



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Secretaría de Salud

Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"

Residencia en Psiquiatría

Título: "Frecuencia de ansiedad social en adolescentes de tercer grado de secundaria, quienes cursaron sus primeros 2 años en línea por el confinamiento debido al COVID 19"

Fecha entrega: febrero 2024

Tesis presentada para obtener el grado de: Especialidad en Psiquiatría

Presenta:

Jorge Luis Paz Vásquez

Médico residente de cuarto año de psiquiatría

Correo electrónico: jorgepv364@gmail.com

CEL: 9511894107 Matrícula: 220650051



Director de tesis: Dra. Ana María Tello Granados

Asesor experto: Dr. Héctor Eduardo Pimentel Bolaños

Asesor metodológico:

Dr. Enrique Torres Rasgado

Jefa de enseñanza:

Dra. Laura Eréndira Gómez Mendoza

1 AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Quiero agradecer principalmente a mi familia que me ayudó en todo momento a alcanzar esta meta. A mi madre Yolanda y a mi padre Jorge Luis, que siempre recibí su apoyo, comprensión y motivación para alcanzar mis sueños. A mis hermanas Iveth, Nelly y Jenny, quienes siempre estuvieron presentes para apoyarme en todo momento. Gracias familia sin ustedes no hubiera podido alcanzar mis sueños. Quiero dar un especial agradecimiento a mi sobrina Belen, quien ha sido siempre mi impulso para lograr todo lo que he conseguido hasta este momento y ha sido una motivación muy importante para culminar este proceso. A todas esas personas y seres importantes que estuvieron presentes durante momentos difíciles, Hugo, Lint, Alaska y Kameron. Mi grupo de amigos incondicionales de la residencia, los Slytherins, ustedes saben quiénes son. A mis asesores, Dra. Tello, Dr. Torres y Dr. Pimentel, que gracias a su ayuda culminé satisfactoriamente este proceso. Finalmente, a mi jefa de enseñanza Dra. Laura, gracias por aceptarme en esta cede, por su apoyo y comprensión.

2 LISTA DE ABREVIATURAS

ANAS: Alto nivel de ansiedad social.

AS: Ansiedad social.

BNAS: Bajo nivel de ansiedad social.

DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 3ra edición revisada.

GAD 7: Escala para el trastorno de ansiedad generalizada.

MBNAS: Muy bajo nivel de ansiedad social.

MERS: Síndrome Respiratorio de Oriente Medio

MNAS: Moderado nivel de ansiedad social.

OMS: Organización mundial de la salud.

SARS-CoV2: Síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus de tipo 2.

SAS-A: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SPSS: Paquete estadístico para las ciencias sociales.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

3 LISTA DE TABLAS O GRÁFICOS

Cuadro 1: Variables del estudio	46
Cuadro 2: Características de SAS-A.....	49
Cuadro 3: Clasificación de la puntuación de SAS-A.....	50
Figura 1: Criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad social (fobia social)	21
Figura 2: Reactivos de escala de ansiedad social para adolescentes	49
Gráfica 1: Niveles de ansiedad social de la muestra de adolescentes encuestados.	55
Tabla 1: Características sociodemográficas, escolares, extracurriculares y personales de la muestra de adolescentes encuestados.....	54
Tabla 2: Relación entre variables estudiadas y los niveles de ansiedad social presentados por los adolescentes.....	57
Tabla 3: Relación entre variables de sexo y actividades extracurriculares de acuerdo con los niveles de ansiedad social.	59
Tabla 4: Relación entre variables de sexo y trabajo de acuerdo con los niveles de ansiedad social.....	60
Tabla 5: Relación entre variables de actividad extraescolar y trabajo de acuerdo con los niveles de ansiedad social.	61

4 RESUMEN

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha marcado a la humanidad en gran medida, provocando grandes cambios que afectaron vida diaria y la salud mental. La afectación ha sido amplia, especialmente para los jóvenes, con cambios en la rutina académica y restricciones sociales. Estudios han revelado un notable impacto psicológico, evidenciado en niveles elevados de ansiedad, depresión y estrés en la población general y estudiantes, enfatizando el vínculo entre la pandemia y la ansiedad social.

Este estudio aborda el impacto de la ansiedad social en adolescentes mexicanos, específicamente al regresar a clases presenciales después del confinamiento por COVID-19. Ante la escasez de investigaciones en este ámbito, se destaca la importancia de comprender cómo el aislamiento afecta las habilidades sociales de los jóvenes. El análisis se centra en la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, evaluando la frecuencia de ansiedad social en estudiantes de tercer grado que experimentaron clases virtuales en sus dos primeros años. Se realiza dicho estudio con la finalidad que los resultados proporcionen información valiosa para implementar estrategias preventivas y apoyar a los adolescentes afectados por la ansiedad social durante su retorno a la interacción presencial en la escuela.

