse en la tabla 30, en el tema del consumo de alcohol, sólo la edad de 18 años señaló diferencias estadísticamente significativas entre ansiosos y no ansiosos sociales. En cambio, la conducta alimentaria de riesgo evidenció diferencias por edad estadísticamente significativas entre ansiosos y no ansiosos sociales en todas las edades evaluadas.

Diferencias en el patrón de consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales

Como último análisis de este estudio, y con el propósito de determinar las diferencias entre ansiosos y no ansiosos sociales en cuanto a su patrón de consumo de alcohol, y de conducta alimentaria de riesgo; se llevó a cabo el estadístico Ji cuadrada, obteniendo los resultados que se muestran en la tabla 31.

Tabla 31

Diferencias en el patrón de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales

Variable	Total = 3164 (100%)	Ansiosos Sociales	No Ansiosos Sociales	X ²
Patrón de consumo de alcohol	Abuso (34.6 %)	5.6 %	29.1 %	X ² = 1.201, gl = 2, p = .361
	Consumo sin riesgo (20.8%)	2.8 %	18 %	
	Abstemios (44.5%)	6.9 %	37.5 %	
Conducta alimentaria de riesgo	Presente (4%)	1.5 %	2.5 %	X ² = 55.988, gl = 1, p = .000
	Ausente (96 %)	22.2 %	73.8 %	

De acuerdo con los datos de la tabla 31, contrario a lo esperado en el rubro del alcohol; se aceptó la hipótesis de igualdad de los grupos, ya que los patrones de consumo de alcohol se comportaron de la misma forma entre ansiosos y no ansiosos sociales. Empero, conforme a lo hipotetizado en la conducta alimentaria de riesgo, se aceptó la hipótesis alterna, pues en este caso sí se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

Recapitulando sobre los resultados de este estudio, las diferencias estadísticamente significativas en función de las características de la muestra evaluada fueron las siguientes: los hombres presentaron mayor consumo de alcohol y las mujeres mayor conducta alimentaria de riesgo. Los adolescentes del turno matutino puntuaron más alto en ansiedad social y los del vespertino en consumo de alcohol.

Los participantes que refirieron sí realizar actividades deportivas, tuvieron mayor puntuación en consumo de alcohol y los que manifestaron no practicarlas tuvieron mayor puntuación en ansiedad social. Quienes reportaron participar en



actividades artísticas tuvieron mayor puntuación en conducta alimentaria de riesgo. Asimismo, los adolescentes que expresaron sí tener una relación de noviazgo, puntuaron más bajo en ansiedad social, más alto en consumo de alcohol y más alto en conducta alimentaria de riesgo. Considerando ser o no ansiosos sociales, los efectos principales observados sobre el consumo de alcohol fueron: sexo, edad, turno escolar, realizar o no actividades deportivas y tener o no una relación de noviazgo; sin efectos de interacción. En el área de la conducta alimentaria de riesgo, los efectos principales fueron: sexo, edad, realizar o no deporte, realizar o no actividades artísticas y tener o no una relación romántica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ansiosos y no ansiosos sociales, respecto del patrón de consumo de alcohol, pero sí en conducta alimentaria de riesgo.

Habiendo alcanzado los objetivos del segundo estudio que permitió identificar semejanzas y diferencias en ansiedad social, consumo del alcohol y conducta alimentaria de riesgo, se consideró necesario plantear una siguiente etapa complementaria para explorar la asociación, ya no con el consumo de alcohol en general sino específicamente con el *patrón abusivo de consumo de alcohol* y de la *conducta alimentaria de riesgo*, con la *ansiedad social*, así como con *cada una de sus dimensiones*. Se decidió incluir una variable confusora que fue la *sensibilidad a la ansiedad*, ya que ésta última al igual que la ansiedad social, se ha reportado como predictora de trastornos por consumo de alcohol (Kushner et al., 2001; Reyno et al., 2006; Schmidt et al., 2007; Stewart et al., 1997).

Los datos de dicha etapa se incluyen en el siguiente estudio.





ESTUDIO 3

Ansiedad Social,
Evitación, Grado de
Ansiedad, Grado de
Interferencia, Miedo a la
Evaluación Negativa,
Sensibilidad a la
Ansiedad, Edad, Sexo,
Patrón Abusivo de
Consumo de Alcohol y
Conducta Alimentaria de
Riesgo

ANSIEDAD SOCIAL, GRADO DE INTERFERENCIA, MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA, SENSIBILIDAD LA ANSIEDAD, EDAD, SEXO, PATRÓN ABUSIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Pregunta de investigación:

1. ¿Cuáles son los efectos de la Ansiedad Social, Evitación, Grado de Ansiedad, Grado de Interferencia, Miedo a la Evaluación Negativa, Sensibilidad a la Ansiedad, Edad y Sexo sobre el abuso del alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México?

Objetivos

1. Determinar si la edad de inicio reportada por los participantes para la ansiedad social, precede a la edad de inicio registrada para el consumo abusivo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes hombres y mujeres escolarizados de la Ciudad de México, que presentan comorbilidad entre ansiedad social, patrón abusivo de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.
2. Estimar el efecto de la Ansiedad Social, Evitación, Grado de Ansiedad, Grado de Interferencia de la ansiedad, Miedo a la Evaluación Negativa, Sensibilidad a la Ansiedad, Edad y Sexo sobre: el Patrón Abusivo de Consumo de Alcohol y la Conducta Alimentaria de Riesgo en adolescentes, hombres y mujeres escolarizados de la Ciudad de México.

Justificación

El Modelo cognitivo conductual de la ansiedad social (Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Rapee & Heimberg, 1997; Turk et al., 2001) asume que el *miedo a la evaluación negativa* de una audiencia crítica, correlaciona de manera positiva y



estadísticamente significativa con escalas de tamiz para la Ansiedad o Fobia Social (Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios, 2007; Wieser, Pauli, Alpers, & Mühlberger, 2009), involucra pérdida de rango o estatus social y conduce a una *activación fisiológica* (rubor, sudoración, temblor, etc.), la cual constituye el componente físico de la ansiedad social. Esta activación puede dar origen a comportamientos de *evitación social*, que es el principal síntoma conductual de la ansiedad social y representa una estrategia para impedir la evaluación negativa que se refuerza por la reducción de la ansiedad. Según Wong y Mould (2011), la evitación social puede ser un proceso cognitivo o conductual mediante el cual un individuo se abstiene de participar en una determinada experiencia.

Por otra parte, la evitación social impide o reduce la probabilidad de ser evaluado negativamente pero al mismo tiempo, limita la posible retroalimentación positiva de otras personas, la cuál podría modificar potencialmente la representación mental negativa y distorsionada que el individuo tiene de sí mismo e interrumpe o interfiere con el proceso de habituación o adaptación a las experiencias cotidianas al limitar la participación en aquellas generadoras de ansiedad (Hambrick, Henning, & Heimberg, 2004; Moitra, Herbert, & Forman, 2008).

En el marco del DSM-IV, los criterios B y E para el trastornos de ansiedad social, consignan que el grado de ansiedad puede variar y llegar a predisponer un ataque de pánico (criterio B); y que existe un grado o nivel de interferencia de la ansiedad que no necesariamente es el mismo para todos los individuos con ansiedad social (criterio E). Cabe mencionar que el criterio de interferencia sólo está incluido en la escala EDAS (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004).

La ansiedad social ha sido señalada como factor de riesgo para el abuso y dependencia del alcohol (Buckner & Schmidt, 2009; Stewart et al., 2006; Weeks, Carleton, Asmundson, McCabe, & Antony, 2010) y para los trastornos de la conducta alimentaria de los cuales se encuentra una variante denominada conducta alimentaria de riesgo (McLean et al., 2007).

En este contexto, las variables edad y sexo han sido reconocidas como fuente de diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes socialmente ansiosos, entre los consumidores abusivos de alcohol (Stewart et al., 2006) y entre quienes presentan conducta alimentaria de riesgo (Alva & Cukier, 2009). En el caso de la ansiedad social diferentes estudios (Kessler et al., 1994; Turk et al., 1998; Xu, Schneier, Heimberg, Princisvalle, & Leibowitz, 2012) han evidenciado mayor prevalencia en las mujeres. En cuanto a la edad, no se reportan diferencias entre los adolescentes (García-López, Inglés, & García-Fernández, 2008; Inglés et al., 2011).

En el rubro del abuso del alcohol entre los adolescentes, la prevalencia tradicionalmente reportada en México es mayor en hombres, con una tendencia al incremento en el consumo por parte de las mujeres (ENA, 2008) -sin embargo- la Encuesta Nacional de Estudiantes del nivel medio y medio superior no encontró diferencias de género estadísticamente significativas (Díaz et al., 2009). En este caso el riesgo se incrementa a partir de los 16-17 años y se cuadruplica después de los 18 años de edad.

Para la conducta alimentaria de riesgo de la misma forma que en la ansiedad social, se reporta un predominio femenino, las preocupaciones por el peso y la delgadez, la insatisfacción con la imagen corporal y la conducta bulímica tienen diferente patrón

de acuerdo con el género, mientras que la edad de riesgo ha sido señalada después de los 14 años (Herrero y Viña, 2005).

Por otra parte, un factor que compite con la variable ansiedad social en relación con su posible efecto predictor en el abuso o dependencia del alcohol, es el de *sensibilidad a la ansiedad* (SA) (Schmidt et al., 2007). Es una variable amplificadora de la ansiedad, definida como la *tendencia a tener miedo a los síntomas corporales asociados con la activación ansiosa*, este miedo es propiciado por las creencias de que dichas sensaciones tendrán consecuencias somáticas, cognitivas o sociales negativas. La sensibilidad a la ansiedad según Wong y Mould (2011), se asocia positivamente con la evitación y la ansiedad rasgo. Ha sido estudiada en relación con todos los trastornos de ansiedad (Taylor et al., 2007).

También se le ha vinculado con trastornos de la personalidad como el fronterizo y con abuso de sustancias (Reiss, 1991; Schmidt et al., 2007; Taylor, 1995; Tull & Gratz, 2008) y desde la década de los 80, se identifica como un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad en adultos; particularmente en el trastorno de pánico. Coincidentemente con la ansiedad social, la sensibilidad a la ansiedad puede motivar al consumo de sustancias con propiedades ansiolíticas, en un intento por disminuir las reacciones temidas de ansiedad (Schmidt et al., 2007).

El abuso del alcohol y la conducta alimentaria de riesgo son problemas de salud pública significativos en la población adolescente (Melfsen et al., 2006; Thomas et al., 2008), en ambos casos hay estudios que reportan comorbilidad con la ansiedad social y se presume que ésta precede tanto al abuso del alcohol como a la conducta alimentaria de riesgo (Thomas et al., 2008; Zimmermann et al., 2003).

Dado que existe insuficiente investigación en esta materia en México, se pretende determinar si la ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa, sensibilidad a la ansiedad, edad y sexo (variables independientes), podrían predecir un patrón de consumo abusivo de alcohol y/o un patrón de conducta alimentaria de riesgo (variables dependientes); por lo cual los adolescentes socialmente ansiosos debieran ser identificados y atendidos tempranamente a efecto de evitar las complicaciones y secuelas que se reportan en otros países.

Es importante comprobar empíricamente si las dimensiones que constituyen componentes de la ansiedad social, efectivamente tienen entre sí una alta correlación positiva al formar parte del mismo constructo. Asimismo se incluye para conocer su relación específicamente con la ansiedad social y sus componentes la variable sensibilidad a la ansiedad.

Variables

Clasificadoras discretas: Edad de inicio reportada por el participante para la ansiedad social, consumo abusivo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo.

Predictoras continuas: Ansiedad social, Evitación, Grado de Nerviosismo o Ansiedad, Grado de interferencia, Miedo a la Evaluación Negativa, Sensibilidad a la Ansiedad.

Predictoras categóricas: sexo, categorías de edad = adolescentes de 12 a 15 años
adolescentes de 16 a 18 años.

Criterio categóricas: abuso–no abuso, conducta alimentaria de riesgo-no conducta alimentaria de riesgo.

Definición conceptual

a) *Edad de inicio reportada por el participante para la ansiedad social*: Número de años cumplidos a la fecha en que el adolescente identifica por primera vez, los síntomas propios de la ansiedad social, de acuerdo con la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (La Greca & López, 1998).

b) *Edad de inicio reportada por el participante para el consumo abusivo de alcohol*: Número de años cumplidos a la fecha en que el adolescente identifica por primera vez el consumo de 5 ó 6 copas por ocasión de consumo.

c) *Edad de inicio reportada por el participante para la conducta alimentaria de riesgo*: Número de años cumplidos a la fecha en que el adolescente identifica el inicio de los indicadores de Conducta Alimentaria de Riesgo.

d) *Ansiedad social*: Alto nivel de preocupaciones sociales evaluativas, malestar relacionado con situaciones sociales nuevas y generales (La Greca & López, 1998).

e) *Evitación*: Estrategia conductual que intenta impedir, escapar o reducir el contacto con estímulos externos o internos aversivos o mínimamente gratificantes, estos estímulos pueden ser pensamientos, conductas, emociones, recuerdos e interacciones sociales (Carvalho & Hopko, 2011).

f) *Grado de nerviosismo o ansiedad*: Grado de malestar o sobreactivación experimentado en diferentes situaciones sociales tanto de actuación como de relación interpersonal (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004).

g) *Grado de interferencia*: Grado en el que el miedo a la evaluación negativa, la sobreactivación somática (neurovegetativa y muscular) y la evitación obstruyen la vida cotidiana (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004).

h) *Miedo a la evaluación negativa*: Pensamientos irracionales relacionados con ser juzgado en una forma hostil o ser despreciado por otros en situaciones sociales (Gallego et al., 2007).

i) *Sensibilidad a la Ansiedad*: Miedo a las sensaciones relacionadas con la activación fisiológica, movilizadas por las creencias de que dichas situaciones tendrán consecuencias adversas (Taylor et al., 2007).

j) *Edad*: Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1992).

k) *Sexo*: Diferencia física y constitutiva de hombres y mujeres (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1992).

l) *Abuso-No abuso*: Abuso.- Consumo de cinco copas o más por lo menos una vez al mes: abarca a los que tomaron esta cantidad por ocasión de consumo en el mes anterior. El abuso es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas tanto para sí mismo como para otros. No abuso-No cumplen con el criterio de abuso (Díaz et al., 2009; Guzmán et al., 2007).

m) *Conducta Alimentaria de Riesgo-No Conducta Alimentaria de Riesgo*: *Conducta Alimentaria de Riesgo*: Manifestaciones o síntomas aislados similares en forma pero menores en frecuencia e intensidad, a las de los trastornos de conducta alimentaria.

No conducta alimentaria de riesgo: No cumplen con los criterios para la conducta alimentaria de riesgo (León et al., 2008; Unikel-Santoncini et. al., 2004).

Definición operacional.

a) Edad de inicio reportada por el participante para la ansiedad social: Respuesta a la pregunta, ¿Desde qué edad tienes este tipo de comportamientos?: ___ años, incluida al final de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, sin tomarse en consideración para la puntuación del instrumento.

b) Edad de inicio reportada por el participante para el consumo abusivo de alcohol: Respuesta a la pregunta ¿A qué edad empezaste a consumir 5 ó 6 copas en el mismo día?: ___ años. Incluida al final de la escala AUDIT. Sin formar parte de la puntuación del instrumento.

c) Edad de inicio reportada por el participante para la conducta alimentaria de riesgo: Respuesta a la pregunta ¿A qué edad iniciaste este tipo de comportamientos? : ___ años, incluida al final del Cuestionario de Conducta Alimentaria de Riesgo, no participa en la puntuación del instrumento.

d) Ansiedad social: Puntaje igual o mayor al punto de corte establecido para esta población (una desviación estándar sobre la media) en la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (La Greca & López, 1998; Vera-Villarroel et al., 2007).

e) Evitación: Puntaje obtenido en la subescala de Evitación en la escala EDAS (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004).

f) *Grado de nerviosismo o ansiedad*: Puntaje obtenido en la subescala Grado de Nerviosismo o Ansiedad en la escala EDAS (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004).

g) *Grado de interferencia*: Puntaje obtenido en la subescala Grado de Interferencia (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004).

h) *Miedo a la evaluación negativa*: Puntaje obtenido en la escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Leary, 1983).

i) *Sensibilidad a la ansiedad*: Puntaje obtenido en la escala Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3).

j) *Edad*: Número de años reportados en el cuestionario de datos generales. Categorizados como adolescentes de 12 a 15 años = 1, adolescentes de 16 a 18 años = 2.

k) *Sexo*: Sexo reportado en el cuestionario de datos generales.

l) *Abuso-No Abuso*: Abuso = Puntuación \geq a 3 en la escala AUDIT categorizada como = 1. No abuso = Puntuación 0, 1 ó 2, en la escala AUDIT categorizado como = 0 (Díaz et al., 2009).

m) *Conducta alimentaria de riesgo-No conducta alimentaria de riesgo*: Conducta alimentaria de riesgo: Puntaje igual o mayor a 11 puntos en el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo categorizada como = 1. No conducta alimentaria de riesgo: Puntaje de 0 a 10 en el cuestionario de conducta alimentaria de riesgo categorizada como = 0 (Unikel, 2003).

