

LA ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE ESTÁN CUMPLIENDO ALGUNA MEDIDA JUDICIAL FRENTE A LOS QUE NO LA ESTÁN CUMPLIENDO

Rita Romero Pulido

Facultad de Ciencias de la Educación

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La ansiedad social o fobia social es caracterizada como un miedo persistente ante una gran variedad de situaciones sociales. Se plantea como objetivo analizar los niveles de ansiedad social manifestados en una muestra de adolescentes según centro de procedencia, teniendo en cuenta si provienen de un centro de medidas judiciales o sin medidas judiciales. Entre los resultados obtenidos destacamos que los chicos y chicas de centro sin medidas judiciales evitan hablar en público frente a los chicos y chicas del centro con medida judicial. Por otro lado, se observa como los chicos de centro sin medidas judiciales tienen una mayor ansiedad de evitación frente a los chicos con medidas judiciales. Siendo los chicos con medidas judiciales los que muestran un mayor miedo a hablar en público. También, se ha obtenido que aparece mayor malestar y miedo en chicas adolescentes del centro de medidas judiciales.

Palabras clave: ansiedad social, fobia social, jóvenes, adolescentes, medidas judiciales

ABSTRACT

The social anxiety or social phobia is characterized as a persistent fear of a wide variety of social situations. The objective is analyze the levels of social anxiety manifested in a sample of adolescents according to the center of origin, taking into account whether they come from a center with judicial measures or without judicial measures. Among the results obtained, we highlight that the boys and girls of the judicial measures center avoid speaking in public in front of the boys and girls of the center with judicial measures. On the other hand, it is observed that the boys from the center without judicial measures have greater avoidance anxiety compared to the boys with judicial measures. Being the boys with judicial measures those who show a greater fear of speaking in public. Also, it has been obtained that greater discomfort and fear appear in adolescent girls from the center of judicial measures.

Key words: social anxiety, social phobia, youth, adolescent, judicial measures.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad social, o fobia social, se caracteriza “por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales, en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras” (García López et al., 2008, p. 502). Por lo tanto, el individuo con ansiedad social teme actuar de cierto modo o mostrar síntomas de ansiedad que podrían generar una evaluación negativa externa, y por ello, tiende a evitar muchas situaciones sociales o se expone a ellas sufriendo un intenso malestar y ansiedad. (American Psychiatric Association –APA-, 2014). Las personas con trastorno de ansiedad social creen que no pueden hacer frente con eficacia a las situaciones sociales y suelen ocasionar comportamientos de autoprotección (Romera et al., 2021).

Además, también contamos con la definición de Martín et al. (2019, p.10), que describe la ansiedad social como “un problema psicológico importante para entender el comportamiento interpersonal, que incluye el miedo a la evaluación negativa, evitación social general y específica a nuevas situaciones o personas” La ansiedad o fobia social se diagnostica por primera vez como un trastorno en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III), publicado en 1980 y definida como “un miedo persistente y el deseo de evitar situaciones en las que el individuo se expone a la aprobación de los demás” (American Psychiatric Association –APA-, 1980, p. 227).

Esta evitación social tanto generalizada como específica, muestra una relación bidireccional con vivencias de experiencias negativas en la relación entre grupo de iguales, considerándose un patrón desadaptativo. Como consecuencia de dicho patrón desadaptativo la ansiedad social puede influir negativamente en la calidad de comunicación entre pares, así como la mala comunicación entre pares puede contribuir a aumentar los síntomas y signos de ansiedad social (Bianchi et al., 2020).

Según diversos autores podemos distinguir entre dos tipos de trastorno de ansiedad social: el generalizado y el no generalizado. En cuanto a sus diferencias, el generalizado hace referencia a diversas situaciones sociales ocurridas con más frecuencia en la vida diaria, mientras que el no generalizado hace alusión a circunstancias más graves donde el individuo se siente incapacitado para hacerles frente (García López et al., 2008).

La etapa de la adolescencia es destacable por producirse varios cambios físicos, afectivos y psíquicos, generándose diversas transformaciones en lo que respecta al ámbito individual, familiar y social. Observamos que en este ciclo de la vida los adolescentes sienten la necesidad de tener una independencia y sentirse integrados con su grupo de iguales (Spitz et al., 2020). Por este motivo, y según otras investigaciones el trastorno de ansiedad social es uno de los más influyentes en la etapa de la adolescencia, afectando al 15,4% de los adolescentes (Marín-Ramírez et al., 2015).