Metodología: Se trata de una investigación descriptiva, observacional y transversal. La unidad de población fueron los alumnos de tercer año del turno vespertino, totalizando 156 adolescentes. La recopilación de datos se realizó a través de encuestas virtuales con la colaboración del profesorado y se obtuvieron los resultados mediante Microsoft Forms y Excel. El instrumento de medición utilizado en este estudio para determinar la frecuencia de ansiedad social es la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), adaptada por La Greca y López (1998). La escala ha sido validada en varios países, incluido México, con estudios que respaldan su confiabilidad y validez.

Resultados: El 59% presentó un alto nivel, mientras que el 12% mostró muy bajo nivel. Hubo asociaciones significativas entre la ansiedad social y el género, la participación en actividades extracurriculares y el trabajo durante el estudio. Se observó que las mujeres tenían más ansiedad social, los que participaban en actividades extracurriculares

presentaron menos ansiedad, y aquellas que trabajaban mientras estudiaban mostraron más ansiedad. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar la ansiedad social en el diseño de intervenciones, especialmente en relación con el género y la participación en actividades extracurriculares y laborales.

Discusión: Se analizan patrones observados, factores contribuyentes a los resultados y las implicaciones para la salud mental de los adolescentes. La muestra consistió en 155 alumnos de tercer año de secundaria, y se exploraron variables como el año de ingreso, número de hermanos, actividades extracurriculares, diagnósticos psiquiátricos previos, rendimiento académico, pérdida de familiares por COVID-19, estructura familiar, y la relación entre estas variables y la ansiedad social. Se destacan hallazgos relevantes, como la relación entre la participación en actividades extracurriculares y niveles bajos de ansiedad social, así como la asociación significativa entre empleo remunerado y niveles de ansiedad social en hombres. Además, se discute la complejidad de la ansiedad social en adolescentes, su diagnóstico y la importancia del diagnóstico oportuno en este periodo crítico de desarrollo.

Conclusiones: este estudio ofrece una perspectiva valiosa sobre la ansiedad social en adolescentes que regresaron a clases después del confinamiento por COVID-19. A través de la investigación con 155 alumnos de tercer año de secundaria, se identificaron patrones significativos, con un 74% mostrando niveles elevados o moderados de ansiedad social. Se destacan asociaciones relevantes, como la mayor propensión de las mujeres a niveles altos y la participación en actividades extracurriculares como factor protector, especialmente para ellas. Además, la presencia de empleo remunerado se relacionó con niveles más bajos, principalmente en hombres. Aunque no se establece causalidad entre empleo y ansiedad social, estos hallazgos sientan las bases para estrategias de detección temprana y enfoques que promuevan el bienestar emocional y el desarrollo social en esta etapa crucial de la vida.

INDICE

1	AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS	ii
2	LISTA DE ABREVIATURAS	iii
3	LISTA DE TABLAS O GRÁFICOS	iv
4	RESUMEN	v
5	ANTECEDENTES GENERALES	10
5.1	LA PANDEMIA POR COVID 19.....	10
5.1.1	Antecedentes históricos.....	10
5.1.2	Salud mental durante el confinamiento.....	13
5.2	LA ANSIEDAD DURANTE EL DESARROLLO	15
5.3	LA ADOLESCENCIA.....	17
5.4	LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES .	18
5.5	TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL	19
5.5.1	Antecedentes históricos.....	19
5.5.2	Conceptos y criterios	20
5.5.3	Epidemiología	22
5.5.4	Subtipos.....	23
5.5.5	Factores asociados y modelos explicativos	24
5.5.6	Diagnostico diferencial.....	27
6	ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	29
6.1	EL ESTRÉS Y SU IMPLICACIÓN EN LOS ESTUDIANTES.....	29
6.2	SUSPENSIÓN Y REGRESO A CLASES, IMPLICACIONES EN LA SALUD MENTAL.....	29
6.3	ANSIEDAD SOCIAL Y LA PANDEMIA	33
6.4	ANSIEDAD SOCIAL Y EL REGRESO A CLASES.....	34
7	JUSTIFICACIÓN:	35
8	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
9	HIPÓTESIS	38
10	OBJETIVOS	38
10.1	GENERALES.....	38

10.2	ESPECÍFICOS	38
11	MATERIAL Y MÉTODOS.....	39
11.1	TIPO DE ESTUDIO	39
11.2	UBICACIÓN ESPACIO/TEMPORAL	39
11.3	ESTRATEGIA DE TRABAJO	40
11.4	UNIDAD DE POBLACIÓN.....	41
11.5	CRITERIO DE ELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	41
11.5.1	Criterios de inclusión	41
11.5.2	Criterios de exclusión	41
11.5.3	Criterios de eliminación	41
11.6	DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	42
11.7	TAMAÑO DE LA MUESTRA	42
11.8	DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	42
11.8.1	Cuadro de variables	42
11.9	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	46
11.10	Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)	49
11.11	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	50
11.12	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
11.13	ANÁLISIS DE DATOS.....	51
11.13.1	Pruebas estadísticas	51
12	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	52
12.1	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA APLICADA.....	52
12.2	NIVELES DE ANSIEDAD SOCIAL OBTENIDOS EN LA ESCALA APLICADA	55
12.3	ANÁLISIS COMPLEMENTARIOS DE ANSIEDAD SOCIAL.....	56
13	DISCUSIÓN.....	63
14	LIMITACIONES	76
15	FORTALEZAS.....	77
16	CONCLUSIONES	78
17	PERSPECTIVAS	79
18	BIBLIOGRAFÍA	80