Hipótesis

H 1: La ansiedad social, precede en edad de inicio al consumo abusivo de alcohol y a la conducta alimentaria de riesgo.

H 2: Las variables ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa, sensibilidad a la ansiedad y edad, se relacionan en forma positiva y estadísticamente significativa con el abuso del alcohol y con la conducta alimentaria de riesgo.

H 3: Las variables ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa, sensibilidad a la ansiedad, edad y sexo, tienen un efecto predictor sobre el abuso del alcohol y la conducta alimentaria de riesgo.

H 4: Las variables ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa y sensibilidad a la ansiedad, predicen en mujeres adolescentes tardías, mayor asociación con el abuso en el consumo de alcohol, que en los hombres o en las mujeres adolescentes tempranas.

H 5: Las variables ansiedad social, evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia, miedo a la evaluación negativa y sensibilidad a la ansiedad o alguna combinación de ellas, predicen en hombres adolescentes tardíos, mayor asociación con la conducta alimentaria de riesgo que en mujeres u adolescentes tempranos hombres.

Muestra

La muestra para este estudio es la misma que se describió en el estudio 2.

Tipo de estudio

No experimental porque no se realizó manipulación de variables, exploratorio en tanto que la temática del estudio es poco conocida en los adolescentes de la Ciudad de México; de campo pues se efectuó en el contexto habitual de los participantes, transversal dado que se realizó una medición única en un momento determinado en el tiempo y correlacional porque se identificaron relaciones de asociación entre variables, *sin implicaciones de causalidad* (García et al., 2009).

Tipo de diseño

Ex post facto puesto que se evaluaron variables preexistentes (García et al., 2009; Kerlinger y Lee, 2002).

Instrumentos

1. Pregunta: *¿Desde qué edad tienes este tipo de comportamientos?* : ___ años, incluida al final de la página de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes.
2. Pregunta: *¿A qué edad empezaste a consumir 5 ó 6 copas en el mismo día?* : ___ años. Incluida al final de la escala AUDIT.
3. Pregunta: *¿A qué edad iniciaste este tipo de comportamientos?* : ___ años, incluida al final del Cuestionario de Conducta Alimentaria de Riesgo.
4. *Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)*, descrita en el estudio 1.

5. *Escala de Detección de la Ansiedad Social*², descrita en el estudio 1.
6. *Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (BFNE)*, descrita en el estudio 1.
7. *Escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*, descrita en el estudio 2.
8. *Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (Unikel-Santoncini et al., 2004)*, descrito en el estudio 2.
9. *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI 3)* (Taylor et al., 2007): Se trata de una escala de auto-informe que contiene 18 reactivos en formato de escala Likert, con 5 opciones de respuesta que van desde “muy poco” hasta “muchísimo”. La validez factorial fue realizada a través de seis réplicas de análisis factorial confirmatorio en un estudio transcultural que incluyó una muestra Mexicana, se identifican tres factores que son: El primero preocupaciones físicas que tiene un coeficiente de confiabilidad $\alpha = .79$ e incluye los reactivos 3, 4, 7, 8, 12 y 15, un ejemplo de éste grupo de reactivos es: “Cuando empiezo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mi”. El segundo factor es el de preocupaciones cognitivas y su consistencia interna es de $\alpha = .84$, se integra por los reactivos 2, 5, 10, 14, 16 y 18, un reactivo ejemplo de este factor es: “Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad”. El tercer factor evalúa las preocupaciones sociales y tiene un Alfa de Cronbach de $\alpha = .79$, se compone de los reactivos 1, 6, 9, 11, 13 y 17, un reactivo muestra de este factor es: “Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pueda pensar de mi” (Taylor et al., 2007).

²Para medir las variables Evitación, Grado de Ansiedad y Grado de Interferencia de la ansiedad, se utilizaron por separado las tres subescalas de la Escala de Detección de la Ansiedad Social.

Procedimiento

Para la realización de este estudio fue necesario seguir los siguientes pasos:

1. Gestión de permisos institucionales.
2. Asumiendo los principios éticos de autonomía, beneficencia, privacidad y protección a los derechos humanos, se hizo la solicitud de colaboración a los participantes garantizando el carácter voluntario y anónimo de los datos, se les proporcionó información respecto de lugares de atención profesional apropiados para quienes consideraron requerirlo en relación con los temas objeto de la investigación (ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo).
3. Posteriormente se dio lectura de las instrucciones generales y se procedió a la aplicación grupal de los instrumentos psicológicos a la población blanco en sus respectivas aulas.
4. Con la información obtenida, se integró una base de datos utilizando el programa SPSS para Windows, versión 15.
5. Se cumplió con el compromiso de retroalimentación a las autoridades de cada una de las escuelas participantes.

Resultados estudio tres

Descripción de las escalas del estudio

Como primer análisis estadístico (tabla 32) se obtuvieron las puntuaciones medias, desviación estándar y diferencias por sexo, de cada una de las escalas aplicadas en esta etapa de la investigación. Los datos de la ansiedad social, conducta alimentaria de riesgo y consumo de alcohol se reportaron en el estudio anterior.

Tabla 32

Datos descriptivos y diferencias por sexo escalas Sensibilidad a la Ansiedad, Miedo a la Evaluación negativa y EDAS

Escalas	\bar{X}	DE	gl	t	p
Escala Sensibilidad a la Ansiedad					
General	14.41	11.31	3038.7	5.075	.000
Hombres	15.29	11.28			
Mujeres	15.34	11.25			
Escala Miedo a la Evaluación Negativa					
General	31.69	4.34	3086.8	4.090	.000
Hombres	31.34	4.22			
Mujeres	31.97	4.41			
Escala EDAS					
Factor Evitación			3162	-2.22	.026
General	10.90	4.27			
Hombres	11.09	4.46			
Mujeres	10.75	4.09			
Factor Grado de Ansiedad			2997.1	.263	.793
General	10.32	3.97			
Hombres	10.29	4.05			
Mujeres	10.33	3.90			
Factor Grado de Interferencia			3018.4	-.149	.881
General	11.00	5.14			
Hombres	11.01	5.20			
Mujeres	10.98	5.10			

De acuerdo con los datos de la tabla 32, la sensibilidad a la ansiedad y el miedo a la evaluación negativa, mostraron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

En la escala EDAS, únicamente el factor evitación presentó diferencias significativas por sexo; el grado de ansiedad y la interferencia de la ansiedad no las evidenciaron.

Edad de inicio ansiedad social, abuso del alcohol y conducta alimentaria de riesgo

Tomando como punto de partida el primer objetivo de este estudio, se analizó una submuestra integrada por aquellos participantes que presentan comorbilidad entre ansiedad social, conducta alimentaria de riesgo y abuso del alcohol ($n = 28$), para ello se utilizó estadística descriptiva y medidas de dispersión. Los resultados condensados en la tabla 33, señalaron que las diferencias de medias entre ansiedad social y abuso de alcohol; ansiedad social y conducta alimentaria de riesgo fueron estadísticamente significativas, lo cual indica que la ansiedad social precede significativamente tanto al abuso del alcohol como a la conducta alimentaria de riesgo, ello sugiere que la ansiedad social puede considerarse un factor de riesgo para ambos problemas.

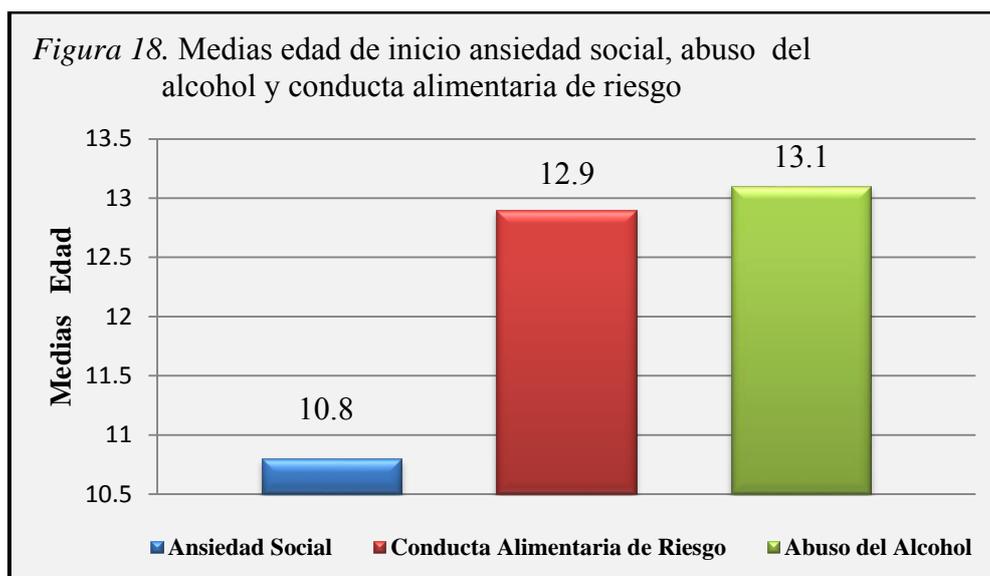
Como siguiente análisis, y con el propósito de identificar la secuencia de la edad de inicio en las variables ansiedad social, abuso del alcohol y conducta alimentaria de riesgo, se realizó un ANOVA de medidas repetidas, el cual como se indica en la figura 18, señaló que la secuencia en el orden de presentación de los problemas referidos fue: en primer lugar ansiedad social, posteriormente la conducta alimentaria de riesgo y finalmente el abuso del alcohol.

Tabla 33

Diferencias edad de inicio ansiedad social, abuso de alcohol y conducta alimentaria de riesgo

Edad de inicio ansiedad social		Edad de inicio abuso de alcohol		Edad de inicio ansiedad social		Edad de inicio conducta alimentaria de riesgo	
\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
10.81	2.10	13.19	1.47	10.81	2.10	12.90	1.77
t [- 5694, 15, p = .000]				t [- 4.613, 19, p = .000]			

La tabla 33, muestra diferencias estadísticamente significativas, entre la edad de inicio de la ansiedad social y la del abuso de alcohol, asimismo, entre la edad de inicio de la ansiedad social, y la de la conducta alimentaria de riesgo.



Como puede observarse en la figura 18, la secuencia de edad de inicio de la ansiedad social, el abuso del alcohol y la conducta alimentaria de riesgo reportada por los participantes, establece en primer término el inicio de la ansiedad social, en segundo lugar el de la conducta alimentaria de riesgo y en tercero el inicio del abuso del alcohol.

Relación entre variables predictoras

Teniendo en cuenta el segundo objetivo de este estudio, fue necesario realizar dos análisis previos a la dicotomización de las variables criterio, en primera instancia verificar a través del análisis de correlación producto momento de Pearson; que como se muestra en la tabla 34, las variables predictoras tienen relación entre ellas pero pueden ser evaluadas en forma independiente, lo cual es importante corroborar para evitar el efecto de la colinealidad.

Tabla 34

Relación entre variables predictoras

VARIABLES	1	2	3	4	5	6
1 Ansiedad social	-	.437*	.531	.286*	.558 **	.462*
		*	**	*		*
2 Evitación		-	.652	.476*	.369 **	.381*
			**	*		*
3 Grado de ansiedad			-	.526*	.475 **	.463*
				*		*
4 Grado de interferencia				-	.339 **	.330*
						*
5 Miedo a la evaluación negativa					-	.494*
						*
6 Sensibilidad a la ansiedad						-

**p≤.01

Es evidente que las variables predictoras correlacionan positiva y significativamente entre sí, pero en una magnitud que permite que cada una de ellas pueda ser evaluada en forma independiente.

En este contexto, se examinó también la relación entre la variable ansiedad social y los componentes de la sensibilidad a la ansiedad, como se indica en la tabla 35, la relación es positiva y significativa con las tres subescalas, en mayor grado y como era de esperarse, con la subescala de preocupaciones sociales.

Tabla 35

Relación entre ansiedad social y subescala de la Sensibilidad a la Ansiedad

Sensibilidad a la ansiedad	Ansiedad Social	
	r	p
Preocupaciones físicas	.298	.000**
Preocupaciones cognitivas	.372	.000**
Preocupaciones sociales	.492	.000**

** la correlación es significativa al nivel .001

Relación entre variables predictoras y variables criterio

Como siguiente paso, y como estrategia para seleccionar las variables adecuadas para ser incluidas en el siguiente procedimiento estadístico, se evaluó a través de la prueba de correlación producto momento de Pearson, la relación entre variables independientes o predictoras y las dependientes o criterio (exceptuando la variable sexo por su nivel de medición); considerando como apropiadas las que presentaron una relación positiva y estadísticamente significativa. La tabla 36 muestra que la mayoría de las variables independientes, correlacionan positiva y significativamente con las variables criterio, las correlaciones fueron entre bajas y moderadas.

Tabla 36

Relación entre variables predictoras y variables criterio

Variables independientes	Variables dependientes	
	ABUSO	CAR
	r	r
Ansiedad social	-.004NS	.224**
Evitación	.091**	.156**
Grado de ansiedad	.128**	.234**
Grado de interferencia	.112**	.209**
Miedo a la evaluación negativa	.095**	.289**
Sensibilidad a la ansiedad	.147**	.318**

* $p \leq .01$; NS = correlación no significativa

Como puede apreciarse en la tabla 36, la ansiedad social no correlacionó con el abuso de alcohol, por lo que fue eliminada del análisis de regresión logística para el caso del abuso de alcohol. En el área de la conducta alimentaria de riesgo todas las variables evaluadas correlacionaron positiva y significativamente.

Efectos de las variables predictoras sobre las variables criterio

Habiendo identificado las variables que correlacionaron significativamente con el abuso de alcohol y con la conducta alimentaria de riesgo, se efectuaron los análisis de regresión logística a través del método adelante Wald. Esto tuvo como finalidad estimar su efecto sobre las variables criterio (patrón abusivo de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo). Los resultados de dichos análisis se presentan en el siguiente apartado iniciando con el consumo de alcohol.

Patrón abusivo de consumo de alcohol.

En el caso particular del consumo abusivo de alcohol, las variables incluidas como variables independientes en el análisis de regresión logística fueron: evitación, grado de ansiedad, grado de interferencia de la ansiedad, miedo a la evaluación negativa, sensibilidad a la ansiedad, dada su correlación positiva y estadísticamente significativa con el puntaje total en abuso del alcohol. Descartando las variables que no mostraron dicha relación. Se agregó la variable sexo (categórica).

Los resultados mostrados en la tabla 37, se obtuvieron conforme al siguiente procedimiento: inicialmente se incluyeron todas las variables seleccionadas, utilizando el método adelante Wald, a este primer paso se le denominó *general*. En un segundo momento, los análisis fueron ajustados por sexo, edad y finalmente por la combinación

de edad y sexo (hombres y mujeres de 12 a 15 y 16 a 18 años como variables de selección).

Tabla 37

Análisis de regresión logística abuso del alcohol

Variables predictoras estadísticamente significativas			β	RM	(IC 95%)
General		Grado de interferencia ansiedad	.030	1.032	1.015 - 1.050
		Sensibilidad a la ansiedad	.011	1.011	1.003 - 1.018
Sexo	Hombres	Grado de interferencia	.035	1.036	1.012 - 1.061
		Sensibilidad a la ansiedad	.013	1.013	1.003 - 1.024
	12-15 años	Sexo	.270	1.309	1.096 - 1.565
		Grado de interferencia ansiedad	.034	1.034	1.010 - 1.059
Edad	16-18 años	Sensibilidad a la ansiedad	.011	1.011	1.002 - 1.021
		Sexo	.527	1.037	1.002 - 1.073
		Grado de interferencia ansiedad	.049	1.051	1.005 - 1.198
Edad y Sexo	Hombres 12-15 años				
		Sensibilidad a la ansiedad	.013	1.014	1.001 - 1.027

Regresión logística método adelante Wald.

RM = razón de momios (odds ratio).

IC 95% = 95 % intervalo de confianza.

Los resultados señalan que en esta muestra, independientemente del sexo y la edad, sólo el grado de interferencia de la ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad fueron predictoras significativas para el consumo de alcohol. Sin embargo, es importante señalar que aunque en estricto sentido, los resultados cumplen con el criterio de $RM > 1$, los valores β son bajos.

Considerando la variable sexo, se observa que el grado de interferencia de la ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad tienen efecto predictivo en los hombres pero no en las mujeres en relación con el abuso del alcohol.

De la misma forma, tomando en cuenta el factor edad; la sensibilidad a la ansiedad y el grado en que la ansiedad interfiere con la vida cotidiana, se asocian con el abuso del alcohol en los adolescentes de 12 a 15 años. En los adolescentes de 16-18

años, la sensibilidad a la ansiedad ya no resultó significativa, pero sí el grado de interferencia de la ansiedad.

Frente a la combinación de edad y sexo como covariables, se reitera que la sensibilidad a la ansiedad fue significativa en hombres de 12-15 años. Estos resultados demuestran que tal como se observó desde el momento en que se estimaron las correlaciones entre variables predictoras y variables criterio: la ansiedad social no obtuvo efecto predictivo sobre el abuso de alcohol, pero sí la sensibilidad a la ansiedad y el grado en el que la ansiedad interfiere en la vida del sujeto.