Teniendo esto en cuenta, se percibe una vulnerabilidad de los adolescentes a la ansiedad social, viéndose ésta reforzada por las alteraciones y tareas relacionadas con la edad, como es el cambio de la imagen corporal, la redefinición de los roles sociales y la construcción de la identidad (Bianchi et al., 2020).

La ansiedad social se manifiesta sobre todo en niños, niñas y adolescentes de entre 8 y 15 años, siendo generalmente los 13 años la edad media de inicio. La fobia social comienza por situaciones de cohibición social o de timidez que ha sufrido una persona en la etapa infantil (Elizondo, 2016). Dicho trastorno repercute de manera negativa y significativa en el ámbito escolar, en el desarrollo personal y en las capacidades individuales de los jóvenes y adolescentes (Olivares Rodríguez et al., 2006).

Debido a que la ansiedad social está presente sobre todo en la etapa de la adolescencia, la victimización entre iguales es algo bastante común. Esta victimización podría ser tanto un factor como una consecuencia

de la llamada ansiedad social a la que me refiero a lo largo de esta investigación. La victimización es utilizada con el fin de intimidar o dañar física, verbal o relacionalmente a otra persona. Se puede decir que, la victimización fomenta la ansiedad social ya que, la victimización trae como consecuencias problemas psicológicos entre los que se encuentra; la ansiedad, los síntomas de depresión, la soledad y las conductas autolesivas (Romera et al., 2021).

Los trastornos de ansiedad son comunes durante la adolescencia en todo el mundo, y de cara al examen clínico, el diagnóstico de los trastornos de ansiedad se ha incrementado en las últimas décadas en individuos menores de 17 años. Las cifras han variado de tal forma que ha pasado de un 3,5% a un 4,1%; aproximadamente, 117 millones de niños y adolescentes de todo el mundo tuvieron proximidad de un trastorno de ansiedad, pero sólo cerca del 10% de sujetos entre las edades de 6 a 17 años son diagnosticados y padecen en la actualidad algún tipo de trastorno de ansiedad (Martinelli et al., 2018).

Es importante resaltar que la ansiedad social en adolescentes y jóvenes surge por varios motivos; uno de los más relevantes repercute en el ámbito familiar. En esta etapa tiene gran importancia que los adolescentes y jóvenes puedan contar con algún referente positivo con el fin de sentirse protegidos y seguros.

Por ello, es de extrema necesidad que los adolescentes se desarrollen en un buen ambiente familiar. Esto consiste en que los jóvenes y adolescentes cuenten con un apoyo o afecto emocional y buena implicación y exposición por parte de sus padres o tutores legales, con el fin de evitar que tengan dificultades en sus relaciones interpersonales. Es importante decir que un exceso de implicación y/o la falta de cariño por parte de los progenitores incentivan la ansiedad social de sus hijos (Espinoza Fernández et al., 2016).

Siguiendo a los diversos autores nombrados, la ausencia de apoyo o afecto personal, y la falta de implicación por parte de los refe-

rentes, aumentan de manera destacable los signos y síntomas de ansiedad social y evitación en los adolescentes. Teniendo en cuenta el impacto que posee la calidad de comunicación y apoyo emocional en la ansiedad social, el conocimiento sobre las habilidades sociales de los adolescentes con ansiedad social puede ser de primordial importancia (Bianchi et al., 2020).

Como toda enfermedad, la ansiedad social antes de ser diagnosticada como tal, tiene una serie de factores etiológicos, es decir, contiene diversas causas que fomentan el trastorno de ansiedad social. Entre esas causas se encuentran, en primer lugar, las que tienen que ver con reprimir la conducta y con el miedo a una valoración negativa de otras personas. En segundo lugar, están los factores ambientales, referidos a hechos traumáticos que ha vivido el adolescente. Para continuar, observamos la genética como otro de los factores que causan este trastorno. Por último, existen las causas neuroquímicas como otro de los elementos que fomenta la ansiedad social, esto se debe a que las personas que sufren este trastorno experimentan un aumento del neurotransmisor de la noradrenalina o adrenalina (Elizondo, 2016).

La detección y resolución oportuna de la ansiedad social es importante porque puede convertirse en problemas mentales más serios (Pontillo et al., 2017; Van Zalk y Tillfors, 2017). Cabe destacar que, en personas menores de 18 años, los síntomas deben haber permanecido como mínimo durante 6 meses para poder diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad o fobia social (López-Ibor et al., 2001).