19	ANEXOS.....	87
19.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIANTES	87
19.2	CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES.....	88
19.3	FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	89
19.4	ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADOLESCENTES (SAS-A).....	90
19.5	AUTORIZACION DE IMPRESIÓN	91
20	LOGÍSTICA	92
20.1	RECURSOS HUMANOS	92
20.2	RECURSOS MATERIALES	92
20.3	RECURSOS FINANCIEROS.....	92
20.4	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	93

5 ANTECEDENTES GENERALES

5.1 LA PANDEMIA POR COVID 19

5.1.1 Antecedentes históricos

A lo largo de la historia, la humanidad ha sido víctima de diferentes epidemias y con ello de su propagación a través del mundo, para recordar un poco en el siglo XIV se presentó ante el mundo entero la Peste negra o Muerte negra, una pandemia causada por la bacteria *Yersinia pestis*, que afectó a toda Europa y Asia, siendo una de las enfermedades más devastadoras acabando con la vida de millones de personas en aquellos tiempos, posteriormente en el siglo XIX surgieron los brotes mortales del Colera, una enfermedad causada por la bacteria *Vibrio cholerae*, iniciando en Asia y extendiéndose al resto del mundo, provocando consecuencias devastadoras a lo largo de 6 años; tiempo después durante los años 80s dio inicio una de las epidemias que hasta la fecha continua siendo un problema de salud pública, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH/SIDA); durante la última década también se han presentado diferentes epidemias, una de ellas provocada por el virus del Ébola extendiéndose desde África convirtiéndose en la enfermedad hemorrágica más mortal de la historia, por otro lado tenemos a la epidemia causada por el virus del Zika cuyo brote dio inicio en Brasil afectando a toda Latinoamérica, por último a finales del año 2019 se dio a conocer un nuevo virus con una elevada morbilidad y mortalidad denominado COVID 19, el cual al poco tiempo se convirtió en una pandemia, teniendo graves repercusiones en la humanidad (1).

El COVID 19 pertenece a la familia de los Coronavirus, dicho grupo de patógenos eventualmente solo infecta a los animales, sin embargo, en algunas ocasiones tienen la capacidad de infectar a humanos y transmitirse mutuamente (1). Como se mencionó previamente, desde diciembre del 2019, en Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei en la República de China, se difundió la noticia del brote de una enfermedad causada por la infección del síndrome respiratorio agudo severo o grave 2 (SARS-CoV-2)

denominada COVID-19, una grave enfermedad causada por un nuevo tipo de coronavirus, que rápidamente se expandió a otros países, trayendo consigo un drástico cambio en la dinámica de las sociedades a escala global, pues para esa fecha ya se había extendido a 114 países en un lapso de 2 semana, infectando a más de 118 000 personas y provocando 4 291 muertes en tan poco tiempo (2).

Debido a esto la enfermedad por COVID-19 afectó en diferentes ámbitos la forma de interactuar desde los más jóvenes hasta los adultos mayores, obligando a las personas a modificar muchos aspectos en su vida tanto laboral, académica, social o económica. Las rutinas académicas cambiaron debido al cierre de las escuelas y tanto el ocio como las relaciones sociales se restringieron al interior de la casa (3).

En nuestro país, la secretaria de salud dio a conocer el primer caso importado de coronavirus el día 28 de febrero 2020, por lo que el Instituto Nacional de Salud Pública declaró a México en fase 1, siendo la etapa en la que el virus se introdujo al país por personas que contrajeron la enfermedad en el extranjero y desarrollaron la sintomatología al regresar a México, por lo que se tomaron las acciones necesarias para disminuir el contagio, implementando de manera inicial estrategias de difusión de información, enfocándose en reforzar las medidas básicas de higiene; al cabo de unos días el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la infección por COVID-19 se había convertido en pandemia mundial, solicitando a los gobiernos de todos los países que tomaran medidas urgentes y contundentes para frenar la propagación de dicho virus, pues presentaba una elevada tasa de morbilidad y mortalidad (3).

Conforme progresaba la pandemia, se logró identificar a los sectores de la población que eran más vulnerables de contraer la infección con los mortales desenlaces, dentro de estos grupos se encontraban los adultos mayores a 60 años, las personas con enfermedades crónicas tanto metabólicas, pulmonares o cardíacas principalmente, personas con inmunodepresión y niños menores a 5 años. Así mismo se dio a conocer que el tratamiento médico consistía en controlar la sintomatología, debido a que no existía un medicamento específico para su cura, recalcando la importancia de vigilar

aquellos pacientes que presentaran complicaciones respiratorias, pues en estos casos se necesitaría la hospitalización inmediata (3).