Conducta alimentaria de riesgo.

De la misma forma en que se procedió con el abuso de alcohol, en el rubro de la conducta alimentaria de riesgo se realizaron análisis de regresión logística, se incluyeron las variables que correlacionaron positiva y significativamente con la variable total conducta alimentaria de riesgo (ansiedad social, grado de ansiedad, grado de interferencia, grado de evitación, edad y sexo); la variable criterio fue la puntuación total de la conducta alimentaria de riesgo. Las variables se analizaron inicialmente en conjunto, a través del método adelante Wald. Posteriormente, tomando como variables de selección los grupos de edad, el sexo y finalmente una combinación de edad y sexo. Los resultados de este procedimiento aparecen en la tabla 38.

Tabla 38

Análisis de regresión logística conducta alimentaria de riesgo

Variables predictoras estadísticamente significativas		β	RM	(IC 95%)	
General	Sexo	.520	1.681	1.135 - 2.489	
	Edad	.157	1.170	1.048 - 1.306	
	Miedo a la evaluación negativa	.063	1.065	1.021 - 1.112	
	Grado de ansiedad	.053	1.054	1.005 - 1.106	
	Grado de interferencia	.047	1.048	1.009 - 1.089	
	Sensibilidad a la ansiedad	.030	1.030	1.014 - 1.047	
Sexo	Mujeres	Edad	.193	1.213	1.061 - 1.387
		Miedo a la evaluación negativa	.082	1.086	1.031 - 1.143
		Grado de ansiedad	.064	1.066	1.005 - 1.130
		Grado de interferencia ansiedad	.058	1.059	1.013 - 1.109
	Hombres	Grado de interferencia	.071	1.074	1.016 - 1.134
		Sensibilidad a la ansiedad	.064	1.066	1.044 - 1.089
Edad	12-15 años	Edad	.548	1.73	1.202- 2.491
		Sexo	.512	1.669	1.041 - 1.387
		Sensibilidad a la ansiedad	.045	1.046	1.023 - 1.070
		Miedo a la evaluación negativa	.078	1.081	1.019 - 1.147
		Grado de ansiedad	.076	1.079	1.017 - 1.146
	16 -18 años	edad	.567	1.763	1.007 - 3.087
	Total ansiedad social	.076	1.079	1.041 - 1.118	
Edad y Sexo	Mujeres 12 -15 años	Edad	1.00	2.739	1606 – 4.671
		Grado de ansiedad	.112	1.118	1.037 - 1.206
		Sensibilidad a la ansiedad	.045	1.046	1.018 - 1.076
	Mujeres 16-18 años	Miedo a la evaluación negativa	.094	1.098	1.030 - 1.170
		Grado de interferencia ansiedad	.067	1.069	1.022 - 1.163
	Hombres 12-15 años	Sensibilidad a la ansiedad	.093	1.098	1.066 - 1.130
		Total ansiedad social	.198	1.218	1.092 - 1.359

Regresión logística método adelante Wald.

RM = razón de momios (odds ratio).

IC 95% = 95 % intervalo de confianza.

El análisis de regresión logística en el caso de la conducta alimentaria de riesgo, obtenido por el método adelante wald, señaló al sexo, la edad, el grado de ansiedad, el miedo a la evaluación negativa y el grado de interferencia de la ansiedad como variables predictoras.

El análisis por sexo muestra que en las mujeres: edad, miedo a la evaluación negativa, grado de ansiedad y grado de que esta interfiere en la vida cotidiana, fueron las variables predictoras significativas. En cambio en los hombres, únicamente el grado de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad resultaron significativos.

Tomando en consideración la edad, se observa que en los adolescentes de 12 a quince años, el sexo, el grado de interferencia de la ansiedad, el miedo a la evaluación negativa y la sensibilidad a la ansiedad están asociados con la conducta alimentaria de riesgo. En los adolescentes de 16 a 18 años, la ansiedad social tiene efectos predictores.

Cuando el análisis se realizó combinando edad y sexo como variables de selección, en las mujeres de 12 a 15 años se obtuvieron como variables predictoras, la edad, el grado de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad. En las mujeres de 16 a 18 años, el miedo a la evaluación negativa y el grado de interferencia de la ansiedad; en los hombres de 12 a 15 años, la sensibilidad a la ansiedad, y en los hombres de 16 a 18 años la ansiedad social.

Como cierre de la investigación, en la siguiente sección se discuten los resultados.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



DISCUSION Y CONCLUSIONES

La presente investigación exploró el efecto de la ansiedad social sobre el consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México. La motivación para incursionar en el tema de la investigación, surgió de la práctica clínica con adolescentes, que en su motivo de consulta, describieron los criterios del trastorno de ansiedad social, y las limitaciones que esto implicó en su calidad de vida. En la búsqueda de información e instrumentos de evaluación, se observó la escasez de ambos en el contexto de los adolescentes mexicanos.

Con base en el *enfoque cognitivo-conductual de la ansiedad social* y bajo una *perspectiva de prevención* desde la psicología de la salud, el presente trabajo se realizó con adolescentes escolarizados de la Ciudad de México; a través de tres estudios de campo de tipo transversal.

La discusión se desarrolló teniendo como hilo conductor las siguientes preguntas:

- 📖 ¿Cuáles son las aportaciones psicométricas?
- 📖 ¿Qué dicen los datos descriptivos?
- 📖 ¿Cuáles son las diferencias entre ansiosos y no ansiosos sociales respecto del consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo?
- 📖 ¿Cuáles son los efectos de la Ansiedad Social, Evitación, Grado de Ansiedad, Grado de Interferencia, Miedo a la Evaluación Negativa, Sensibilidad a la Ansiedad, Edad y Sexo sobre el abuso del alcohol y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México?
- 📖 ¿Cuáles son los alcances, limitaciones y conclusiones, de la investigación?





¿CUÁLES SON LAS APORTACIONES PSICOMÉTRICAS?

El primer estudio se efectuó para propiciar una recolección de datos, sustentada en instrumentos válidos, confiables y culturalmente sensibles (Kerlinger y Lee, 2002; Reyes y García, 2008), y como se mencionó antes; debido a la insuficiencia de instrumentos de evaluación de la ansiedad social en adolescentes mexicanos.

Los resultados evidenciaron las propiedades psicométricas de las siguientes tres escalas: 1) Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), 2) Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa (Leary, 2003) y 3) Escala de Detección de la Ansiedad Social (EDAS) (Olivares, García-López et al., 2005; Olivares-Rodríguez et al., 2004).

La versión final de la SAS-A obtenida de este estudio, obtuvo una confiabilidad por el método Alfa de Cronbach ($\alpha = .85$) semejante a la reportada por La Greca y Harrison (2005) ($\alpha = .87$), y García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel, & Turner (2001). ($\alpha = .86$). Se confirmó su estructura factorial conservando las tres dimensiones propuestas por los autores de la escala (La Greca & López, 1998), y en consonancia con otros estudios (García-López, et al., 2001; Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; Inglés et al., 2002; Olivares et al., 1999).

La Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa, conservó su estructura original de 12 reactivos, con un solo factor que identificó el constructo miedo a la evaluación negativa. El coeficiente de confiabilidad obtenido ($\alpha = .90$) fue consistente con el ($\alpha = .90$) reportado por Leary (1983) en el estudio original. Más recientemente, Gallego et al. (2007) obtuvieron ($\alpha = .90$) en población clínica.





En el caso de la EDAS, la puntuación media de la escala total (48.2) fue consistente con la reportada (47.8) por Olivares-Rodríguez et al. (2004). Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de la escala total ($\alpha=.89$), cercano al ($\alpha=.92$) reportado por Olivares-Rodríguez et al. (2004). En virtud de que las subescalas de este instrumento, se utilizaron de forma independiente en los estudios subsecuentes, las propiedades psicométricas se estimaron por separado para cada subescala, tal como lo reportaron (Vera-Villarroel et al., 2007). Los valores de la confiabilidad por Alfa de Cronbach para cada una de las subescalas, fueron de medio a robusto.

Los tres instrumentos demostraron propiedades psicométricas de confiabilidad y validez adecuadas, sin embargo, son datos iniciales que aún requieren verificar: su estabilidad temporal, la validez concurrente con un estándar de oro, y probarse en otras poblaciones contextuales a efecto de obtener puntos de corte derivados de muestras con mayor variabilidad y representatividad.

Una vez confirmadas las propiedades psicométricas de los instrumentos evaluados, se procedió a dar continuidad a los siguientes objetivos de la investigación, cuyos resultados se discuten enseguida.





¿QUÉ DICEN LOS DATOS DESCRIPTIVOS?

Las semejanzas y diferencias obtenidas en el segundo estudio, entre las variables ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo, se establecieron a partir de las características de la muestra evaluada.

Diferencias por sexo.

El predominio femenino en la frecuencia de ansiosos sociales (Mujeres 9.6% vs Hombres 6.9%), fue consistente con los resultados de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet et al., 2009), con los estudios de Kessler et al. (1994) y Stoyanova y Hope (2012). Sin embargo, no *se encontraron diferencias estadísticamente significativas* entre hombres ($\bar{X}=29.20$) y mujeres ($\bar{X}=28.79$). Estos resultados son consistentes con Vera-Villarreal et al. (2007), pero contrastan con otros estudios (Inderbidzen-Nolan & Walters, 2000; Myers, Stein, & Aarons, 2002), que reportaron efectos principales por sexo, con mayor puntuación en mujeres. Asimismo, Olivares et al. (2010) mostraron *diferencias estadísticamente significativas por sexo* en adolescentes chilenos. En este contexto, continúa vigente el debate sobre si hay o no diferencias por sexo y por edad en la manifestación global de la ansiedad social y sus componentes entre los adolescentes (Inglés et al., 2011). Los resultados de este trabajo se inclinan hacia las no diferencias por sexo, ya que tanto en la muestra de validación como en la de investigación, se obtuvieron datos afines en esta dirección.

En términos generales, las mujeres pueden ser más vulnerables a condicionar respuestas de miedo, y por lo tanto; desarrollar una vasta gama de miedos a lo largo de la vida (García-López et al., 2008; Xu et al., 2012). Muestran una tendencia mayor que





los hombres a presentar algún trastorno de ansiedad (Furmark, 2002; La Greca & López, 1998; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009; Stoyanova & Hope, 2012). Los factores genéticos contribuyen al mayor riesgo para el TAS en mujeres (Xu et al., 2012). No obstante, en muestras clínicas, la prevalencia es proporcional entre hombres y mujeres (Turk et al., 1998) y la búsqueda de tratamiento, puede ser mayor por parte de los hombres. Esto puede deberse a que la expresión de miedo y ansiedad, es socialmente menos aceptable en los hombres, lo que en conjunto con las expectativas sociales acerca del papel masculino (p. ej., dominio y autcontrol), ejerce una mayor presión sobre ellos; propiciando que más hombres que mujeres busquen tratamiento (Turk et al., 1998).

El consumo mayor de alcohol reportado por los adolescentes hombres (\bar{X} mujeres = 2.78 vs \bar{X} hombres = 3.19), consistente con lo señalado por Fleiz et al. (2007) y Díaz et al. (2009), confirmó que ser hombre incrementa el riesgo para el consumo de alcohol u otras sustancias ilícitas (Pérez y Lucio-Gómez, 2010). Esta tendencia ha sido reiterada desde la investigación básica entre otros, por Vetter-O'Hagen, Varlinskaya y Spear (2009), quienes demostraron que las ratas adolescentes de sexo masculino, consumieron significativamente más etanol que sus contrapartes femeninas y fueron menos sensibles a los efectos aversivos del mismo.

En el caso específico del *abuso del alcohol*, no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo ($t = 1.29$, 1094.5 $p = .897$), lo cual concuerda con los datos reportados por la ENA (2008), y por Medina-Mora et al. (2010). En ambos casos, se reitera la tendencia al incremento del abuso por parte de las adolescentes mujeres.



Las diferencias estadísticamente significativas por sexo, *observadas en la conducta alimentaria de riesgo* (\bar{X} mujeres = 4.07 vs \bar{X} hombres = 3.36), fueron consistentes con lo reportado por Guirado y Ballester (2005) en adolescentes españoles. En México, concuerdan con los estudios de Cruz et al. (2008), León et al. (2008) y Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010). Estos resultados sugieren *que ser mujer es un factor de riesgo para la patología alimentaria*, ya que están más expuestas y son más vulnerables a la presión social por la belleza física, que le otorga un gran valor a la delgadez (León et al., 2008).

Diferencias por edad.

Los adolescentes de 12 años reportaron la puntuación más alta en ansiedad social (\bar{X} 12 años = 30.64 vs \bar{X} 15 años = 27.90). Esta edad, típicamente asociada con el inicio del pensamiento formal, permite al adolescente, reconocer la discordancia entre sus propias percepciones y las de los demás (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000). Al mismo tiempo, el desarrollo emocional entre 10 y 13 años incrementa los miedos sociales, -entre ellos- el miedo a la evaluación social, que continúa durante la adolescencia matizado por la maduración socio-cognitiva (Bokhorst et al., 2008).

En razón de lo anterior, la adolescencia temprana conlleva vulnerabilidad para el inicio de la ansiedad social (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink, & Trefferes, 2004). En este contexto, las características normativas de los adolescentes de 12 años pueden ser tan cercanas a las de la ansiedad social clínicamente significativa, que no se pueden descartar algunos reportes sobrevalorados de la ansiedad social entre estos adolescentes.



En el rubro del consumo de alcohol, se encontró que *a mayor edad mayor consumo de alcohol*. Las diferencias estadísticamente significativas por edad, fueron consistentes con diversas encuestas nacionales de adicciones (ENA, 2002, 2008), en congruencia con las tendencias observadas en la Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006 (Villatoro et al., 2009) y la Encuesta Nacional de Adicciones (2008).

La tendencia de que a mayor edad, mayor puntuación en conducta alimentaria de riesgo fue consistente con el consumo del alcohol. Las diferencias estadísticamente significativas por edad, en la conducta alimentaria de riesgo, fueron concordantes con los resultados de la ENSANUT (2006) y con el estudio de Unikel-Santoncini et al. (2006). Tales diferencias se relacionan con el hecho de que en los adolescentes; *a mayor edad*, presentan *mayor insatisfacción con la imagen corporal* y consecuentemente, mayor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006).

La insatisfacción con la imagen corporal, es uno de los principales predictores del inicio y mantenimiento de conductas alimentarias para controlar el peso (Stice, 2002), lo cuál constituye una forma de inadaptación social (Platas et al., 2008).

Diferencias por turno escolar.

Las puntuaciones mayores en *ansiedad social* en el *turno matutino*, fueron datos irrelevantes cuya probable explicación, fue el tamaño de la muestra del turno matutino. La variable turno escolar se incluyó en la investigación en virtud de su relevancia en el contexto del consumo de alcohol, como se confirma en el siguiente párrafo.





En el terreno del alcohol, el *consumo mayor* observado en el *turno vespertino*, fue consistente con lo señalado por Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Madrigal-de León y Rasmussen-Cruz (2005). Estos investigadores afirman que la asistencia a la escuela en el turno vespertino es un factor de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco, probablemente porque en dicho turno, se concentran los estudiantes de mayor edad, y los de menor puntaje de calificaciones. Además, los alumnos del turno matutino que por alguna razón se encuentran en una condición irregular, son candidatos a ser transferidos al turno vespertino. Estos datos son consistentes con el estudio de Pérez y Lucio-Gómez (2010) en el que confirmaron mayor consumo de alcohol en los adolescentes del turno vespertino.

Diferencias por actividades extracurriculares.

En los rubros de hacer o no actividades deportivas, llevar a cabo o no actividades artísticas y tener o no, una relación de tipo romántico; se identificó *mayor ansiedad social* en quienes reportaron *no hacer deporte* y en los adolescentes que afirmaron *no tener una relación de pareja*. Estos datos han sido poco explorados en conjunto, sin embargo, es explicable considerando que entre las características principales de la ansiedad social -de acuerdo con la perspectiva cognitiva- la interpretación errónea de los estímulos sociales lleva a evaluarlos como peligrosos. Este sesgo cognitivo mantiene el miedo y la evitación (Inglés et al., 2001; Rheingold, Franklin, Herbert, & Reingold, 2003), que se expresan en el no involucramiento o menor involucramiento de los adolescentes socialmente ansiosos en diligencias que demandan interacción directa con otros, iniciar y mantener conversaciones y ser observados durante el desarrollo de las actividades, ya sea deportivas o de otro tipo (Rao et al., 2007).





Al respecto, Ströhle (2009) asocia práctica regular de actividad física, con menor prevalencia de *depresión mayor*, *ansiedad social* y *agorafobia*. Por su parte, Smith (2003) subraya el papel de los pares en el escenario deportivo, estableciendo así un vínculo entre la actividad física y la competencia social. En este mismo sentido, Borda (2009) señaló que la intensidad de la actividad física adolescente se relaciona con la autoeficacia, misma que teóricamente se encuentra disminuida en los adolescentes socialmente ansiosos (Kashdan y Roberts., 2006).