Según otras investigaciones, la ansiedad social se manifiesta a nivel fisiológico, cognitivo y comportamental. El nivel fisiológico se refiere a las respuestas físicas que tiene el cuerpo, como por ejemplo (sudoración, palpitaciones, molestias gastrointestinales, mareos, rubor y temblores). En lo que respecta al nivel comportamental, hace referencia a la ausencia o no de la persona ante situaciones temerosas para la misma, esta ausencia

también puede ser a nivel cognitivo, ya que la persona puede evadirse mentalmente aunque físicamente siga estando presente (Camilli y Rodríguez, 2008).

Los factores nombrados anteriormente incentivan el trastorno de ansiedad social, y éste se manifiesta en los adolescentes de diferentes maneras. Según el DSM-IV, las personas que sufren de ansiedad o fobia social tienen las siguientes características. Cuando se encuentran en situaciones sociales que para ellos son embarazosas, sufren una preocupación excesiva por el miedo de que los demás le reconozcan como una persona poco cuerda. Además, cuando están expuestos a un público, sufren temblores o dificultad a la hora de hablar causada por el nerviosismo, lo que hace que tengan temor de que otras personas se den cuenta de dichas reacciones, por ello obvian cierto tipo de acciones, como comer o beber en público. Asimismo, la fobia social en individuos que la padecen se manifiesta también a través de palpitaciones, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento y confusión (López-Ibor et al., 2001).

La ansiedad social tiene una serie de consecuencias que influyen en el proceso de adaptación de los jóvenes y adolescentes, estas son (Olivares Rodríguez et al., 2006):

- Bajo rendimiento académico lo que puede derivar en abandono escolar e incluso absentismo.
- Desarrollar otros trastornos de ansiedad y/o del estado del ánimo.
- Dejar de tener un ocio saludable, es decir, comenzar a consumir sustancias nocivas para el cuerpo sin tener constancia de como repercute este al organismo.
- Afectar de manera negativa el tránsito a la vida adulta.
- Debido al aislamiento social, pueden aumentar los pensamientos y/o actos suicidas.

Uno de los tratamientos más fundamentales para trabajar con adolescentes con ansiedad social es la llamada Terapia Cognitivo-

Conductual. Ésta es “un enfoque de terapia de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio” (Camilli y Rodríguez, 2008, p.122). En este tipo de terapia, el terapeuta mantiene una relación cercana con el paciente. El profesional guía a los pacientes durante el proceso terapéutico con el fin de que el paciente obtenga nuevas habilidades sociales que le ayuden a abordar y experimentar aquellas situaciones que le producen el trastorno de ansiedad.

La Terapia Cognitivo-Conductual se compone de una serie acciones que lleva a cabo el terapeuta. En primer lugar, se encuentra la exposición, el elemento más utilizado en la terapia, que nos permite exhibir a la persona a situaciones que le causan la ansiedad social. En segundo lugar, se sitúa la reestructuración cognitiva. Esta fase del proceso se centra en lograr que el paciente sepa identificar e interpretar los pensamientos negativos que tiene antes, durante y/o después de las situaciones estresantes. En tercer lugar se ubica lo que se denomina relajación aplicada, donde los pacientes con ansiedad social utilizan métodos de relajación con el fin de soltar y relajar músculos en aquellos momentos en los que se encuentran ante situaciones temerosas. Por último, se encuentra el Entrenamiento en Habilidades Sociales, basado en incentivar las habilidades conductuales de los pacientes con el propósito de que obtengan más posibilidades de tener interacciones sociales efectivas (Camilli y Rodríguez, 2008).

Añadir que, los niveles de ansiedad social se manifiestan mayoritariamente a través de la evitación social general y específica. Esto explicaría que independientemente del centro de procedencia, aquellos adolescentes envueltos en situaciones y circunstancias similares y en emociones y ámbitos de la misma índole, van a manifestar de manera generalizada y amplia una evitación social y un retraimiento, considerándose una de las características más comunes y destacables de la ansiedad social y pudiendo incluso evitar buscar ayuda al temer ser rechazados de la sociedad por ello (McDonagh et al., 2022).

2. MÉTODO

El estudio que hemos desarrollado es de tipo transversal, con metodología de carácter cuantitativo. Los objetivos planteados están basados en las diferentes dimensiones de ansiedad social y en el análisis en las diferencias entre los adolescentes y las adolescentes que provienen de centro con medidas judiciales y los adolescentes y las adolescentes que provienen del centro sin medidas judiciales.