Para el día 24 de marzo de 2020, México fue declarado en fase 2, en la cual se presentó una dispersión del virus por todo el país, evidenciando para esta fecha un número de infectados en México de 405 casos confirmados y 5 muertes en tan solo pocos días, por lo que la secretaria de salud ante la inminente propagación del virus, aumentó las medidas de higiene y distanciamiento social, implementando otras medidas preventivas como las suspensión de clases en todos los niveles educativos, la prohibición de eventos masivos y acciones que requirieran la interacción entre varias personas como actividades laborales, religiosas, de entretenimiento y recreativas, fue entonces cuando dio inicio la fase de confinamiento voluntario. Durante este tiempo se observó que la población menor a 18 años que eran afectados por el COVID 19, podían presentar la infección tanto de forma sintomática como asintomática, favoreciendo que continuara la cadena de contagio, es por esto que se tomó la decisión de cerrar todos los centros educativos (3).

Posteriormente dio inicio la fase 3, declarada el día 21 de abril 2020 por la Secretaría de Salud, en donde se reforzaron las medidas de prevención, atención y control de la pandemia, agregando a las medidas indicadas en la fase 2, la suspensión de actividades no esenciales y el uso de filtros sanitarios a la entrada de cada establecimiento, como la medición de la temperatura corporal (3).

Fue así como se implementó en México una estrategia internacional de salud pública para detener la propagación del COVID 19, el confinamiento, que consistía en un aislamiento social y resguardo de las personas en sus hogares, trayendo consigo un cambio drástico en la vida cotidiana como se conocía hasta entonces, obligando a las personas a llevar a cabo nuevos estilos de vida dentro de los hogares a consecuencia de esta contingencia (3).

Como se describió previamente, la evolución de esta pandemia trajo consigo la limitación de actividades de primera necesidad, tales como: desplazamientos a centros laborales, reducción del transporte de viajeros, cierre de locales de actividades culturales, artísticas, deportivas, entre otras; pero dentro de todos estos cambios, se vio afectada la vida académica como se conocía hasta entonces, ya que dicha situación trajo consigo la

suspensión de la actividad escolar presencial para aproximadamente 138 billones de niños en todo el mundo, causando repercusiones en la salud mental de niños y adolescentes (Sánchez I. 2021) (2).

Debido a los cambios que provocó la pandemia y el confinamiento, iniciaron los estudios científicos en las diferentes naciones, pues se observó que el confinamiento durante las pandemias provocaba un alto impacto psicológico en los habitantes. Ko y colaboradores (2006) llevaron a cabo un estudio en Taiwán durante el brote de SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo), que se dio durante el año 2003, demostrando que la población que tenía falta de apoyo social, mayor repercusión económica y elevada vulnerabilidad ante el contagio, presentaban niveles más altos de depresión. Posteriormente durante el confinamiento en Corea del Sur, generado por el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio), Yoon y colaboradores (2016), evidenciaron en su estudio que sus participantes reflejaban mayor desesperación durante los primeros 9 días del confinamiento, seguido de niveles altos de ansiedad en los días 15 y 19 y finalmente sentimiento de enojo durante los días 20 al 31 (3).

5.1.2 Salud mental durante el confinamiento

La pandemia por COVID 19 indiscutiblemente trajo consecuencias notables en la salud mental de la población, reflejándose en el impacto negativo que trajo consigo el distanciamiento social y la restricción de las relaciones interpersonales de una forma evidente, provocando que trastornos del espectro de la ansiedad y depresión aparezcan o aumenten dependiendo del caso. Dichas situaciones han incrementado sentimientos que dificultan el bienestar psicológico de las personas, como el miedo o la incertidumbre, por un futuro poco panificable, esperando evidentemente un incremento en los niveles de ansiedad (4).

Regresando a la situación actual, se ha observado que el confinamiento ha tenido un alto impacto en el ámbito psicológico de la población, es por eso que iniciaron los estudios científicos, en donde Khan y colaboradores (2020) demostraron que el confinamiento en las personas provocaba que manifestaran ansiedad, crisis de pánico, trastornos del sueño, ira y desilusión. Por otras parte, Wang y colaboradores (2020), realizaron una

investigación en China durante la fase inicial del brote por COVID 19, en una muestra de 1210 participantes, evidenciando los siguientes porcentajes respecto a la salud mental, depresión (16.5%), ansiedad (28.8%), estrés (8.1%), en comparación con Huang & Zhao (2020) que identificaron la presencia de ansiedad en un 35.1%, depresión en un 20.1% y alteraciones en la calidad del sueño de un 18.2%, igualmente durante la primera fase del confinamiento. Por otro lado, Ozamiz-Etxebarria y colaboradores (2020), se propusieron determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en ciudadanos del norte de España, detectando que la población más joven del estudio entre 18 y 25 años, fueron los que presentaban niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión, en comparación del resto de grupos etarios (3).