Respecto de la relación de noviazgo, La Greca y Harrison (2005) refieren que las relaciones románticas tienen implicaciones significativas en el desarrollo psicosocial, asocian mejores amigos y relaciones románticas con bajos niveles de ansiedad social, y a la inversa; *tal como se observó en la presente investigación* (mayor ansiedad social en los adolescentes sin pareja romántica). En este tenor, Glickman y La Greca (2004) plantean que las relaciones románticas surgen como una extensión de la relación de hombres y mujeres con los grupos de pares; comparten con la figura de los mejores amigos, características como compañía, intimidad y apoyo pero agregan a esta - pasión, compromiso e intimidad sexual.

El *consumo mayor de alcohol* se observó en quienes reportaron *práctica deportiva* y *en quienes refirieron sí tener una relación de pareja*, respecto del deporte y el consumo de alcohol, Lisha, Martens, Adam y Leventhal (2011), refieren que los contextos socio-ambientales juegan un papel importante en las conductas de beber y la actividad física, lo cual en México no es de sorprender si se toman en cuenta las estrategias de marketing, que son dirigidas a esta población, a pesar de la regulación, y de los señalamientos que hacen los expertos en contra de ellas (Medina-Mora et al.,



2010). Estos contextos varían según la edad, en los adolescentes y los adultos jóvenes, los contextos socio-ambientales facilitan tanto el consumo de alcohol como el ejercicio vigoroso en asociación. Como señalan Aikins, Simon y Prinstein (2010), durante la adolescencia, los pares proporcionan un contexto fundamental para la iniciación y la persistencia en el consumo de tabaco y alcohol, y -como establecen- Barber, Stone y Eccles (2003), el involucramiento en equipos deportivos en cierta etapa del proceso educativo, predice mayores tasas de consumo de alcohol, pero a medida que el adolescente se va implicando más en la actividad deportiva, ésta se constituye en un factor protector. Otro elemento a considerar en la relación entre el consumo de alcohol y la actividad deportiva, es que el género puede moderar la relación entre ellos (Lisha et al., 2011). Así, los hombres muestran una mayor tendencia que las mujeres a participar en deportes recreativos. Además, los hombres podrían ser más propensos a unirse a ligas deportivas que fomenten la conducta de consumo entre los varones, mientras que las mujeres son más proclives a participar en el ejercicio, como parte de una actividad de tiempo libre, pero exenta del consumo de sustancias.

Se necesita investigación adicional para entender mejor los mecanismos por los cuales la participación deportiva se asocia con el consumo de alcohol entre los adolescentes. Profundizar en la comprensión de los mecanismos que favorecen que la actividad deportiva sea factor de riesgo o factor protector. Asimismo, diferenciar entre los diferentes tipos de deportes (por ejemplo, basketbol, futbol, beisbol, voleybol, individuales, de equipo etc.) y sus posibles efectos en los comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de alcohol.



Por lo que hace a la *relación entre el consumo de alcohol y las relaciones románticas*, de la misma forma que los pares -particularmente el mejor amigo- juegan un papel relevante como modelos para el consumo de sustancias y la percepción de riesgo (Espada, Pereira y García-Fernández, 2010; Sánchez-Zamorano, Llerenas, Anaya-Ocampo y Lazcano-Ponce, 2007), las parejas románticas también son importantes agentes socializadoras, especialmente entre la adolescencia temprana y la adolescencia media. Por ejemplo, en un estudio con adolescentes argentinos con la ansiedad como variable dependiente, Facio, Resett, Micocci, Mistrorigo y Di Liscia (2006) reportaron que la relación con el mejor amigo explicó el 5% de la varianza en los hombres y 4 % en las mujeres, mientras que la relación romántica explicó en los varones el 16% de la varianza y el 2% en las mujeres. Cuando la variable dependiente integró un factor complejo de ansiedad, depresión y consumo de sustancias, el vínculo romántico fue el mejor predictor para los hombres pero no para las mujeres. En el mismo sentido, Aikins et al. (2010) plantean que las parejas románticas pueden influir en la configuración de la identidad y autonomía de los adolescentes, sobre todo en las estrategias para independizarse de los padres, incluyendo el uso de sustancias. Estos mismos autores señalan que una pareja romántica es la cuarta persona más probable para ofrecer drogas a un adolescente; solo superada por algún miembro de la familia en cuanto a la dificultad de rechazarla.

En otro tenor, aunque no fue el tema de la investigación, es importante destacar que el consumo excesivo de alcohol en el contexto de las relaciones románticas, facilita conductas impulsivas, incluida la violencia. En México, Guzmán, Esparza, Alcántara, Escobedo, y Henggeler (2009) reconocen que la violencia durante el noviazgo adolescente se puede vincular con el consumo de alcohol.



Es una tarea pendiente, profundizar en el estudio de las relaciones de pareja adolescente, pues sus implicaciones en el desarrollo integral aún no son suficientemente comprendidas y menos aún; sus alcances en el consumo y abuso del alcohol y otras sustancias.

El puntaje más alto en *conducta alimentaria de riesgo*, fue registrado en quienes refirieron *si practicar actividades artísticas* y en los adolescentes que reportaron *sí tener una relación de pareja*. En el rubro de las actividades artísticas es bien conocida la frecuente presencia de patrones alimentarios disfuncionales en las personas que se dedican a las actividades artísticas como la danza, la gimnasia artística, el patinaje artístico, el modelaje o la actuación, dada la importancia de la imagen corporal en dichos grupos, se incrementa el énfasis en mantenerse delgado (Cano, et al., 2007; Furnham, Badmin, & Sneade, 2002).

Respecto de las relaciones románticas en el contexto de las conductas alimentarias de riesgo, es necesario considerar la importancia de la imagen corporal y la apariencia durante la adolescencia, ya que pueden contribuir a incrementar la ansiedad relacionada con las citas románticas (Glickman & La Greca, 2004). De hecho la apariencia física es uno de los elementos más importantes en las relaciones adolescentes, lo cual da la posibilidad principalmente a las mujeres, de utilizar las conductas alimentarias de riesgo como estrategia para controlar la imagen corporal, el peso y la figura.

Los resultados anteriores bosquejaron un panorama general acerca de la distribución de las variables estudiadas, ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo, de acuerdo con las características de la muestra evaluada.



Sobresalen las diferencias encontradas en función de las actividades extracurriculares porque son áreas de investigación con poca inclusión en protocolos de investigación en México. Los datos son preliminares pero orientan hacia planteamientos más amplios en futuras investigaciones en los tres rubros.

¿CUÁLES SON LAS DIFERENCIAS ENTRE ANSIOSOS Y NO ANSIOSOS SOCIALES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO?

Consumo de alcohol.

Desde finales de la década de los noventa, a partir de diversas investigaciones (Bacon & Ham, 2010; Buckner, Ecker & Proctor, 2011; Buckner & Turner, 2009; Crum & Pratt, 2001; Holle, Heimberg, Sweet, & Holt, 1995; Kashdan & Savostyanova, 2011; Kashdan, Collins, & Elhai, 2006; Kushner, et al. 1999) con muy distintos métodos, estrategias de evaluación, objetivos, poblaciones -preferentemente adultos- y resultados inconsistentes, se ha propuesto que quienes muestran ansiedad social clínicamente significativa e incluso ansiedad social subclínica (Crum & Pratt, 2001) presentan una alta incidencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol, en comparación con la población general. Por ejemplo, Book y Randall (2002) estiman que una de cada cinco personas con diagnóstico de TAS, presenta algún trastorno por consumo de alcohol (abuso o dependencia).

En la presente investigación, los resultados de los ANOVAS factoriales univariados, implicaron aceptar parcialmente la hipótesis de igualdad de los grupos, ya que las diferencias en el consumo de alcohol, sólo revalidaron el mayor consumo de alcohol entre los hombres, en el turno vespertino, en quienes manifestaron sí hacer





deporte y en los que reportaron sí tener una relación de noviazgo, pero, *independientemente de pertenecer al grupo de ansiosos o no ansiosos sociales*. Las diferencias estadísticamente significativas fueron por edad, y exclusivamente a los 18 años. Los ansiosos sociales mostraron un consumo mayor de alcohol. La ansiedad social no interactuó con el resto de las variables.

Este resultado se reafirmó al analizar las diferencias en los patrones de consumo de alcohol entre ansiosos y no ansiosos sociales, las cuales no fueron significativas estadísticamente ($X^2 = 1.201$, $gl = 2$, $p = .361$). Ambos análisis confirmaron que *con excepción de la edad, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol, en función de ser o no ansiosos sociales*. Estos hallazgos fueron consistentes con el reporte de Ham y Hope (2005) en el que incluso, señalaron a la ansiedad social, como un factor protector para el consumo de alcohol, en virtud de haber encontrado correlaciones inversamente significativas entre el Interaction Anxiousness Scale (Escala de ansiedad ante la interacción, Leary, 1983) y diversos niveles de problemas por consumo de alcohol.

Por su parte y en el mismo sentido, Eggleston et al. (2004) obtuvieron una correlación inversamente relacionada entre ansiedad social y la frecuencia de consumo.

En contraste, Buckner, Tímpano, Zvolensky, Sachs-Ericsson y Schmidt (2008) afirman que el TAS es un predictor específicamente para la dependencia pero no para el abuso del alcohol. Su estudio apoya la hipótesis de que las personas con alto grado de ansiedad social, son más vulnerables a los efectos ansiolíticos del alcohol, sin embargo; consideran que es necesaria una mayor investigación para precisar el papel de otras



formas de psicopatología o dominios como el nivel de estrés o el apoyo social, que pudieran mediar la comorbilidad TAS - consumo abusivo o dependencia del alcohol.

Al respecto, el estudio de Zimmerman, et al. (2003), concluye que tanto el trastorno de ansiedad social, como el de pánico, tienen capacidad predictora sobre el consumo del alcohol. Coincide con Buckner, Schmidt et al. (2008) en la sugerencia de estudiar diferentes muestras de adolescentes para confirmar la asociación entre trastornos de ansiedad y trastornos por consumo del alcohol, reconociendo que la controversia permanece. Además, Zimmerman et al. (2003) refieren que no hay evidencia de diferencias de género en la asociación de los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de alcohol.

Las alternativas para la interpretación de estos resultados dispares incluyen:

1. Kashdan y McKnight (2010) sugieren que existen al menos dos subgrupos de ansiosos sociales, más allá de los subtipos incluidos en el DSM-IV. El prototípico que presenta un patrón de inhibición conductual, aversión al riesgo y tendencia a la evitación-escape (subgrupo inhibido), y un segundo subgrupo caracterizado por comportamientos egoístas e impulsivos, en una intensa búsqueda de novedad y emociones, por ejemplo, conductas sexuales agresivas y no seguras (subgrupo desinhibido). El subgrupo desinhibido, ha sido omitido en la mayoría de las descripciones de la ansiedad social y en consecuencia se aplican erróneamente conclusiones acerca del tipo inhibido a la explicación y tratamiento del subtipo desinhibido. La evidencia empírica de este perfil heterogéneo (Kashdan & Hofmann, 2008; Kashdan, McKnight, Richey, & Hofmann, 2009) implica que no todos los individuos que presentan trastorno de ansiedad social, cumplen con el





estereotipo, y que diferentes estrategias de procesamiento cognitivo y de regulación emocional, conducen a diferentes resultados. *En esta investigación, no fue considerada la tipología de la ansiedad social en ningún sentido*, ni la establecida por el DSM-IV ni la que proponen Kashdan y McKnight (2010).

2. La relación entre la ansiedad social y los comportamientos de consumo de alcohol puede ser *indirecta*, es decir que: sólo los ansiosos sociales que además experimenten ciertos factores de riesgo psicosocial para el consumo, sean vulnerables a las tasas de consumo mayor (p. ej., resilientes-no resilitentes, tipología inhibido-desinhibido).
3. Los resultados inconsistentes podrían ser simplemente las consecuencias de la evaluación de diferentes aspectos de la ansiedad social (Buckner, Ecker, & Proctor, 2011) y diferentes aspectos del consumo de alcohol, por ejemplo, edad de inicio, cantidad y frecuencia del consumo, búsqueda de tratamiento, recaídas, abuso, dependencia etc. La controversia vigente respecto de la capacidad predictiva de la ansiedad social, sobre los trastornos por consumo de alcohol, incluye una diversidad de temas, principalmente la relación no clara entre el TAS y la cantidad-frecuencia del consumo de alcohol, los mecanismos que subyacen a la asociación propuesta, las diferencias por edad y género y las posibles variables mediadoras entre otros.
4. Es factible que la asociación requiera un mayor efecto del paso del tiempo, pues el proceso de aprendizaje que explicaría el papel del alcohol como reforzador negativo, requiere de experiencias reiteradas en el tiempo.
5. Cabe considerar que otras variables como los motivos de consumo de alcohol, las expectativas de resultados con respecto al alcohol (Buckner et al., 2011) o la





sensibilidad a la ansiedad (Schmidt, 2007) sean mediadoras entre la ansiedad social y el consumo de alcohol o predictoras independientes.

6. Finalmente, de acuerdo con Zucker, Donovan, Masten, Mattson y Moss (2008), los trastornos internalizados (depresión, el trastorno de ansiedad social, timidez y temperamento inhibido) suelen constituir factores no específicos de riesgo bajo, para el abuso de sustancias.

Conducta alimentaria de riesgo.

En el campo de la alimentación de los adolescentes, existe una alarma social en los países desarrollados por el incremento de los trastornos de la conducta alimentaria, llegando a considerarlos como la epidemia del siglo XXI (Guirado y Ballester, 2005; Nieto, Casado, García y Peláez, 2008).

Entre los factores de riesgo para los TCA que han recibido apoyo empírico a través de la investigación, se encuentran las *conductas alimentarias de riesgo* (Kiziltan y Karabudak, 2008; Unikel-Santoncini et al., 2006). El creciente número de adolescentes que las practican, ha planteado la necesidad de evaluarlas, prevenirlas e intervenir en forma temprana (Gandarillas et al., 2002).

La investigación en torno a la ansiedad social ha establecido comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo, en México se reporta comorbilidad entre el TAS y la bulimia nervosa en un 17%, y con la anorexia nervosa en el 48% de los casos (Unikel y Caballero, 2010). Sin embargo, a pesar del reconocimiento de dicha comorbilidad y de la importancia que tienen las conductas alimentarias de riesgo como antecedentes de los TCA, no se identificaron estudios que relacionen conductas alimentarias de riesgo y ansiedad social. En tal virtud, los





resultados de la presente investigación son los primeros reportados al respecto en la Ciudad de México.

En esta investigación, los efectos principales y de interacción (ANOVAS factoriales univariados), permitieron concluir que a diferencia de lo que ocurrió con el consumo de alcohol; en el caso de la conducta alimentaria de riesgo, el ser ansioso o no ansioso social, si tuvo efectos principales -los puntajes más altos- los obtuvieron las mujeres ansiosas sociales, las mujeres ansiosas sociales que reportaron sí hacer actividades deportivas y artísticas -y- las que manifestaron sí tener una relación de noviazgo.

El efecto de interacción entre la edad y el ser o no ansiosos sociales, significa que habiéndose mantenido la tendencia: *a mayor edad, mayor puntuación en CAR tanto en el grupo de ansiosos como en el de no ansiosos sociales, con diferencias estadísticamente significativas en todos los pares comparados*, el riesgo de presentar conducta alimentaria de riesgo se incrementa en las mujeres ansiosas sociales conforme avanza la edad. Las diferencias en conducta alimentaria de riesgo en función de la ansiedad social, son consistentes con las investigaciones en las que el factor interpersonal se asocia con la patología alimentaria, principalmente la inhibición social y la falta de asertividad (Cassidy, 2003; León et al., 2008). Lo anterior tiene relación con las características biopsicosociales del desarrollo de los adolescentes, entre ellos los factores madurativos. Estos modulan modestamente durante la preadolescencia, y significativamente durante la adolescencia media, las influencias genéticas de los factores reguladores -como las hormonas ováricas- que pueden activar el riesgo genético a través de la transcripción de genes dentro de los sistemas de





neurotransmisión (Klump, Keel, Sisk, & Burt, 2010), por otro lado, el egocentrismo y el pensamiento abstracto, que median importantes preocupaciones por la apariencia física, principalmente entre las mujeres y en el contexto de las presiones sociales, la publicidad y el modelamiento de los pares, favorece el ejercicio de conductas no saludables dirigidas a controlar el peso y la figura (Ballester et al., 2002; Ramos, Rivera y Moreno, 2010).

Al mismo tiempo, se ha identificado a la *emoción vergüenza* como una importante alternativa para la comprensión de los trastornos alimentarios, con todo, la investigación empírica sobre el tema aún es insuficiente (Grabhorn et al., 2006). La vergüenza es una emoción autoconsciente y pública, que emerge ante la desaprobación de los demás, cuando no se alcanzan determinados estándares o metas e implica una evaluación negativa del yo (Etxebarria, 2008). Grabhorn et al. (2006) manifiestan que la vergüenza interactúa con la ansiedad social, sin tener suficientemente claros los procesos que subyacen a dicha asociación, sin embargo, hay evidencia de que los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, alcanzan mayores puntuaciones en vergüenza que los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. La vergüenza está implícita tanto en la ansiedad social como en la problemática alimentaria en relación con el cuerpo, con una valencia negativa, por lo que resulta desagradable para los individuos. Según deCatanzaro (2001) la vergüenza está muy relacionada con la ansiedad en general, tiene un pico entre los 11 y los 13 años, etapa en la que frecuentemente se inicia el trastorno de ansiedad social.