2.1 Objetivos

- **Objetivo general:** Analizar la ansiedad social en adolescentes de centros con medida y sin medida judicial.

1. (Objetivo específico 1º). Estudiar las dimensiones de la ansiedad social (evitación, ansiedad/malestar y miedo) según el tipo de centro de procedencia de los adolescentes.
2. (Objetivo específico 2º). Averiguar las dimensiones de la ansiedad social (evitación, ansiedad/malestar y miedo) en los adolescentes según el tipo de centro de procedencia.

3. (Objetivo específico 3º). Detectar las dimensiones de la ansiedad social (evitación, ansiedad/malestar y miedo) en las adolescentes según el tipo de centro de procedencia.

2.2 Participantes

Los participantes en la investigación forman una muestra incidental con adolescentes de ambos sexos, constituida por dos grupos de menores y jóvenes. Un primer grupo de 30 chicos y chicas adolescentes proveniente de un centro con medidas judiciales y un segundo grupo, de 30 chicos y chicas adolescentes y jóvenes que están en un centro sin medidas judiciales; todos ellos de Las Palmas de Gran Canaria. Y se refleja en las siguientes tablas.

De la Tabla 1 se puede observar como el mayor porcentaje de chicos y chicas que han participado en el estudio según la edad están en un 43,3% (con 16 años).

De la Tabla 2, se puede observar como el menor porcentaje de chicos y chicas que han participado en el estudio según la edad esta en un 20%, teniendo estos 17 años. En cambio el mayor porcentaje esta en un 46,7% teniendo estos/as 16 años.

Tabla 1: Chicos y chicas del centro con medidas judiciales que han participado en el estudio según edad.
(Centro de Medidas Judiciales = CMJ)

Sexo		Edad	15	16	17	18	Total
		chicos	Recuento	4	8	4	2
% del total	13,3%		26,7%	13,3%	6,7%	60,0%	
chicas	Recuento	3	5	3	1	12	
	% del total	10,0%	16,7%	10,0%	3,3%	40,0%	
Total	Recuento	7	13	7	3	30	
	% del total	23,3%	43,3%	23,3%	10,0%	100,0%	

Tabla 2: Chicos y chicas del centro sin medidas judiciales que han participado en el estudio según edad
(Centro sin Medidas Judiciales = CSMJ)

Sexo		Edad	15	16	17	Total
		chicos	Recuento	4	8	2
% del total	13,3%		26,7%	6,7%	46,7%	
chicas	Recuento	6	6	4	16	
	% del total	20,0%	20,0%	13,3%	53,3%	
Total	Recuento	10	14	6	30	
	% del total	33,3%	46,7%	20,0%	100,0%	

2.3 Hipótesis y principales variables en el estudio

La hipótesis que nos planteamos es que los adolescentes y jóvenes del centro con medidas judiciales tienen mayor ansiedad social que los adolescentes y jóvenes del centro sin medidas judiciales; siendo las variables: edad, sexo, centro de procedencia, evitación, ansiedad/malestar y el miedo.

2.4 Instrumento

Se ha utilizado la Escala para la Detección de la Ansiedad Social -EDAS- (Olivares y García-López, 1998) compuesta por 24 ítems dividida en tres subescalas: subescala de evitación, de ansiedad/malestar y de miedo.

2.5 Análisis de datos

El análisis se basó en estadística descriptiva y en la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney siendo el programa utilizado para analizar los datos el paquete estadístico SPSS versión 25.

2.6 Resultados

Se desarrollan teniendo presente el orden de los objetivos de la investigación.

En la Tabla 3 se refleja un p-valor $< 0,05$ significativo para la U de Mann-Whitney en la Dimensión evitación, para los adolescentes y las adolescentes que proceden del centro sin medidas judiciales. Además, la U de Mann-Whitney tiene un p-valor $< 0,05$ significativo en ansiedad/malestar y miedo para los adolescentes y las adolescentes que proceden del centro de medidas judiciales.

Según los datos de la tabla 4 el nivel de significación para la U de Mann-Whitney en la Dimensión evitación tiene un p-valor $< 0,05$ significativo para los chicos que proceden del centro sin medidas judiciales y el p-valor $< 0,05$ significativo en miedo para los chicos del centro con medidas judiciales.

Según los datos obtenidos en la Tabla 5 de la prueba U de Mann-Whitney el rango promedio ansiedad/malestar y miedo en las chicas del centro de medidas judiciales es significativo ($U=39,500 < 0,05$ y $U=19,500 < 0,05$).