En cuanto a la población estudiantil se han realizado múltiples estudios para valorar el grado de impacto que han tenido todos estos cambios en los jóvenes, muestra de ello es un estudio realizado en Lima, Perú, donde se revela una prevalencia de ansiedad durante la pandemia de hasta un 75.4%, utilizando el instrumento GAD-7 para cuantificar el grado de ansiedad generalizada, en jóvenes estudiantes de la carrera de medicina, resaltando que el síntoma predominante hasta en un 91.2% fue la preocupación patológica, seguida por la incapacidad para relajarse en un 82.5%, recalcando que la pandemia por COVID 19 constituye un factor primordial para el desarrollo de ansiedad en población estudiantil. Así mismo se identifica que hay una asociación estadísticamente significativa mayor en las mujeres, presentando una prevalencia de 72.1% en dicho estudio. Al abordar la edad, se detectó que en un 58.1% los participantes que manifestaron mayor ansiedad de leve a severa, fueron los participantes menores a 18 años, concluyendo que el mayor nivel de ansiedad se encontraba en el grupo más joven. Finalmente describen algunas variables que podrían ser de interés para futuras investigaciones, como el lugar de residencia, vivir con los padres, antecedente familiar o personal de infección por COVID 19 y afectación previa por trastornos emocionales como ansiedad y depresión (5).

Aunque el confinamiento fue necesario para retrasar la propagación de COVID-19, podría haber afectado el bienestar emocional de niños y adolescentes. Como indica una revisión reciente de estudios, las cuarentenas están asociadas con problemas psicológicos, como estrés, depresión y/o ansiedad (Morales A. Et al. 2021) (6). A lo largo

de la historia, en las últimas décadas, esta es la primera vez que ha ocurrido una pandemia y se ha implementado un cierre casi en todo el mundo, por lo que hay pocos estudios disponibles hasta la fecha que examinen el impacto en los jóvenes. En un estudio realizado después de 34 días de confinamiento en una muestra de niños en edad escolar reclutados de China, informaron síntomas de ansiedad y depresión (Xie et al., 2020). Dentro de los países occidentales, los padres observaron cambios de comportamiento y del estado emocional en sus hijos en las primeras semanas de encierro (Francisco et al., 2020; Orgilés et al., 2020), encontrando diferencias en función de su edad (7).

5.2 LA ANSIEDAD DURANTE EL DESARROLLO

El desarrollo humano no inicia desde el nacimiento, pues previamente durante el desarrollo intrauterino, se presentan factores endógenos y exógenos, que toman gran importancia dentro de los esquemas del desarrollo, estos estímulos en la etapa prenatal contribuyen a la gran variedad que existen dentro de los temperamentos de los recién nacidos, lo cual se visualiza en las grandes diferencias que se encuentran entre todos los lactantes. Por poner un ejemplo de las influencias sobre las características en la conducta de los recién nacidos, se ha evidenciado que el estrés maternos las modifica mediante la producción de hormonas suprarrenales (8).

Desde la vida intrauterina, el feto comienza a desarrollar conductas que va a necesitar para su adaptación en la vida extrauterina, es el motivo del porqué los bebés, tienen movimientos frecuentes desde el vientre, llegando a flexionarse, succionar su pulgas, extender su cuerpo, hasta adoptar la posición final con la que lograra salir del útero. Desde entonces los infantes comienzan a mostrar datos su temperamento futuro, llegando a describirlos como activos o pasivos desde antes del nacimiento (8).

Ya se había hablado previamente del estrés materno, sin embargo queda recalcar la importancia que tiene sobre el desarrollo y sus implicaciones, ya que cuando la madre tiene un proceso de estrés, llega a producir hormonas como la adrenalina, corticotropina y noradrenalina, las cuales llegan a producir cambios físicos en el cuerpo materno,

traduciéndose en conductas ansiosas en la madre, he aquí la importancia del estrés materno, pues se ha comprobado que aumentan las posibilidades de tener hijos con problemas como hiperactividad, irritabilidad, bajo peso al nacer, problemas en la alimentación o problemas en el sueño, aquellas madres que durante su embarazo estuvieron expuestas a niveles altos de ansiedad (8).

De acuerdo a la literatura, la vida emocional del lactante se ve expresada desde las 3 semanas de nacimiento, cuando llegan a imitar los movimientos faciales de sus progenitores o cuidadores dependiendo el caso, sin embargo, no es hasta los 3 o 4 meses cuando el cuidador provoca dichas conductas, siendo esta etapa la precursora de la vida emocional en el lactante. Desde entonces se comienza a crear un concepto clave que se denomina "apego", que se define como el vínculo que tiene la relación emocional y psicológica, entre el hijo y la madre (o cuidadores sea el caso). John Bowlby describe que el apego se desarrolla durante el primer año de vida, en donde la madre mantiene un contacto estrecho, cuando el niño se encuentra enojado, con miedo o angustiado. Es por eso que Mary Ainsworth describe que cuando una madre no logra captar las señales de angustia que tiene el niño, será muy probable que se vuelva un niño ansioso, confirmando que el buen desarrollo del apego, nos ayuda a evitar la ansiedad en los infantes durante los primeros años y a futuro (8).