Es necesario continuar la investigación acerca de la relación entre ansiedad social y la conducta alimentaria de riesgo, incluyendo el tema de la regulación





emocional entre los adolescentes tanto socialmente ansiosos como los que presentan conducta alimentaria de riesgo en estudios longitudinales, partiendo de los antecedentes cercanos que existen en México, por ejemplo: la relación entre niveles bajos de habilidades sociales y la práctica de dietas restrictivas (León et al., 2008). De esta forma, se podría fundamentar o no, la inclusión de la atención a la ansiedad social, entre los objetivos de prevención y tratamiento de la conducta alimentaria de riesgo y de los trastornos de la conducta alimentaria en general.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LA ANSIEDAD SOCIAL, EVITACIÓN, GRADO DE ANSIEDAD, GRADO DE INTERFERENCIA, MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA, SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD, EDAD Y SEXO SOBRE EL ABUSO DEL ALCOHOL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO?

La última parte de la presente investigación, exploró el efecto de la ansiedad social y sus dimensiones (miedo a la evaluación negativa, grado de ansiedad, grado de interferencia de la ansiedad y evitación), así como de la sensibilidad a la ansiedad, sobre el patrón abusivo de consumo de alcohol y la conducta alimentaria de riesgo. Ello documentaría si como establece la literatura internacional de adultos, para los adolescentes mexicanos, dichas variables pueden ser consideradas como factores de riesgo. Considerando algunos planteamientos como la teoría de la automedicación (Thomas et al., 2003) que establece como motivos de consumo del alcohol, la regulación del afecto negativo. En el rubro de la alimentación, la hipótesis del confort psicosomático (Kaplan & Kaplan, 1958; Slochover, 1983) opera bajo la misma lógica de la teoría de la automedicación; y la comida ocupa el lugar del alcohol, por lo tanto, el adolescente come para calmar o eliminar la ansiedad.





Los resultados del análisis de regresión logística en referencia al abuso del alcohol, indicaron que en contra de lo hipotetizado, la ansiedad social no obtuvo asociación con el abuso del alcohol. Las variables que sí la obtuvieron fueron: *sexo masculino*, *sensibilidad a la ansiedad (SA)* y el *grado de interferencia de la ansiedad*. Estos resultados confirmaron que los hombres tienen mayor riesgo de abusar del alcohol, y que el *grado de interferencia de la ansiedad* y la *sensibilidad a la ansiedad* son posibles factores de riesgo, para el abuso del alcohol, particularmente entre los adolescentes varones de 12 a 15 años. Los resultados en torno al abuso del alcohol fueron consistentes con los estudios de Schmidt et al. (2007) que presentan evidencia acerca de la variabilidad en el grado de SA entre individuos y del papel de ésta como factor de riesgo potencial para el desarrollo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

En consonancia, Osman et al. (2010) plantean que los individuos con altos niveles de SA tienden a experimentar dificultades psicológicas como patología alimentaria (*también observada en esta investigación*) y miedo relacionado con el dolor.

Otro elemento consistente con los resultados obtenidos en ésta investigación, en la relación SA - consumo alcohol, es descrito por Schmidt et al. (2007) manifestando que dicha correlación, se presenta más entre los hombres que entre las mujeres -como ocurrió en esta investigación- sin ser claro el mecanismo de este efecto del género.

Respecto de la ansiedad social, los resultados inconsistentes en la asociación con el consumo de alcohol, incluyen desde el incremento en el consumo, descenso en el consumo, hasta la no relación. Ya se habían mencionado con anterioridad las posibles



interpretaciones al respecto, en esta misma discusión. Sin embargo, se considera que es necesaria la realización de estudios longitudinales desde la adolescencia temprana para identificar el posible efecto del factor tiempo, en las trayectorias de asociación o no asociación entre la ansiedad social y otras formas de psicopatología y si efectivamente se identifican perfiles diferentes a los definidos por el DSM-IVTR y DSM-V para el trastorno de ansiedad social.

En cuanto a los aspectos del enfoque cognitivo conductual en la posible mediación ansiedad social-consumo de alcohol, los resultados de la investigación en la sección del abuso de alcohol, no aportaron elementos para discutir en torno a la pertinencia y aportación del enfoque al supuesto problema.

En el contexto de la conducta alimentaria de riesgo y de acuerdo con lo esperado, las variables *sexo* y *edad*, así como algunos componentes de la ansiedad social (*miedo a la evaluación negativa*, *grado de ansiedad*, *grado de interferencia de la ansiedad*) y *la sensibilidad a la ansiedad* obtuvieron asociaciones significativas con la conducta alimentaria de riesgo.

Las diferencias observadas por sexo, manifestaron que entre las mujeres, las variables predictoras fueron *edad*, *miedo a la evaluación negativa*, *grado de ansiedad* y *grado de interferencia de la ansiedad*, mientras que para los hombres: *la sensibilidad a la ansiedad* y el *grado de interferencia de la ansiedad* fueron las que mostraron efecto predictor significativo.

Entre los adolescentes tempranos independientemente del sexo, las variables que mostraron asociación significativa con la conducta alimentaria de riesgo, fueron *edad*, *grado de ansiedad*, *miedo a la evaluación negativa* y *sensibilidad a la ansiedad*, entre



los de 16-18 años, exclusivamente la *ansiedad social*, tuvo efecto predictor significativo.

Ante la combinación de las variables edad y sexo, se encontró que entre hombres y mujeres de 12 a 15 años de edad, el efecto predictivo de la sensibilidad a la ansiedad fue coincidente. En las mujeres de 16 a 18 años de edad, las asociaciones significativas con la conducta alimentaria de riesgo se presentaron con *el miedo a la evaluación negativa y el grado de interferencia de la ansiedad*. Mientras que en los hombres de 16 a 18 años, *la ansiedad social* fue la única variable asociada significativamente con la conducta alimentaria de riesgo.

En términos generales, la alimentación es un acto social, en el que esencialmente existen dos tipos de influencias: el primero incluye las influencias biológicas entre las que se encuentran: a) La hipótesis glucostática (agotamiento y recuperación de la glucosa en sangre) y b) el mecanismo lipostático (regulación metabólica y de almacenamiento de energía de largo plazo). El segundo tipo de influencias lo constituyen los factores cognitivos, emocionales, socioculturales y ambientales que matizan las influencias biológicas (Reeve, 2003).

En algunas circunstancias, los mecanismos cognitivos (expectativas, planes, metas, creencias y evaluaciones cognitivas) intentan suplantar a los fisiológicos, por ejemplo, el establecimiento de metas exitosas o no, de pérdida de peso a través de dietas restrictivas, implican uno de los principales comportamientos de riesgo respecto de la alimentación (Reeve, 2003). Sin embargo, como afirman Fernández-Abascal, Palmero y Martínez-Sánchez (2002), los procesos de regulación cognitiva no cuentan con un sistema de retroalimentación negativa (mecanismo que permite detener un





proceso actualmente en marcha), por lo tanto la realización de dietas restringidas implica una mayor vulnerabilidad para la ingesta excesiva cuando la situación interfiere con los controles cognitivos inhibitorios como la presencia de otras personas, el alcohol, la depresión o la ansiedad. En este mismo sentido, Silva (2008) refiere desde la neurociencia afectiva, que la restricción alimentaria expresa una asociación entre un mecanismo de regulación específico que alterna periodos de restricción y sobrealimentación con un estilo afectivo vulnerable.

Una de las principales líneas teóricas y de tratamiento acerca de los TCA, es el modelo cognitivo (Fairburn et al., 2009). Este asume que las disfunciones cognitivas juegan un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Por ejemplo, Góngora y Casullo (2008) clasifican las cogniciones bulímicas en dos categorías: la primera se refiere a la percepción del peso, del cuerpo y de la alimentación como base para la aprobación de otros. La segunda categoría incluye las creencias personales, que son fundamentales para la patología alimentaria pues constituyen generalizaciones cognitivas que evalúan el sí mismo.

Un elemento común entre ansiedad social y la conducta alimentaria disfuncional, es que el adolescente tiene una cognición negativa acerca de sí mismo, y como es característico de los adolescentes en general, temen a la evaluación social, pero *el miedo a la evaluación negativa es mayor en los ansiosos sociales* (Góngora y Casullo, 2008). El componente cognitivo de la ansiedad social, incluye además del miedo a la evaluación negativa, pensamientos irracionales relacionados con ser evaluado desfavorablemente en situaciones sociales, metas, expectativas y creencias (Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios, 2007).





Por otra parte, es importante señalar que la cognición es modulada por el estado de ánimo, definido por Palmero et al. (2003) como una forma específica del afecto que implica conjunto de creencias acerca de la probabilidad que tiene el individuo de experimentar placer o dolor en el futuro.

Considerando lo anterior, en el ámbito clínico sería útil evaluar en los ansiosos sociales el patrón alimentario y en los adolescentes que presenten conducta alimentaria de riesgo, evaluar la posible sintomatología de ansiedad social. Asimismo, instrumentar intervenciones de prevención selectiva e indicada, dirigidas a favorecer en los adolescentes, actitudes saludables hacia el peso y la imagen corporal, mejorar la capacidad de contender con las ansiedades normativas y en su caso, disminuir la interferencia de la ansiedad en la vida cotidiana, disminuir el efecto de la sensibilidad a la ansiedad que puede asociarse tanto con el abuso del alcohol como con la conducta alimentaria de riesgo. Incidir sobre la regulación del afecto ansioso y de la emoción vergüenza, así como sobre la cognición del miedo a la evaluación negativa.

En el ámbito escolar, coexisten el desarrollo de las competencias académicas con el socioemocional, su interacción tiene influencias sobre la salud futura de los adolescentes (Crosnoe, Benner, & Schneider, 2012). La relación de los adolescentes tanto con los profesores como con los pares, puede implicar tanto una oportunidad de promoción de interacciones saludables o bien, el escenario de experiencias que fomenten los temores sociales, el comportamiento discriminativo y abusivo de otros sobre los adolescentes con dificultades en el ajuste social como podrían ser los adolescentes socialmente ansiosos. Así, la escuela es el contexto ideal para la instrumentación de acciones que promuevan las competencias socioemocionales y





cognitivas, que favorezcan el sentimiento de ser aceptado y valorado, en general las conductas prosociales que parten de la consideración y el respeto de sí mismo y de los otros.

Esto incluye la orientación a padres de familia respecto de la educación emocional y de estilos de crianza adaptativos. Además, propiciar la formación de los profesores como modelos y promotores de las habilidades de comunicación, asertividad y solución pacífica de conflictos, fomento de la motivación hacia el aprendizaje escolar, lo cuál tendría impacto sobre la autoestima y autoeficacia de los adolescentes, frente a una cada vez más amplia gama de riesgos para la salud, como lo es el consumo excesivo de alcohol u otras sustancias, los patrones alimentarios disfuncionales y el acoso escolar.

Adicionalmente, es importante mencionar que investigar los factores de riesgo, permite comprender su capacidad predictiva, el curso y desarrollo de los trastornos y la identificación de los factores de protección (Zucker et al., 2008). Con base en el trabajo meta-analítico de Stice (2002), se establece que la identificación de factores de riesgo, requiere en primera instancia que el factor en cuestión, se presente antes que la variable dependiente. En segundo lugar, que el factor estudiado correlacione con la problemática investigada y en tercero, constatar que el factor estudiado predice de forma prospectiva, la aparición o incremento del problema.

En este contexto, la presente investigación dio los primeros pasos en torno a la ansiedad social como posible factor de riesgo. En el caso del abuso del alcohol se presentó previamente la ansiedad social pero no cumplió con el segundo requisito de correlación estadísticamente significativa. En el caso de la conducta alimentaria de





riesgo, la ansiedad social se presenta con anterioridad, correlaciona positivamente con ella y se asocian significativamente, sin embargo son necesarias investigaciones adicionales de tipo longitudinal para confirmar su calidad de factor de riesgo, su asociación con otros factores de riesgo, así como el tipo de riesgo que implica, es decir: ¿se trata de un factor potencializador, de mantenimiento, factor de riesgo proxy, factor mediador?

Alcances.

- 📖 La investigación en ansiedad social adolescente en México es incipiente, los datos del primer estudio constituyen una aportación para la posible utilización de tres escalas validadas en muestras de adolescentes escolarizados de la Ciudad de México.
- 📖 La presente investigación exploró en una muestra de adolescentes mexicanos, el comportamiento de tres variables (ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo) acerca de las cuales existen estudios independientes, pero no en los que aparezcan vinculadas en la misma investigación. Esta es una primera aproximación en la Ciudad de México, que examina los tres campos de manera conjunta.
- 📖 Identifica diferencias estadísticamente significativas en función de las actividades extracurriculares (práctica o no de actividades deportivas, artísticas y tener o no una relación de noviazgo) así como entre ansiosos y no ansiosos sociales respecto de tales actividades extracurriculares. Aunque estos datos por ahora únicamente son descriptivos, destacan





algunos resultados interesantes en los que sería conveniente profundizar. Por ejemplo: la menor participación en actividades deportivas y de tipo romántico entre los ansiosos sociales, la mayor conducta alimentaria de riesgo en quienes manifiestan tener una relación de noviazgo, el consumo mayor de alcohol entre los adolescentes que refieren practicar actividades deportivas, y las relaciones de pareja adolescente ante el consumo de alcohol.

- 📖 La investigación aporta datos iniciales para refutar en adolescentes, la asociación entre el abuso del alcohol y la ansiedad social, incluidas sus dimensiones.
- 📖 Identifica a la sensibilidad a la ansiedad como variable relevante tanto para el abuso del alcohol (principalmente entre los adolescentes varones entre 12 y 15 años), como en la conducta alimentaria de riesgo.
- 📖 Traza una posible línea de investigación en la que se confirman diferencias estadísticamente significativas en la conducta alimentaria de riesgo, entre ansiosos y no ansiosos sociales. En este contexto, se observa mayor puntuación (CAR) en las mujeres con ansiedad social, con un mayor riesgo de presentar conducta alimentaria de riesgo conforme se incrementa la edad, dado el efecto de interacción entre la edad y ser ansioso social.
- 📖 Se delimitaron como predictoras significativas para la CAR las variables: sexo, edad, miedo a la evaluación negativa, grado de ansiedad, grado de interferencia a la ansiedad y sensibilidad a la ansiedad.



- 
- 📖 Se encuentra que el miedo a la evaluación negativa se aprecia más en las mujeres y la sensibilidad a la ansiedad en los hombres. En ambos casos, hubo coincidencia en cuanto a que la sensibilidad a la ansiedad, obtuvo efecto predictor entre los adolescentes de 12 a 15 años de edad.
 - 📖 La ansiedad social, se asocia con la conducta alimentaria de riesgo en particular entre los 16-18 años.

Limitaciones.

- 📖 Los resultados de la presente investigación han de considerarse en conjunto con algunas limitaciones. En primer término, los datos corresponden a un estudio transversal, por lo tanto; *de ninguna manera se pueden establecer conclusiones de causalidad* entre las variables.
- 📖 En segundo lugar, los instrumentos utilizados para la medición de las variables, fueron escalas con formato de auto-reporte, sin un diagnóstico clínico -en tal virtud- pese a las buenas propiedades psicométricas de los auto-reportes, pueden haberse presentado problemas por efecto de la deseabilidad social. Por ejemplo, se tiene constancia de que los adolescentes pueden encontrar un valor de estatus en el consumo excesivo de alcohol y que los reportes al respecto de la alimentación, el peso corporal y las prácticas en torno a ella tienden a minimizarse. Por lo tanto, sería recomendable replicar la investigación con mediciones tipo entrevista u otras y en contextos clínicos además de los comunitarios.
- 📖 Finalmente, otra limitación fue la no aleatorización en la selección de la muestra, ya que se ésta se integró por adolescentes voluntarios





contactados en su ámbito escolar. En la medida en que representan una muestra de conveniencia, la generalizabilidad de los hallazgos requiere réplicas de la investigación, incorporando mayor representatividad de la población general y de los distintos contextos de adolescentes.

Conclusiones.³

📖 La ansiedad social es mayoritariamente femenina en frecuencia. No hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto del nivel de ansiedad social. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los 12 y 15 años, con mayor gradiente a los doce años. Los ansiosos sociales reportan menor involucramiento en actividades deportivas y en relaciones románticas.

📖 El consumo de alcohol presenta una tendencia mayor en el sexo masculino. Mayor consumo en el turno vespertino y en quienes refieren efectuar prácticas deportivas y relación de pareja. Los participantes que consumen mayor cantidad de alcohol, reportan mayor participación en actividades deportivas e involucramiento en relaciones románticas.