3. DISCUSIÓN

En cuanto al primer objetivo específico, teniendo en cuenta las dimensiones de la ansiedad social según el tipo de procedencia, hemos observado que los chicos y chicas de los centros sin medidas judiciales evitan hablar en público frente a los chicos y chicas del centro con medida judicial. Observándose además que se da más ansiedad referido al miedo y el malestar en las chicas y los chicos adolescentes que provienen de centro con medidas judiciales, aunque en evitación son las chicas y los chicos adolescentes de centro sin medidas judiciales, datos que nos pueden indicar posibles consecuencias de adaptación según Olivares Rodríguez et al. (2006). Además, puede estar influyendo la calidad de la comunicación y el apoyo emocional tal y como nos lo indica Bianchi et al. (2020).

En relación con la muestra de chicos adolescente y el tipo de centro de procedencia, referente al segundo objetivo, podemos observar como los chicos de centro sin medidas judiciales tienen una mayor ansiedad de evitación frente a los chicos con medidas judiciales que tienen mayor miedo a hablar en público, estos datos pueden ir en la línea de Olivares Rodríguez et al. (2006). También he de añadir que puede aparecer la victimización llevando tanto a los chicos procedentes del centro sin medidas judiciales como a los que proceden del centro de medidas judiciales a problemas psicológicos como síntomas de depresión, soledad y conductas autolesivas reflejadas en las aportaciones de Romera et al. (2021).

Además, el objetivo 3, nos refleja que teniendo en cuenta las dimensiones de ansiedad social según las chicas adolescentes y el tipo de centro de procedencia, podemos observar que aparece mayor malestar y miedo en chicas adolescentes del centro de medidas judiciales, datos que van en la línea de interferir en el ámbito personal y escolar según Espinoza Fernández et al. (2016) ya que si no tienen un buen afecto y apoyo emocional por parte sus padres y/o tutores legales, pueden

Tabla 3: Visión de las dimensiones de ansiedad según el tipo de centro de procedencias de donde provienen los adolescentes.

	Centro	N	Rango promedio	Md	M	U	Sig.
Evitación	CMJ	30	24,25	2,8750	2,8542	262,500	,005*
	CSMJ	30	36,75	3,2500	3,1208		
	TotalL	60					
Ansiedad/ Malestar	CMJ	30	36,25	3,1250	3,0750	277,500	,010*
	CSMJ	30	24,75	2,9375	2,8167		
	Total	60					
Miedo	CMJ	30	43,32	3,0625	3,0500	65,500	,0001*
	CSMJ	30	17,68	2,3750	2,4000		
	Total	60					

Nota: CMJ= centro con medidas judiciales; CSMJ= Centro sin medidas judiciales; Valores de la escala: 1 = Nunca; 2 =Casi nunca; 3 = En ocasiones; 4 = Con frecuencia; 5 = Siempre; Md= mediana; M = media; U = U de Mann-Whitney. *. La U es significativa en el nivel < 0,05 (bilateral).

Tabla 4: Visión de las dimensiones de ansiedad según los chicos y el tipo de centro de procedencia.

	Centro	N	Rango promedio	Md	M	U	Sig.
Evitación	CMJ	18	11,92	2,7500	2,7778	43,500	,002*
	CSMJ	14	22,39	3,2500	3,2054		
	TotalL	32					
Ansiedad/ Malestar	CMJ	18	17,56	3,1250	3,0556	107,000	,462
	CSMJ	14	15,14	3,0625	2,9107		
	Total	32					
Miedo	CMJ	18	23,11	3,0625	3,0208	7,000	,0001*
	CSMJ	14	8,00	2,3750	2,3750		
	Total	32					

Nota: CMJ= centro con medidas judiciales; CSMJ= Centro sin medidas judiciales; Valores de la escala: 1 = Nunca; 2 =Casi nunca; 3 = En ocasiones; 4 = Con frecuencia; 5 = Siempre; Md= mediana; M = media; U = U de Mann-Whitney. *. La U es significativa en el nivel < 0,05 (bilateral).

Tabla 5: Visión de las dimensiones de ansiedad según las chicas y el tipo de centro de procedencia.