El proceso de ansiedad entra dentro de la conducta emocional y social que tienen los infantes desde etapas tempranas, es por eso la importancia de describir la manera en que se presentan dichas emociones desde etapas tempranas. Se sabe que desde la etapa preescolar, los infantes evidencian y experimentan, emociones ya complejas como son el amor, los celos, la envidia y la adversidad, incluso previo al inicio del lenguaje oral. Sin embargo, estas emociones aún van a depender de eventos físicos, como el sueño, el hambre, la fatiga, entre otros, se dice que los infantes en esta etapa aún viven la vida de forma egocéntrica (8).

En cuanto a la ansiedad, los pequeños la experimentan relacionada a la pérdida de sus personas u objetos de apego, en donde puede centrarse desde su propia madre hasta algún objeto con gran carga afectiva, también una fuente generadora de ansiedad puede ser alguna lesión corporal, que perturbe su bienestar tanto físico como psicológico.

5.3 LA ADOLESCENCIA

En cuanto a la transición de la infancia a la adolescencia, durante esta última etapa, inicia la fase de las operaciones formales, en donde el pensamiento adquiere una manera más formal, simbólica, sistemática y más lógica. Durante esta etapa, los adolescentes comienzan a formular grandes cantidades de hipótesis o teorías posibles para explicar la mayor parte de eventos, sucesos o datos que les acontecen, iniciando con el pensamiento abstracto, el cual se torna de una forma diferente en la infancia respecto a los intereses que tienen los jóvenes, pues es donde voltean a ver temas específicos como la filosofía, la religión, la ética y la política (8).

Este pensamiento hipotético deductivo, permite a los jóvenes que tengan opiniones diferentes a lo que piensan padres, familiares o personas cercanas, con la cualidad que tienen de poner a prueba en la vida diaria, todas aquellas hipótesis o deducciones que se formulan en su día a día. Sin embargo, cabe mencionar que esta etapa no tiene una fecha específica o rango de edad específico para presentarse, pues no todos los adolescentes la presentan al mismo tiempo e incluso algunos puede quedarse toda su vida en el pensamiento de tipo operaciones concretas (8).

Se considera una etapa crítica en la vida humana, para la formación de la identidad, ya que es cuando los jóvenes luchan por su autonomía y el dominio de sus ideales, mediante la separación del vínculo paterno y materno, perteneciendo a grupos de contemporáneos para obtener sus necesidades sociales que les exige dicha etapa, al mismo tiempo que luchan por obtener una autoestima buena que frecuentemente es frágil, por lo que se vuelve a recalcar son más vulnerables a tener problemas psicológicos que la población adulta (9).

De acuerdo con reportes en la literatura, hasta un 66.7 % de los adolescentes han tenido en su vida al menos una adversidad y hasta un 50 % más de un evento, por lo que dentro de las adversidades más reportadas en este grupo de la población, son enfermedades en los padres en un 24%, dificultades económicas en un 22%, conflictos familiares en un 18% y alcoholismo paterno en un 17%, por lo que es necesario mencionar que la capacidad de resiliencia que deben tener los adolescentes debe ser grande para afrontar las diversas dificultades que se les pueda presentar, definiendo resiliencia como una

capacidad que tienen las personas para hacer frente a situaciones que requieren de alguna adaptación psicológica, social o neurobiológica, que provoquen un desequilibrio en el entorno. Llega a colación este tema, porque actualmente durante la pandemia, es más probable que los adolescentes vivan algún tipo de adversidad a mayor escala (10).

La adolescencia es un periodo muy importante en el desarrollo humano, es por eso por lo que se ha estudiado el impacto que han tenido en este sector de la población las catástrofes naturales, en un estudio donde monitorizan las secuelas del huracán Katrina en los adolescentes, encontraron que las mujeres manifestaron síntomas elevados de depresión y trastorno por estrés postraumático; 28 meses después se encontraron que continuaban con niveles altos de angustia por experimentar dicha catástrofe. Se sabe que la adolescencia es un momento crítico para el desarrollo de las capacidades sociales, de ahí la importancia de la necesidad de interacción con pares. Durante este periodo hay una transición del foco de atención, pues a diferencia de la infancia, en este momento los compañeros adquieren mayor influencia y gastan mayor de su tiempo con ellos, por lo cual, la asistencia a la escuela y redes de compañía, forman un principal factor protector frente a las alteraciones en la salud mental (11).

5.4 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los trastornos de ansiedad son padecimientos que se encuentran entre los más comunes durante la infancia y la juventud, ya que afectan a un 10% a 20% de los niños y adolescentes (Sadock, B. Et al. 2017). Estos padecimientos se presentan como una respuesta excesiva ante la percepción de amenazas o peligros, provocando una excitación emocional y psicológica recurrente, que se ve expresada mediante un amplio espectro de síntomas. Durante la adolescencia dichos síntomas nos predicen una serie de problemas psicológicos, que, al conjuntarse, pueden reflejarse mediante otros trastornos de ansiedad, ataques de pánico y trastornos depresivos. Hablando específicamente de los trastornos de ansiedad los que se han reportado con más frecuencia en los jóvenes incluyen el trastorno de ansiedad por separación, ansiedad generalizada, ansiedad social y el mutismo selectivo. Para esclarecer un poco más sobre el tema, se puede recalcar que la gama de trastornos ansiosos, los podemos clasificar

dependiendo de diferentes situaciones, desde los eventos que los desencadena, la manera en que los pacientes la viven o experimentan, y la evolución que tiene el padecimiento (8).