📖 En esta muestra, no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en cuanto al abuso del alcohol, pero sí por edad, exclusivamente entre los 14 y 15 años. Los patrones de consumo de alcohol se comportan en forma análoga entre ansiosos y no ansiosos sociales.

³ La significancia estadística correspondiente a cada una de las expresiones de las conclusiones, se puede encontrar en la sección de resultados. Se omiten en esta sección para agilizar la lectura.





📖 La conducta alimentaria de riesgo presenta mayor frecuencia femenina en el orden de 2 a 1, hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con mayor puntuación media en mujeres, se evidencia una tendencia al incremento en la puntuación de la CAR conforme avanza la edad. Mayor participación en actividades extracurriculares entre las mujeres con mayor conducta alimentaria de riesgo. Efectos principales para sexo, edad, y todas las actividades extracurriculares en la comparación entre ansiosos y no ansiosos sociales con mayor presencia de CAR en las mujeres ansiosas de 12-18 años, en las que realizan deporte, actividades artísticas y las que tienen una relación de noviazgo.

📖 La ansiedad social precede en edad de inicio a la conducta alimentaria de riesgo y al abuso del alcohol.

📖 El abuso del alcohol tiene una correlación positiva y estadísticamente significativa con la sensibilidad a la ansiedad, el grado de ansiedad, el grado de interferencia de la ansiedad, el miedo a la evaluación negativa y la evitación, pero no con la ansiedad social. Sin embargo sólo la sensibilidad a la ansiedad (particularmente en los adolescentes tempranos de sexo masculino) y el grado de interferencia de la ansiedad tienen efecto predictor significativo sobre el abuso del alcohol.

📖 La conducta alimentaria de riesgo correlaciona positiva y significativamente con la sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad social, el grado de ansiedad, el grado de interferencia de la ansiedad, miedo a la evitación negativa y evitación.





La conducta alimentaria de riesgo tiene asociación significativa con sexo, edad, miedo a la evaluación negativa, grado de ansiedad, grado de interferencia y sensibilidad a la ansiedad. El miedo a la evaluación negativa es significativo principalmente en mujeres en general, entre 12 y 15 años independientemente del sexo y en las mujeres de 16 a 18 años. La sensibilidad a la ansiedad se aprecia como predictor significativo en los hombres independientemente de la edad, en los adolescentes de 12 a 15 años independientemente del sexo y en hombres y mujeres de 12 a 15 años. La ansiedad social obtuvo efecto predictor a la edad de 16-18 años, independientemente del sexo, y en los hombres de 16-18 años.





REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2001). *La adolescencia normal*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Acosta, V., Llopis, J., Gómez-Peresmitré, G. y Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Aikins, J., Simon, V., & Prinstein, M. (2010). Romantic partner selection and socialization of young adolescents' substance use and behavior problems. *Journal of Adolescence*, 33(6), 813-826.
- Alden, L. (2001). Interpersonal perspectives on social phobia. En R. Crozier & L. E. Alden, (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. (pp.381-404). UK: John Wiley & Sons.
- Alden, L., & Taylor, C. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 857-882.
- Alva, O., & Cukier, S. (2009). Risk indicators that facilitate early diagnosis of eating disorders. *Sinopsis*, 42, 18-20.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2ª ed. (DSM-II). Washington DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª ed. (DSM-III). Washington DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association A.P.A. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. New York: APA. Edición Española Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995). Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatry Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. New York. Washington DC. American Psychiatric Association.
- Amies, P., Gelder, M., & Shaw, P. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *The British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Amigó, E., Barangé, J., Durá, J., Gallardet, J., Ibáñez, M., González, J., Albert, S., Puig, J. y Casasa, J. (2004) *Adolescencia y Deporte*. Colección el deporte en edad escolar. Barcelona, España: INDE Publicaciones.

- 
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe a public health perspective. A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies, UK.
- Anderson, E., & Hope, D. (2009). The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 18-26.
- André, C. (2005). *Psicología del miedo. Temores, angustias y fobias*. Barcelona, España: Kairós.
- Antona, C. y García-López, L. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 281-292.
- Arehart-Treichel, J. (2007). Social anxiety in teenagers raises substance-Abuse Risk. *Psychiatric News*, 42, 11, 15-15.
- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. México: Pearson, Prentice Hall.
- Arnon, S., Shamai, S., & Ilatov, Z. (2008). Socialization and activities of young Adolescents *Adolescence*, 43, 170, pp. 373.
- Arrufat, F. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Tesis doctoral inédita, Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.
- Bacon, A., & Ham, L. (2010). Attention to social threat as a vulnerability to the development of comorbid social anxiety disorder and alcohol use disorders: An avoidance-coping cognitive model. *Addictive Behaviors*, 35, 925-939.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos para la agorafobia. *Psicothema*, 13(3), 453-464.
- Bados, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502.
- Bados, A. (2005). *Miedo a hablar en público*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (2009). *Fobia social: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Ballester, D., Blanco, M., Patiño, J., Suñol, C. y Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr*, 30(4), 207-212.

- Ballesteros, M. y Conde, V. (1996). Consideraciones clínicas sobre la comorbilidad de los trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Ciencias Afines*, 24, 339-352.
- Barber, B., Stone, M., & Eccles, J. (2003). Adolescent Participation in Organized Activities. For Indicators of Positive Development Conference. Michigan University, March, 12-13.
- Barlow, D. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.
- Battaglia, M., Ogliari, A., Zanoni, A., Citterio, A., Pozzoli, U., Giorda, R., Maffei, C., & Marino, C. (2005). Influence of the serotonin transporter promoter gene and shyness on children's cerebral responses to facial expressions. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 85-94.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2000). Aspectos etiopatogénicos de los pacientes con trastornos alimentarios del comportamiento. *Psiquis*, 21(6), 317-325.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D., 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. *Arch Gen Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Behar, R. (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria, evidencia, similitudes e implicancias. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 42(3), 183-194.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. y Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Behar, R., Manzo, R. y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev Méd Chile*, 134(3), 312-319.
- Beidel, D., Turner, S. & Morris, T. (1999). Psychopathology of childhood Social Phobia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38(6), 643-650.
- Beidel, D., Turner, S., Young, B., Ammerman, R., Salle, F., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent Social Phobia. *J Psychopathol Behav Assess*, 29(1), 47-54.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Zambrano, J., & Aguilar Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.

- 
- Bittner, A., Goodwin, R., Wittchen, H., Beesdo, K., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder?. *J Clin Psychiatry*, 65(5), 618-626.
- Blos, P. (1981). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Blöte, A., Kint, M., & Westenberg, P. (2007). Peer behavior towards socially anxious adolescents: Classroom observations. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2773-2779.
- Bobes, J. y Sáiz, P. (2001). Revisión conceptual a propósito de la fobia social (Trastorno de ansiedad social). *Actas Esp Psiquiatr*, 29(3), 195-198.
- Bobes, G., Bascarán, M., Bousoño, M., García-Portilla, M. y 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.
- Book, S., & Randall, C. (2002). *Social Anxiety Disorder and Alcohol Use*. NIAAA: Understanding the impact of alcohol on human health and well-being
- Borda, R. (2009). Factores psicosociales asociados a la práctica de la actividad física en adolescentes de la localidad de Engativa, de acuerdo con la teoría de la motivación protectora. *Típica*, 5(2), 145-156.
- Brown, T., & Barlow, D. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM –IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844.
- Botella, C., Baños, R. y Perpiñá, C. (2003). *Fobia social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona, España: Paidós.
- Bousoño, G. M., Bascarán, F. T., González, G. y Bobes, G. (1999). Evolución histórica del concepto de ansiedad social. En G. Bobes, G. González, M. Saíz, y G. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del Trastorno por Ansiedad social*. 1-2. Barcelona, España: Masson.
- Bracha, H., & Maser, J. (2008). Anxiety and posttraumatic stress disorder in the context of human brain evolution: A role for theory in DSM-V? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 91-97.
- Brown, T., & Barlow, D. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM –IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844.



- 
- Brown, E., Heimberg, R., & Juster, H. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26(3), 467-486.
- Buckner, J., Ecker, A. & Proctor, S. (2011). Social anxiety and alcohol problems: The roles of perceived descriptive and injunctive peer norms. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 631-638.
- Buckner, J., Schmidt, N. (2009). Social Anxiety Disorder and Marijuana use Problems: The mediating role of Marijuana effect expectancies. *Depress anxiety*, 26(9)864-870.
- Buckner, J., Schmidt, N., Lang, A., Small, J., Schlauch, R. & Lewinsohn, P. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230-239.
- Buckner, J., Timpano, K., Zvolensky, M., Sach-Ericsson, N., & Schmidt, N. (2008). Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(12), 1028-1037.
- Buckner, J., & Turner, J. (2009). Social anxiety disorder as a risk for alcohol use disorders: A prospective examination of parental and peer influences. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1), 128-137.
- Bulik, C. Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S., Aggen, S., & Sullivan, P. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry*, 160(2), 366-368.
- Burton, R. (1845). *The anatomy of melancholy*. 1, 11^o ed. Londres, UK: Thomas Tegg.
- Caballo, V., Salazar, I., Iruirtia, M., Arias, B., Hofmann, S., & CISO-A. (2008). Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Behavioral Psychology*, 16(2), 163 -187.
- Cano, A., Castaño, J., Corredor, D., García, A., González, M., Lloreda, O., Lucero, K., Restrepo, J., Páez, M., Patiño, L., Pérez, L., Villegas, C., y Zuluaga, A. (2007). Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales, *Med UNAB*, 10(3), 187-194.
- Cano-Vindel, A., Pellejero, M., Ferrer, M. A., Iruarrizaga, I. y Zuazo, A. (2000). Aspectos cognitivos, emocionales, genéticos y diferenciales de la timidez. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), España: Universidad Complutense de Madrid.
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I. y Gutiérrez, R. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: La fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.

- 
- Carvalho, J., & Hopko, D. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 154-162.
- Cassidy, A. (2003). Exploring the relationship among etiological factors related to eating disorders. Thesis Master of arts in applied psychology and mental health counseling, Rowan University.
- Catalano, R., Hawkins, D., & Toumbourou, J. (2008). Positive youth development in the United States: History, efficacy, and links to moral and character education. En: L. Nucci & D. Narvaez (Eds.), *Handbook of moral and character education*, (pp.459-483). Abindon, Oxon, UK: Routledge.
- Cervera, S., Roca, M. y Bobes, J. (1998). *Fobia social*. Barcelona, España: Masson.
- Chambers, R., Taylor, J., & Potenza, M. (2003). Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical Period of Addiction Vulnerability. *Am J Psychiatry*, 160(6), 1041-1052.
- Chavira, D., Stein, M., Bayley, K., & Stein, M. (2003). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective disorders*, 80(2), 163 -171.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (2006). *Developmental psychopathology. Risk, Disorder and Adaptation*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, D., & Wells A. (1995). A cognitive model of social phobia. En: R. Heimberg, M. Liebowitz y D. Hope, F. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Cody, M., & Teachman, B. (2010). Post – event processing and memory bias for performance feedback in social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 468-479.
- Coleman, L., Hendry, L., & Kloep, M. (2007). *Adolescence and health*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Collins, W., Welsh, D., & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annu Rev Psychol*, 60, 631-652.
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica: Ciencia y práctica*. México: McGraw Hill.
- Conger. J. (1956). Alcoholism: Theory, problem and challenge. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journals on Studies of Alcohol*, 17(2), 296-305.



- Crosnoe, R., Benner, A., & Schneider, B. (2012). Drinking, socioemotional functioning and academic progress in secondary school. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(2), 150-164.
- Crum, R., & Pratt, L. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: A prospective analysis. *Am J Psychiatry*, 158(10), 1693-1700.
- Cruz, R., Ávila, M., Cortés, M., Vázquez, R. y Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198.
- deCatanzaro, D. (2001). *Motivación y Emoción*. México: Pearson.
- De la Cruz-Sánchez, E., Moreno-Contreras, M., Pino-Ortega, J. y Martínez-Santos, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Mental*, 3(4), 45-52.
- Díaz, R., Díaz, A., Hernández – Ávila, C., Fernández, H., Solís, C. y Narro, J. (2009). El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes del bachillerato. *Salud Mental*, 32(6), 447-458.
- Donovan, J., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 53(6), 890-904.
- Duarte, Escario y Molina (2009). *El abuso juvenil de alcohol: Estimaciones Count Data*. Revista de Economía Aplicada. 49, XVII, p. 84.
- Durand, V. y Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thompson.
- Eccles, J., & Barber, B. (1999). Student council, volunteering, basketball, or marching band: What kind of extracurricular involvement matters? *Journal of Adolescent Research*, 14(1), 10-43.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid, España: Pirámide.
- Eggleston, A., Woolaway-Bickel, K., & Schmidt, N. (2004). Social anxiety and alcohol use: evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(1), 33-49.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002. Recuperado de: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/contenidos/sociales/salud/2004/ena02.pdf 15 de marzo 2009.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008. Recuperado de: www.insp.mx/Portal/Inf/ENA08_nacional.pdf 20 de agosto 2010.

- 
- Eng, W., Coles, M., Heimberg R., & Safren, S. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Anxiety Disorders*, 19(2), 143-156.
- Espada, J., Pereira, J., & García-Fernández, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Essau, C. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18(1), 1-52.
- Esau, C., Conradt, J., & Peterman, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and Therapy*, 37(9), 831-843.
- Etxebarria, I. (2008). Emociones sociales. En F. Palmero y F. Martínez (Eds.), *Motivación y emoción* (pp. 275-314). Madrid, España: McGraw Hill.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo*. Barcelona, España: Masson.
- Facio, A., Resett, S., Micoccio, F., Mistrorigo, C. y Di Liscia, E. (2006). Relaciones interpersonales y problemas emocionales y de conducta en adolescentes de 17-18 años. Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur 10, 11 y 12 de Agosto de 2006 Paradigmas, métodos y técnicas. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Bohn, K., Hawker, D., Wales, J., & Palmer, R. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Fantín, M. y Barbenza, C. (2007). Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis Argentina. *Fundamentos en Humanidades*, Universidad Nacional de San Luis Argentina, 15(1), 133-145.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2007). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(4), 257-265.
- Fernández-Abascal, Palmero y Martínez Sánchez, (2002). Introducción a la psicología de la motivación y la emoción. En: F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez, y Chóliz, M. (Eds.). *Psicología de la Motivación y la emoción*. México: McGrall Hill.



- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., y Medina-Mora, M. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población Mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental, 30*(5), 63-73.
- Flores, L. (2007). *Psicología Social de la Salud*. Colombia: El Manual Moderno.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology, 136*(6), 581-596.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psych Scandinav, 105*(2), 84-93.
- Gallego, M., Botella, C., Quero, S., Baños, R. y García- Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BNFE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica, 12*(3), 163-176.
- Gandarillas, A., Febrel, C., Galán, I., León, C., Cantero, J., Zorrilla, B., y Meseguer, M. (1999). Riesgo de trastorno del comportamiento alimentario (TCA) en adolescentes escolarizados. Comunidad de Madrid. *Psiquiatr. 24*(2), 67-73.
- García-López, L. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, España.
- 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 Behaviour and Personality, 36*(3), 338-390.
- García, B., Márquez, L. y Ávila, J. (2009). Planeación y desarrollo del proyecto de investigación. En: B. García (Eds.), *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México: Manual Moderno.
- García-López, L., Olivares, J., Hidalgo, M., Beidel, D., & Turner, S. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the fear of negative evaluation scale, and the social avoidance and distress scale in an adolescent spanish-speaking Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment, 23*(1), 51-59.
- García-López, L., Piqueras, J., Díaz-Castela, M. e Inglés, C. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y la adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology, 16*(3), 501-533.
- Gardner, H. (1993). *La mente no escolarizada. Cómo piensan los niños y cómo deberían enseñar en las escuelas*. Barcelona, España: Paidós.

- Garzón, C., Delgado, M., Tercedor, P. y Gonzalez-Gross, M. (2002). Actividad físico deportiva en adolescentes escolares. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 5, 1579-1729.
- Geisinger, K. (1994). Cross-cultural normative assesment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assesment instruments. *Psychological Assesment*, 6(4), 304-312.
- Gilles, D., Turk, L., & Fresco, D. (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self – efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive Behaviors*, 31(3), 388-398.
- Glickman, A., & La Greca, A. (2004). The dating anxiety scale for adolescents: Scale development and associations with adolescent functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 566-578.
- Gómez, R., & McLaren, S. (2006) .The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1165-1176.
- Góngora, V. y Casullo, M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 7(3), 265-272.
- Goodson, J., Evans, A., Lindberg, L., & Allen, C. (2005). Neuro-evolutionary patterning of sociality. *Proceeding of the Royal B. Society. B*, 272(1550), 227-235.
- Goñi, A., & Rodríguez, A. (2007). Variables associated with the risk of eating disorders in adolescence. *Salud Mental*, 30(4) 16-23.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Strangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 12-19.
- Gracia, M., Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.
- Guirado, M. y Ballester, R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de psicología*, 21(1), 58-65.
- Guzman, F., Esparza, S., Alcántara, S., Escobedo, I. y Henggeler, T. (2009). Consumo de alcohol en jóvenes y su relación con la violencia psicológica en el noviazgo. *Salud Mental*, 5(2), 1-14.