	Centro	N	Rango promedio	Md	M	U	Sig.
Evitación	CMJ	12	13,21	3,0000	2,9688	80,500	,469
	CSMJ	16	15,47	3,1875	3,0469		
	TotalL	28					
Ansiedad/ Malestar	CMJ	12	19,21	3,1875	3,1042	39,500	,008*
	CSMJ	16	10,97	2,8125	2,7344		
	Total	28					
Miedo	CMJ	12	20,88	3,0625	3,0938	19,500	,0001*
	CSMJ	16	9,72	2,5625	2,4219		
	Total	28					

Nota: CMJ= centro con medidas judiciales; CSMJ= Centro sin medidas judiciales; Valores de la escala: 1 = Nunca; 2 =Casi nunca; 3 = En ocasiones; 4 = Con frecuencia; 5 = Siempre; Md= mediana; M = media; U = U de Mann-Whitney. *. La U es significativa en el nivel < 0,05 (bilateral).

llegar a tener problemas en sus relaciones interpersonales, viéndose reflejados también posteriormente en sus futuras relaciones con el grupo de iguales tal y como señalan Bianchi et al. (2020).

Igualmente, señalar en relación a los resultados obtenidos de los tres objetivos de investigación que se ha de tener presente las aportaciones de Pontillo et al. (2017) y de Van Zalk y Tillfors (2017) ya que el abordaje y detección de la ansiedad social puede evitar problemas mentales bastante serios.

Por otro lado, hemos de añadir que nuestra hipótesis no se cumple ya que los adolescentes y las adolescentes que provienen del centro sin medidas judiciales también tienen niveles de ansiedad social. Por último, hemos de añadir que, aunque nuestra muestra no es representativa nos ha ayudado a conseguir los objetivos propuestos.

4 REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (text revision)*. DC: Author.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Médica Panamericana.
- Bianchi, D., Lonigro, A., Baiocco, R., Baumgartner, E. y Laghi, F. (2020). Social Anxiety and Peer Communication Quality During Adolescence: The Interaction of Social Avoidance, Empathic Concern and Perspective Taking. *Child Indicators Research* 49, 853-876.
- Camilli, C., y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Elizondo, Y. (2016). Trastorno de ansiedad social (fobia social). *Revista Medica Sinergia*, 1(4), 20-24.
- Espinoza Fernández, L., Muela, J.A., y García López, L.J. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 3(2), 99-104.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. D. M., y Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16(3), 501-533.
- López-Ibor Aliño, J.J., y Valdés Miyar, M. (2001). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson.
- Marín-Ramírez, A.H., Martínez-Díaz, G. J., y Ávila-Avilés, J.M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica* 26(1), 23-31.
- Martín, A. R., Cabré, R. B., y Neri, E. M. (2019). Ciberacoso y ansiedad social en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista de Psico-*

logía Clínica con niños y adolescentes, 6(1), 9-15.

- Martinelli, K., Cohen, Y., Kimball, H., y Miller, C. (2018). *Understanding anxiety in children and teens. 2018 Children's Mental Health Report*. <http://www.infocoponline.es/pdf/ANSIEDAD.pdf>
- McDonagh, C., Lynch, H., y Hennessy, E. (2022). Do stigma and level of social anxiety predict adolescents help-seeking intentions for social anxiety disorder? *Early Interv Psychiatry*, 16(4), 456-460. doi: 10.1111/eip.13197
- Olivares Rodríguez, J., Rosa Alcázar, A.I., y Piqueras Rodríguez, J.A. (2006). *Características de los adolescentes con fobia social*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=833
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998). *Escala para la Detección de Ansiedad Social*. Universidad de Murcia
- Pontillo, M., Guerrero, S., Santonastaso, O., Tata, MC, Avena, R., Vicari, S., y Armando, M. (2017). An overview of recent findings on social anxiety disorder in adolescents and young adults at clinical high risk for psychosis. *Brain Sciences*, 7(10), 1–9. <https://doi.org/10.3390/brainsci7100127>.
- Romera, E.V., Luque, R, Ortega Ruiz, R, Gómez Ortiz, O., y Camacho, A. (2021). Positive Peer Perception, Social Anxiety and Classroom Social Adjustment as Risk Factors in Peer Victimization: A Multilevel Study. *Psicothema* 34(1), 110116.
- Spitz, A., Winkler, C., y Steinhausen, H.C. (2020). Development of perceived familial and non-familial support in adolescence; Findings from a community-based longitudinal study. *Frontiers in psychology*, 11, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.486915>
- Van Zalk, N., y Tillfors, M. (2017). Co-rumination buffers the link between social anxiety and depressive symptoms in early adolescence. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.486915>