5.5 TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

5.5.1 Antecedentes históricos

Desde los años ochenta se ha presentado el auge en el estudio, del origen y tratamiento de los trastornos de ansiedad, iniciando por estudiar los trastornos de pánico, estrés postraumático y del tipo obsesivo compulsivo, sin embargo, no fue hasta la década de los noventa cuando hubo un progreso mayor en el abordaje de dichos trastornos, considerando los trastornos de ansiedad como un grupo específico de esa época (12).

En cuanto a la ansiedad y fobia social, recibieron la atención de los investigadores hasta el año de 1985, cuando Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, publicaron un artículo donde retoman la importancia de dicha ansiedad social, titulado “*Fobia social: revisión de un trastorno de ansiedad olvidado*”, desde entonces comenzaron a investigar más profundamente al respecto, señalando en 1994 de acuerdo con los resultados de la encuesta nacional de comorbilidad, la cual fue la primera encuesta en investigar sobre el campo de la psiquiatría, donde reportaron que la fobia social se situaba en el segundo lugar de los trastornos mentales más frecuentes en población estadounidense (12).

Desde que se funda la Asociación Americana de los Trastornos de Ansiedad en 1980, se plantean como su misión principal la promoción en la prevención y el tratamiento de los trastornos ansiosos con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen dichos trastornos, incluyendo sus características específicas, dentro de ellas, la fobia social, para que exista una mejor aceptación en quienes lo padecen (12). Es importante mencionar que desde el DSM-III-R, no se han modificado los criterios (13).

5.5.2 Conceptos y criterios

En cuanto al trastorno de ansiedad social o fobia social como se denomina comúnmente, se ve presente cuando los niños experimentan un gran malestar ante situaciones sociales, que desencadenan en ellos un miedo irracional a ser humillados o examinados públicamente, manifestando llanto frecuente, conductas evitativas y alteraciones psicomotoras como quedarse paralizados o sin palabras, por lo que ante las diferentes situaciones donde los niños o adolescentes se sientan vulnerables en cuestiones sociales, provocaran sentimientos de ansiedad o miedo, causando evitación de las mismas. Un punto importante para mencionar, es que la sintomatología no solo se provoca con la presencia de adultos, sino también con pares, reflejando implicaciones importantes que causan una gran disfunción en las diferentes esferas del menor, llegando a causar abandono escolar, poca satisfacción con las actividades recreativas, baja productividad en el trabajo a un futuro y altas posibilidades de no tener pareja en la vida adulta (8).

El Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales, nos menciona que es una miedo intenso ante las situaciones en donde el individuo puede llegar a sentirse analizado por otras personas, especifica que en los niños, este malestar debe estar presente no solo con los adultos, sino también con iguales. Al exponerse ante estas situaciones, las personas tienen miedo a ser evaluados negativamente, manifestando un miedo a ser catalogado como ansioso, débil u otros adjetivos peyorativos. En cuanto a los síntomas físicos provocados por el malestar, el individuo tiene miedo de que las demás personas se percaten que las padece como la sudoración, temblor, rubor, entre otras. Incluso pueden ser temerosos ante situaciones donde se pueda malinterpretar llegando a ofender a otras personas y en consecuencia los rechacen (14).

Como parte de los criterios clave, las situaciones sociales casi siempre les van a causar miedo o ansiedad, llegando a manifestar ansiedad anticipatoria, al preocuparles eventos próximos a suceder, incluso aunque falten días o semanas. El DSM recalca que, en los niños, estas molestias a veces se manifiestan mediante llanto, pantaletas, dificultad para hablar, parálisis, entre otras. En ocasiones, los eventos sociales los pueden llegar a

soportar a consecuencia de padecer intensa ansiedad o malestar. Finalmente llegan a tener conductas evitativas de los eventos sociales, llegando a poner excusas o pretextos, y el miedo o malestar provocado es desproporcionado al riesgo real que conlleva la situación implicada (14). En la imagen siguiente se comparten los criterios proporcionado en el DSM 5, con finalidad de mayor claridad y por ser más didáctico (14).

Figura 1: Criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad social (fobia social)

Trastorno de ansiedad social (fobia social)	300.23 (F40.10)
Criterios diagnósticos	
A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).	
Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.	
B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).	
C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.	
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.	
D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.	
E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.	
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.	
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.	
I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.	
J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.	
<i>Especificar si:</i>	
Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.	

Nota: Criterios tomados de DSM 5 (14).