- Guzmán, F., Perdrao, L., Rodríguez, L., López, K. y Esparza, S. (2007). Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 11(4), 611-618.
- Hall-Lande, J., Eisenberg, M., Christenson, S., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166), 265-286.
- Halgin, R. y Whitbourne, S. (2005). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. México: Mc Graw Hill.
- Ham, L., & Hope, D. (2005). Incorporating social anxiety into a model of college student problematic drinking. *Addictive Behaviors*, 30(1), 127-150.
- Hambrick, J., Henning, E., & Heimberg, R. (2004). Cognitive behavioral approaches to social anxiety disorder, *Directions in Psychiatry*, 24, 121-131.
- Hayward, C., Wilson, K., Lagle, K., Kraemer, H., Killen, J., & Taylor, C. (2008). The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety*, 25(3), 200-206.
- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Heimberg, R. (1996). Social phobia, avoidant personality disorder and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. En P. Salkovskis (Eds.), *Trends in cognitive and behavioural therapies*, (pp. 43-62). Sussex, England: John Wiley y Song.
- Heimberg, R., Hope, D., Dodge, C., & Becker, R. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 172-179.
- Heiser, N., Turner, S., Beidel, D., & Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 469-476.
- Herbert, J., Hope, D., & Bellack, A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychology*, 101(2), 318-325.
- Herpertz-Dahlmann, B.(2009). Adolescents Eating Disorders: Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North América*, 18(1), 31-47.
- Herrero, M. y Viña, C. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 67-83.

- 
- Hidalgo, M. y Gutiérrez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*, 11(10), 805-910.
- Higa, C., & Daleiden, C. (2008). Social anxiety and cognitive biases in non-referred: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety Disorders*. 22(3), 441-451.
- Higgins, R., & Marlatt, G. (1975). Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 644-651.
- Hofmann, S. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 47(7), 885-885.
- Hofmann, S. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cogn Behav Ther*, 36(4), 193-209.
- Hofmann, S., & Barlow, D. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). En D. H. Barlow (Eds.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd Ed. (pp.454-476). New York: Guilford Press.
- Hofmann, S., Ehlers, A., & Roth, W. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety?. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 567-571.
- Hofmann, S., Richey, J. Kashdan, T., & Mcknight, P. (2009). Anxiety disorders moderate the association between externalizing problems and substance use disorders: Data from the national comorbidity survey–revised. *Journal of Anxiety Disorders*. 23(4), 529-534.
- Hollander, E., De Caria, C., Mari, E., Wong, C., Mosovich, S., Grossman, R., & Begaz, T. (1998). Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry*, 155(12), 1781-1783.
- Holle, C., Heimberg, R., Sweet, R., & Holt, C. (1995). Alcohol and caffeine use by social phobics: An initial inquiry into drinking patterns and behavior, *Behaviour Research and Therapy*, 33(15), 561-566.
- Holt, S., & Heimberg, R. (1990). The reaction to treatment questionnaire: Measuring treatment credibility and outcome expectancies. *Behavior Therapy*, 13, 213-222.
- Holt, C., Heimberg, R., & Hope, D. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychology*, 101(2), 318-325.



- 
- Hull, J., Young, R., & Jouriles, E. (1986). Applications of the self-awareness model of alcohol consumption: Predicting patterns of use and abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(4), 790-796.
- 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., La Greca, A., Marzo, J., García-López, L., & García-Fernández, J. (2010). Social anxiety scale for adolescents: Factorial invariance and latent mean differences across gender and age in Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 847-855.
- Inglés, C., Hidalgo, M., & Méndez, X. (2005). Interpersonal difficulties in adolescence. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 11-22.
- Inglés, C., Martínez-Monteaquedo, M., Delgado, B., Torregrosa, M., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J. y 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. e 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. y Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3), 376-381.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York, Academic Press.
- Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital*. México: Thompson.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190(4217), 912-914.
- Kandel, D., & Jesson, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B, Kandel, (Eds.), *Stages and pathways of drug involvement: Examining the gateway hypothesis*, (pp.365-372). Cambridge: Cambridge University Press.



- Kashdan, T., Collins, R., & Elhai, J. (2006). Social anxiety and positive outcome expectancies on risk-taking behaviors. *Cogn Ther Res*, 30(6), 749–761.
- Kashdan, T., Elhai, J. y Breen. W. (2008). Social anxiety and desinhibition: An analysis on curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 925-939.
- Kashdan, T., & Herbert, J. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child Family Psychology Review*, 4(1), 1- 27.
- Kashdan, T., & Hofmann, S. (2008). The high-novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 25(6), 535-541.
- Kashdan, T., McKnight, P., Richey, A., & Hofmann, S. (2009). When social anxiety disorder co-exists with risk-prone, approach behavior: Investigating a neglected, meaningful, subset of people in the national comorbidity survey-replication. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 559-568.
- Kashdan, T., & McKnight, E. (2010). The darker side of social anxiety: When aggressive impulsivity prevails Over shy inhibition. *Current Directions in Psychological Science*, 19(1), 47-50.
- Kashdan, T., & Roberts, J. (2004). Social anxiety's impact on affect, curiosity, and social self-efficacy during a high self-focus social threat situation. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 119-141.
- Kashdan, T., & Savostyanova, A. (2011). Capturing the biases of socially anxious people by addressing partner effects and situational parameters. *Behavior Therapy*, 42(2), 211-223.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGrawHill. 4ª ed.
- Kessler, C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand*, 108, sup.417, 19-27.
- Kessler, R., McGonagle, A., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatry disorders in the United States. Results from the national comorbidity Survey. *Arch Gen Psych*, 51(1), 8-19.
- Kim, J., Rapee, R., Oh, K., & Moon, H. (2008). Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood:

- Cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of Adolescence*, 31(5), 543-563.
- Kiziltan, G., & Karabudak, E. (2008). Risk of abnormal eating attitudes among Turkish dietetic students. *Adolescence*, 43(171), 681-690.
- Klump, K., Keel, P., Sisk, C., & Burt, A. (2010). Preliminary Evidence that Estradiol Moderates Genetic Influences on Disordered Eating Attitudes and Behaviors During Puberty *Psychol Med.*, 40(10), 1745–1753.
- Kushner, M., Sher, K., & Beitman (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 685-695.
- Kushner, M. Sher, K., & Erickson, D. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders, *Am J Psychiatry*, 156(5), 723-732.
- Kushner, M., Thuras, P., Abrams, K., Brekke., & Stritar, L. (2001). Anxiety mediates the association between anxiety sensitivity and coping-related drinking motives in alcoholism treatment patients. *Addictive Behaviors*, 26(6), 869-885.
- La Greca, A., & Harrison, H. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61.
- La Greca, A., & López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94.
- Laposa, J., Cassin, S., & Rector, N. (2010). Interpretación of positive social events in social phobia: An examination of cognitive correlates and diagnostic distinction. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 203-210.
- Leary, M. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 9(3), 371-375.
- Leary, M., & Kowalsky, R. (1997). *Social anxiety*. New York, Guilford Press.
- Lemos, S. (2003). La Psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-13.
- León, R., Gómez-Peresmitré, G. y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- Lépine, J., & Pélioso, A. (2000). Why take the social anxiety disorder seriously. *Depression and Anxiety*, 11(3), 87-92.

- 
- Liebowitz, M., Heimberg, R., Schneier, F., Hope, D., Davies, S., Holt, C., Goetz, D., Juster, H., Lin, S., & Bruch, M. (1999). Cognitive behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depress Anxiety, 10*(3), 89-98.
- Liebowitz, M., Heimberg, R., Fresco, D., Travers, J., & Stein, (2000). Social phobia or anxiety disorder: What's in a name?. *Archives of General Psychiatry, 57*(2), 377-386.
- Lisha, N., Martens, M., & Leventhal, A. (2011). Age and gender as moderators of the relationship between physical activity and alcohol use. *Addictive Behaviors, 36*(9), 933-936.
- Lora-Cortez, C. y Saucedo – Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental, 29*(3), 60-68.
- Lovera, J., Zúñiga, A., Chargoy, H., Hernández, A. y Deceano, S. (2005). Aprender a enseñar educación artística y educación física. Gobierno del Estado de Nuevo León.
- Lucio, E., Gómez, H., Morales, B. y Pérez, M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST 10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en los adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 18*(1), 9-17.
- Mardomingo, M. y Gutiérrez-Casares, J. (2010). Trastornos de ansiedad. En: Soutullo, C. y Mardomingo (2010), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Médica Panamericana.
- Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.
- Marks, I., & Gelder, M. (1966). Different age of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry, 123*(2), 218-221.
- Marina, J. (2006). *Anatomía del miedo*. Un tratado sobre la valentía. Barcelona: Anagrama, Colección Argumentos.
- Marom, S., Aderka, I., Hermesh, H., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Social phobia: Maintenance models and main components of CBT, *Isr J Psychiatry Relat Sci, 46*(4), 264- 268.
- Masten, A., Faden, V., Zucker, R., & Spear, L. (2008). Underage drinking: A developmental framework. *Pediatrics, 121*, sup. 4, 235-251.
- Mayr, E. (1974). Cladistic analysis or cladistic classification?. *Z. zool. Syst. Evolut.-forsh. 12*, 94-128.



- McClintock., J., & Evans, I. (2001). The underlying psychopathology of eating disorders and social phobia: A structural equation analysis. *Eating Behaviors*, 2(3), 247-261.
- McLean, C., Miller, N., & Hope, D. (2007). Mediating social anxiety and disordered eating: The role of expressive suppression. *Eating Disorders*, 15(1), 41-54.
- McFall, R., Eason, B., Edmonson, C., & Treat, T. (1999). Social competence and eating disorders: Development and validation of the anorexia and bulimia problem inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(4), 365-394.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. Villatoro, J. Rojas, E., Zambrano, J, Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M., García-Tellez, I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez-Pérez, L., Real, T. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental*, 33(5), 373-378.
- Méndez, X., Inglés, C. e Hidalgo (2002). Estrés en las relaciones interpersonales: Un estudio descriptivo en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 8(1), 25-36.
- Mendoza, R. y López, P. (2007). El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones*, 19(4), 341-356.
- Martin, C., & Winters, K. (1998). Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol Health & Research World*, 22(2), 95-105.
- Melfsen, S., Walitza, S., & Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15, 2, 111-118.
- Miers, A., Blöte, A., Bokhorst, C. y Westenberg, M. (2009). Negative self- evaluations and the relation to performance level in socially anxious children and adolescents. *Behaviour research and Therapy*, 47(12), 1-7.
- Mineka, S., y Zinbarg, R. (1995). Conditioning and ethological models of social phobia. En R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assesment and treatment*, (pp.134-163). New York: Guilford Press.
- Mineka S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61(1), 10-26.

- 
- Moitra, E., Herbert, J. y Forman, E. (2008). Behavioral avoidance mediates the relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1205-1213.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Morris, E., Stewart, S., & Ham, L. (2005). The relationships between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 734-760.
- Morrison, A., Amir, N. y Taylor, C. (2009). A behavioral index of imagery ability in social anxiety. *Cognitive Therapy Research*, 35(4), 326-332.
- Mulkens, S. y Bögels, S. (1999). Learning history in fear of blushing. *Behaviour Research and Therapy*, 37(12), 1159-1167.
- Mulkens, S., Bögels, S., & Jong, P. (1999). Attentional focus and fear of blushing: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 153-164.
- Muñoz-Rivas, M. (2005). *Influencia del grupo de iguales y satisfacción con la ocupación del tiempo libre*. En: Ezpeleta, L. (Eds.), *Factores de Riesgo en Psicopatología del desarrollo*. Barcelona, España: Masson.
- Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Myers, M., Stein, M., & Aarons, G. (2002). Cross validation of the social anxiety scale for adolescent in a high school sample. *Journal of the Anxiety Disorders*, 16(2), 221-232.
- Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2011). Clarifying the dispositional basis of social anxiety: A hierarchical perspective. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 926-934.
- Nelson, E., Leibenflut, E., McClure, E., & Pine, D. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2), 163-174.
- Newman, B., Lohman, B., & Newman, P. (2007). Peer membership and a sense of belonging: Their relationship to adolescent behavior problems. *Adolescence*, 42(166), 241-263.
- Nieto, E., Casado, A., García, C. y Peláez, L. (2008). Guía de los cuidados de enfermería y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria.



- Nuño-Gutiérrez, B., Álvarez-Nemegyei, J., Madrigal-de León, E. y Rasmussen-Cruz, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*, 28(5), 64-70.
- Öhman, A., Dimberg, U., & Öst, L. (1985). Animal and social phobias: Biological constraints on learned fear responses. *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, 23, 123-175.
- Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and learning. *Psychological Review*, 108(3), 483-522.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T. et al. (2006). Encuesta Nacional Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: Trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para adolescentes con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9(2), 247-25.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población Infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 7-21.
- Olivares, J. y Caballo, V. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Behavioral Psychology*, 11(3), 483-515.
- Olivares-Rodríguez, J. y Caballo, V. (2003). Presentación. *Psicología conductual*, 11(3), 1-3.
- Olivares, J. y García-López, L. (2002). "Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social". *Psicología conductual*, 10(2), 409-419.
- Olivares, J., García-López, L., Hidalgo, M., La Greca, A., Turner, S., & Beidel, D. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The social phobia and anxiety inventory and the social anxiety scale for adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 467-476.
- Olivares, J., García-López, L., Hidalgo, M. y Caballo, V. (2004). Relationships among social anxiety measures and its invariance. A confirmatory factor analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(3), 172-179.
- Olivares, J., García-López, L. y Piqueras, J. (2005). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS). En Vera-Villaruel, P. y Oblitas, L. (Eds.), *Manual de*

Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud. Colombia: Psicom Editores.

- Olivares-Rodríguez, J., Piqueras-Rodríguez, J. y 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. *Psychology Behavioral, 12*(2), 251-268.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. y García-López, L. (1999). Un análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población española. *I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud.* Granada, Noviembre 1999.
- Olivares, J., Ruiz, X., Hidalgo, M., García-López, L., Hernández, M., Rosa, A., & Piqueras, J. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(1), 85-97.
- Olivares, J., Vera-Villaroel, P., Rosa-Alcazar, A., Khune, W., Montesinos, L., & López-Piña, J. (2010). The social phobia and anxiety inventory: First results of the reliability and structural validity in chilean adolescents. *Universitas Psychologica, 9*(1), 149-160.
- Olivares, J., Piqueras, J. y Rosa, I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema, 18*(2), 207-212.
- Olivares-Rodríguez, J., Rosa-Alcázar, A. y García-López, L. (2004). *Fobia social en la adolescencia: El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás.* España, Ediciones Pirámide.
- Olivares-Rodríguez, J., Rosa-Alcázar, A. y Olivares-Olivares, P. (2006). Atención individualizada en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(3), 568-580.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE – 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2002), *The World Health Report-Reducing Risks, Promoting Healthy Life.* <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Osman, A., Gutierrez, P., Smith, K., Fang, Q., Lozano, G., & Devine, A. (2010). The anxiety sensivity index-3: Analyses of dimensions, reliability estimates, and correlates in nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment, 92*(1), 45-52.
- Öst, L., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy, 19*(5), 439-447.

- 
- Palmero, F. y Martínez, F. (2003). *Motivación y emoción*. México: McGrall Hill.
- Patton, G., Coffey, C., Carlin, J., Sanci, L., & Sawyer, S. (2008). Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 247-261.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (2005). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Park, S., Hitchon, J., & Woong, G. (2009). Intervention of eating disorder symptomatology using educational communication messages. *Communication Research*, 36(5), 677-697.
- Pérez, M. y Lucio-Gómez, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Health and Adiccions*, 10(1), 79-96.
- Platas, S., Gómez-Peresmitré, G., Rodríguez, R., León, R. y Pineda, G. (2008). Factores de riesgo en trastornos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de medicina y enfermería. *La Psicología Social en México*, 7, 131-136.
- Piqueras, R. (2005). *Análisis de la intervención en adolescentes con fobia social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Murcia. Facultad de Psicología.
- Piqueras, J., Olivares, J., & López-Piña, J. (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of spanish adolescents. *Journal of Anxiety disorders*, 22(1), 67-77.
- Quero, S., Baños, R., Botella, C, y Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 429 - 458.
- Ramos, P., Rivera, F. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Rankin, L., Fox, A., Lejuez, C., Reynolds, E., Henderson, H., Pérez-Edgar, K., Steinberg, L., & Pine, D. (2010). Early temperament, propensity for risk-taking and adolescence substance-related problems: A prospective multi-method investigation. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1148-1151.
- Rao, P., Beidel, D., Turner, S., Ammerman, R., Crosby, L., & Sallee, F. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Reserch and Therapy*, 45(6), 1181-1191.
- Rappe, R., Schniering, C., & Hudson, J. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 5, 311-341.



- Rapee, R., & Spence, S. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 737-767.
- Rapee, M., & Heimberg, R. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav. Ther. Res. 35*(8), 741-756.
- Real Academia Española de la Lengua–RAE (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Calpe.
- Rector, N., Kocovski, L., & Ryder, G. (2006). Social anxiety and the fear of causing discomfort to others: Conceptualization and treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 906-918.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México: McGraw Hill.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review, 11*(2), 141-153.
- Reyes, I. y García, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En Rivera, S. Díaz, R., Sánchez, R. y Reyes, I (Eds.), *La Psicología Social en México*, (pp. 625-630). México: AMEPSO.
- Reyno, S., Stewart, S., Brown, C., Horvarth, P., & Wiens, J. (2006). Anxiety sensitivity and situation-specific drinking in women with alcohol problems. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*(3), 268-282.
- Rheingold, A., Herbert, J., & Franklin, E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research, 27*(6), 693-655.
- Ribera, M. y Villar, M. (2005). Factores de riesgo para el consume de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la Ciudad de la Paz-Bolivia (2003-2004). *Rev Latino-Am Enfermagem, 13*, 880-887.
- Roberts, K., Hart, T., Coroiu, A., & Heimberg, R. (2011). Gender role traits among individuals with social anxiety disorder. *Personality and Individual Differences, 51*(8), 952-957.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B., & Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(1), 38-45.
- Rojas-Rusell, M. (2009). Factores psicosociales asociados a la actividad física en adultos jóvenes: Un estudio transversal. *Típica, 5*(2), 136-144.
- Rosser, S., Issakidis, C., & Peters, L. (2003). Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research, 27*(2), 143-151.

- 
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: The Guilford Press.
- Salamó, A., Gras, M. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A. y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55-68.
- Sánchez-Zamorano, L., Llerenas, A., Anaya-Ocampo, R. y Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública de México*, 49, Sup. 2, 182-193.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A. y Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33.
- Santrock, J. (2003). *Desarrollo infantil*. México: McGraw-Hill.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo infantil*. México: McGraw-Hill.
- Saucedo-Molina, T. (2003). Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo-Molina, T. y Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schneider, F., Weiss, U., Kessler, C., Müller-Gärtner, H., Posse, S., Salloum, J., Grodd, W., Himelmann, F., Gaebel, W., & Birbaumer, N. (1999). Subcortical correlates of differential classical conditioning of aversive emotional reactions in social phobia. *Society of Biological Psychiatry*, 45(7), 863-871.
- Schmidt, N., Buckner, J., & Keough, M. (2007). Anxiety sensitivity as a prospective predictor of alcohol use disorders. *Behavior Modification*, 2(3), 202-219.



- 
- Schwalberg, M., Barlow, D., Alger, S., & Howard, L. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(4), 675-68.
- Shelenker, B., & Leary, M. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin, 92*(3), 641-669.
- Sher, K., & Levenson, R. (1982). Risk for alcoholism and individual differences in the stress-response-dampening effect of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology, 91*(5), 350-367.
- Shultz, L. y Heimberg, R. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive process. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1206-1221.
- Silva, J. (2007). Sobrealimentación inducida por la ansiedad, Parte I: Evidencia conductual, afectiva, metabólica y endócrina. *Terapia Psicológica, 25*(2), 141-153.
- Silva, J. (2008). Sobrealimentación inducida por la ansiedad, Parte II: Un marco de referencia neurocientífico para el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas y programas de prevención. *Terapia Psicológica, 26*(1), 99-115.
- Silva, J., Livacic-Rojas, P., y Slachevsky, A. (2006). Diferencias individuales en dietantes crónicos. Influencia de los sistemas motivacionales en la alimentación. *Revista Médica de Chile, 134*(6), 735-742.
- Smetana, G., Campione – Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annu. Rev. Psychol, 57*, 255-284.
- Smoller, J. Yamaki, L., & Fagerness, J. (2005). The corticotropin-releasing hormone gene, and behavioral inhibition in children at risk for panic disorder. *Biol. Psychiatry, 57*(12), 1485-1492.
- Soutullo, C. y Mardomingo (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Médica Panamericana.
- Steimberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev. Rev., 28*(1), 78-106.
- Stein, M., & Kean, Y. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1606-1613.
- Stein, D., Meron, A., Lee, S., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L., Benjet, C., Bromet, E., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureye, O., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., Iwata, N., Karam, E., Lepine, J.,
- 

- 
- Matschinger, H., Browne, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Williams, D. y Kessler, R. (2010). Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depress Anxiety*, 27(4), 390-403.
- Stein, M., Simmons, A., Feinstein, J., & Paulus, M. (2007). Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 318-327.
- Stein, M., & Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371, 1115-1125.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19.
- Stemberg, R., & Smith, C. (1985). Social intelligence and decode skills in non verbal communication. *Social cognition*, 3(2), 168-192.
- Stewart, S., Karp, J., Pihl, R., & Peterson, R. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance abuse*, 9, 223-240.
- Stewart, S., Morris, E., Mellings, T., & Komar, J. (2006). Relations of social anxiety variables to drinking motives, drinking quantity and frequency, and alcohol-related problems in undergraduates. *Journal of Mental Health*, 15(6), 671-682.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic reewiew. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-824.
- Stimson, G. (2006). Drinking in context: a collective responsibility. *International Center Alcohol Policies*.
- Storch, E., Masia-Warner, C., Dent, H., Roberti, J., & Fisher, P. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 665-679.
- Straube, T., Kolassa, I., Glauer, M., Mentzel, H., & Miltner, W. (2004). Effect of task conditions on brain responses to threatening faces in social phobics: An event-related functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Biol*, 56(12), 921-930.
- Sroufe, L., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17-29.
- 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.
- Stravynski, A. (2008). *Fearing others: The nature and treatment of social phobias*. London: Cambridge University Press.



- 
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2003). *Report to congress on the prevention and treatment of co-occurrencesubstance use disorders and mental disorders*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Summerfeldt, L., Kloosterman, P., Antony, M., & Parker (2006). Social anxiety, emotional intelligence and interpersonal adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 57-68.
- Taylor, S. (1995). Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(2), 163-174.
- Taylor, S., Zvolensky, M., Cox, B., Deacon, B., Heimberg, R., Ledley, D., Abramowitz, J., Holaway, R., Sandín, B., Stewart, S., Coles, M., Eng., W., Daly, E., Arrindell, W., Bouvard, M., & Jurado, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188.
- Teachman, B., & Allen, J. (2007). Developmental of social anxiety: Social interaction predictors of implicit and explicit fear of negative evaluation. *J Abnorm Child Psychol*, 35, 63-78.
- Tenorio, R. (2009). La discapacidad en las personas con trastornos ansiosos, depresivos y esquizofrénicos. Tesis Doctorado en Psicología y Salud. Facultad de Psicología, Unam. Inédita.
- Thatcher, D., & Clark, D. (2008). Adolescents at risk for substance use disorders. *Alcohol, Research & Health*. 31(2), 169-176.
- Thomas, S. Carrigan, M., & Randall, C. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(12), 1937-1943.
- Thomas, S., Randall, P., Book, S., & Randall, C. (2008). A complex relationship between co-occurring social anxiety and alcohol use disorders: What effect does treating social anxiety have on drinking?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(1), 77-85.
- Torres, A., Domínguez, M. y Rodríguez, J. (2004). La psiquiatría infantil, hoy: (II) Principales fundamentos teóricos. *Avances en Salud Mental Relacional*, 3(3), 1-28.
- Tull, M., & Gratz, K, (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and
- 

- difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Anxiety Disorders*, 22(2), 199-210.
- Turk, C., Heimberg, R., Orsillo, S., Holt, C., Jitow, A., Street, L., Schneier, F., & Liebowitz, M. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 209-223.
- Turk, C., Lerner, J., Heimberg, R., & Rapee, R. (2001). An integrated cognitive-behavioral model of social anxiety. En S. Hofmann, P. & DiBartolo (Eds.), *From Social Anxiety to Social Phobia* (pp. 281-303): Multiple Perspectives.
- Turner, S., Beidel, D., & Townsley, R. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychology*, 101(2), 326-331.
- Unikel, C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de doctorado en Psicología*. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Unikel, C. y Caballero, A. (2010). Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Ed. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J. y Medina-Mora, M: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez – Chapela, L. y Carreño – García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Unikel-Santoncini, C., Bojorquez-Chapela, L., Villatoro-Velazquez, J., Fleiz-Bautista, C. y Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 15-17.
- Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres Mexicanas. *Salud Mental*, 27(1), 38-49.
- Vallejo, N. (1998). Aspectos toxicológicos de la drogodependencia. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Tráfico.
- Vallés, A., Olivares, J. y Rosa, A. (2006). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. Proyecto para la detección e intervención temprana de adolescentes con fobia social en el contexto comunitario. Universidad de Murcia.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Anxiety Disorders*, 17(5), 561-571.

- Varlinskaya, E., & Spear, L. (2009). Ethanol-induced social facilitation in adolescent rats: role of endogenous activity at mu opioid receptors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(6), 991-1000.
- Veljaca, K., & Rapee, R. (1998). Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 311-321.
- Vera-Villarroel, P., Olivares-Rodríguez, J., Kuhne, W., Rosa, A., Santibañez, C. y López-Piña, J. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos. *International Journal of Clinical of Health Psychology*, 7(3), 795-806.
- Vetter- O'Hagen, C., Varlinskaya, E., & Spear, L. (2009). Sex differences in ethanol intake and sensitivity to aversive effects during adolescence and adulthood. *Alcohol and Alcoholism*, 44(6), 547-554.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytan, L., Gaytan, F., Amado, N. (2009). Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32(4), 287-297.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, M (2009). Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006. *Salud Mental*, 32(4) 287-297.
- Voncken, M., & Bögels, S. (2008). Social performance deficits in social anxiety disorder: Reality during conversation and biased perception during speech. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1384-1392.
- Wancata, J., Fridl, M., & Friedrich, F. (2009). Social phobia: Epidemiology and health care. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 520-524.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 33(4), 448-457.
- Wells, A. y Clark, D. (1997). Social phobia: A cognitive approach. En G. C. L. Davey (Eds.), *Phobias: A handbook of description, treatment and theory*, (pp. 3-26). Chichester, Sussex, UK:Wiley.
- Weeks, J., Carleton, R., Asmundson, G., McCabe, R., & Antony M. (2010). Social anxiety disorder carved at its Joints: Evidence for the taxonicity of social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 734-742.
- Westenberg, M., Drewes, M., Goedhart, A., Siebelink, B., & Trefferes, P. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: Social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 481-495.

- Wicks-Nelson, R. y Allen, I. (2006). *Psicopatología del niño y del adolescente*, Madrid, España: Prentice -Hall.
- Wieser, M., Pauli, P., Alpers, G., & Mühlberger, A. (2009). Is eye to eye really threatening and avoided in social anxiety? An eye-tracking and psychophysiology study. *Journal of anxiety Disorders*, 23(1), 93-103.
- Wissink, I., Dekovic, M., & Meijer, A. (2009). Adolescent friendship relations and development outcomes. Ethnic and gender differences. *Journal of Early Adolescence*. 29(3), 405-425.
- Wittchen, H., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 617-641.
- Wittchen, H., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*, 108, Sup.417, 4-18.
- Wittchen, H., Stein, M., & Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29(2), 309-323.
- Wong, Q., & Moulds, M. (2011). The relationship between the maladaptive self-beliefs characteristics of social anxiety and avoidance. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 171-178.
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R., Prins, A., & Liebowitz, 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.
- Zimmermann, P., Wittchen, H., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R., & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4- year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A. Sierra, J. y Salinas, J. (2007). Ansiedad social específica y generalizada: ¿Variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 709-724.
- Zubeidat, I., Fernández, P., Sierra, J. y Salinas, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31(3), 189-196.

- 
- Zubeidat, I., Sierra, J. y Fernández, A. (2006). Ansiedad y fobia social: Comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79(80), 9-21.
- Zucker, R., Donovan, J., Masten, A., Mattson, M. y Moss, H. (2008). Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*, 121(4), 252-272.



ANEXOS

ABREVIATURAS

APA	Asociación Psiquiátrica Americana
ASI	Índice de Sensibilidad a la Ansiedad
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BFNE	Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa
CAR	Conducta alimentaria de riesgo
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DE	Desviación estándar
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
EDAS	Escala de Detección de las Ansiedad Social
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FNE	Miedo a la Evaluación Negativa
FSC	Figuras de autoridad
IMC	Índice de Masa Corporal
MHP	Miedo a hablar en público
OMS	Organización Mundial de la Salud
SA	Sensibililidad a la ansiedad
SAS-A	Escala de ansiedad Social para Adolescentes
TAS	Trastorno de ansiedad social o fobia social
TCA	Trastorno de la conducta alimentaria
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RELACIÓN DE TABLAS

No. tabla	Nombre de la Tabla	Páginas
1.	Criterios diagnósticos del DSM – IV para la fobia social	9
2.	Criterios de la CIE – 10 para el trastorno por ansiedad social	10
3.	Hallazgos reportados por estudios neurocientíficos en ansiosos sociales	34
4.	Teorías psicosociales de las adicciones	93
5.	Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de anorexia nerviosa	105
6.	Criterios CIE-10 para el diagnóstico de anorexia nerviosa	106
7.	Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de bulimia nerviosa	108
8.	Criterios CIE-10 para el diagnóstico de bulimia nerviosa	108
9.	Discriminación de reactivos entre grupos con puntuaciones extremas.	143
10.	Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento Alfa de Cronbach Escala de Ansiedad Social para adolescentes	144
11.	Análisis factorial de la Escala de Ansiedad Social para la Adolescencia	145
12.	Análisis de discriminación de reactivos Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa	147
13.	Estadísticos de correlación y eliminación de elemento Alfa de Cronbach Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa	148
14.	Estructura factorial de la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa	149
15.	Discriminación de reactivos individuales subescala Evitación, escala EDAS	150
16.	Estadísticos de correlación y de eliminación del elemento Alfa de Cronbach subescala Evitación escala EDAS	147
17.	Análisis factorial subescala Evitación, escala EDAS	147
18.	Discriminación de reactivos individuales subescala Grado de Ansiedad o Nerviosismo	152
19.	Estadísticos de correlación y de eliminación del elemento Alfa de Cronbach subescala Evitación escala EDAS	153
20.	Estructura factorial de la subescala Grado de Ansiedad o Nerviosismo	153
21.	Discriminación de reactivos individuales subescala Grado de Interferencia en la vida cotidiana	155
22.	Estadísticos de correlación y de eliminación del Alfa de Cronbach subescala Grado de Interferencia en la vida cotidiana	155
23.	Estructura factorial subescala Grado de Interferencia en la vida cotidiana	156
24.	Medias y desviaciones estándar SAS-A, AUDIT y CAR	174
25.	ANOVAS simples por edad SAS-A, AUDIT, CAR comparaciones múltiples prueba Sheffé	175
26.	Diferencias en ansiedad social, consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo en función de las variables sociodemográficas	177
27.	Puntuaciones medias en consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales	180
28.	Efectos principales y de interacción para el consumo de alcohol	181
29.	Efectos principales y de interacción en la conducta alimentaria de riesgo	182

30.	Diferencias por edad en consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales	183
31.	Diferencias en el patrón de consumo de alcohol y conducta alimentaria de riesgo entre ansiosos y no ansiosos sociales	185
32.	Datos descriptivos y diferencias por sexo escalas Sensibilidad a la Ansiedad, Miedo a la Evaluación negativa y EDAS	200
33.	Diferencias edad de inicio ansiedad social, abuso de alcohol y conducta alimentaria de riesgo	202
34.	Relación entre variable predictoras	203
35.	Relación entre ansiedad social y subescala de Sensibilidad a la Ansiedad	204
36.	Relación entre variables predictoras y variables criterio	204
37.	Análisis de regresión logística abuso de alcohol	206
38.	Análisis de regresión logística conducta alimentaria de riesgo	208

**RELACIÓN DE FIGURAS**

No. Figura	Nombre de la Figura	Páginas
1.	Condiciones que se traslapan con el trastorno de ansiedad social	24
2.	Modelo de desarrollo de las fobias específicas, aplicado a la fobia social (Hoffman y Barlow, 2002)	41
3.	Modelo del Aprendizaje Vicario de Mineka y Zimbarg (2006)	43
4.	Modelo de Clark y Wells (1995)	45
5.	Modelo Cognitivo Conductual Integrado de Turk, Lerner, Heimberg y Rapee (2001)	49
6.	Modelo explicativo del trastorno de ansiedad social de Bados (2002)	52
7.	Modelo de Olivares y Caballo (2003)	55
8.	Dificultades interpersonales en la adolescencia de Inglés, Hidalgo y Méndez (2005)	73
9.	Distribución de los participantes por sexo	170
10.	Distribución por edad de los participantes	171
11.	Distribución por nivel educativo de los participantes	171
12.	Distribución por turno escolar de los participantes	172
13.	Distribución por actividades extracurriculares de los participantes	172
14.	Distribución por sexo actividades extracurriculares	172
15.	Distribución general y por sexo de la ansiedad social	173
16.	Distribución patrón de consumo de alcohol	174
17.	Distribución general y por sexo conducta alimentaria de riesgo	175
18.	Medias edad de inicio ansiedad social, abuso del alcohol y conducta alimentaria de riesgo	203