5.5.3 Epidemiología

Dependiendo de los instrumentos diagnósticos que se utilicen y de grupo etario que se encueste, la prevalencia en los trastornos de ansiedad disipa de una bibliografía a otra. Sin embargo, se sabe que, en los niños y adolescentes, la prevalencia de dichos trastornos oscila entre el 10% y el 27% a lo largo de la vida. De acuerdo a la encuesta epidemiológica *Preschool Age Psychiatric Assessment*, en donde se utilizó la Evaluación psiquiátrica en edad preescolar, se manifestó que de todos los niños evaluado, un 9,5% manifestaba los criterios necesarios para ser diagnosticado con algún trastorno de ansiedad, en donde dentro de esa muestra un 2,2% de los niños encuestados, cumplía los criterios de ansiedad social (8).

Otras fuentes bibliográficas reportan que el trastorno de ansiedad social es una afección que padece el 4% de la población mundial, presentando una evolución crónica, con elevadas tasas de comorbilidad y asociado principalmente a déficits en el rendimiento escolar. Se habla que la mayoría de las personas ha experimentado ansiedad social, siendo una respuesta normal y adaptativa ante situaciones estresantes, sin embargo, adquiere su forma patológica cuando se presenta el miedo a ser evaluados de forma negativa reforzándose mediante conductas de evitación, que a la vez afecta la calidad de vida (15).

Finalmente, el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, destaca que en población americana la prevalencia anual en la población en general se encuentra del 7 % en un aproximado, comparado con la población europea, donde la prevalencia media es del 2.3%. Se destaca que, en la población estudiada, los indígenas americanos presentan mayor prevalencia a diferencia de personas de origen asiático, latino y afroamericano, quienes expresan menores niveles. Referente a la población infantil y adolescente, la prevalencia es similar que en los adultos, reportando que tiene una relación indirectamente proporcional con la edad. Nos marca una cifra anual para adultos del 2 al 5%. En cuanto a las diferencias de género, se aprecia que las mujeres tienen cifras más altas en comparación con los hombre, con un odds ratios que va desde 1.5 al 2.2, siendo más evidente de los adolescentes y adultos jóvenes (14).

5.5.4 Subtipos

Desde la existencia del DSM-III-R surgió un subtipo de fobia social de tipo generalizado, que se caracteriza por malestar ante la mayoría de eventos sociales. A partir de entonces se inició la investigación al respecto, demostrando diferentes estudios que existen dos subtipos de ansiedad social, uno de ellos se denomina generalizado y el otro no generalizado, posteriormente se redefinieron dichos subtipos, cambiando por específica y generalizada. La fobia social específica se presenta cuando estímulos en específicos son los productores de la ansiedad, como comer o beber en público, entre otras, mientras que la fobia social generalizada se presenta ante un gran número de situaciones sociales, en donde la ansiedad se presenta con la mayoría de las interacciones con otras personas, sin enfocarse a diferentes situaciones específicas. Interpretando dichos conceptos, se puede entender que en la fobia social específica el miedo se encuentra relacionado con la forma de actual de la persona que la padece, mientras que en la fobia social generalizada, la ansiedad se presenta por las relaciones interpersonales (13).

Se ha intentado diferenciar los dos tipos para la comprensión mejor de su evolución, sin embargo, ambas formas tienen similitudes como la edad de aparición, la asociación que tiene con historia personal de fobia social en la familia y ciertas variables demográficas como mayor frecuencia en población nativa americana, a diferencia de latinos o afroamericanos. Por otra parte, se ha identificado que la del tipo generalizada tiene un inicio a edades más tempranas, está relacionada con bajo nivel escolar y mayor asociación con síntomas depresivos (13).

Son diferentes las repercusiones que tienen ambos subtipos de ansiedad social en las personas que la padecen, pues el tipo generalizado se relaciona como mayor afectación en la vida personal y mayor grado de severidad. Se ha planteado también, que la diferencia de ambos subtipos se encuentra en la cantidad de episodios que presentan las personas, pero siendo reflectivos al respecto, podríamos deducir que la mayoría de los sujetos que la padecen se incluirían en la del tipo no generalizada, ya que se presenta con mayor frecuencia un solo miedo específico que muchos más. Actualmente existe una discusión referente a esclarecer la diferencia entre ambos subtipos, sin embargo, el

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, no se ha involucrado lo suficiente para lograr resolver dichas interrogativas (13).

5.5.5 Factores asociados y modelos explicativos

Durante el desarrollo de los adolescentes, experimentan cambios cerebrales, que están relacionados con el aprendizaje de las habilidades sociales sutiles, siendo la sustancia blanca y gris del cerebro, las que participan en dichos procesos (8).

La etiología de la fobia social es producto de múltiples vías que implican los sistemas que controlan las respuestas al miedo en los humanos, como es la corteza prefrontal y temporal, además se encuentran relacionados también las conexiones con la amígdala y el hipocampo, lo cuales influyen en la producción de noradrenalina. Se ha identificado que el tronco cerebral en especial la zona del locus coeruleus (denominado mancha azul), son los que controlan los síntomas ansiosos, específicamente el sistema límbico es la zona responsable de la ansiedad anticipatoria. En cuanto a las conductas de evitación son responsables los lóbulos prefrontales y cortex prefrontal (16).

En la literatura existen diferentes modelos que explican la aparición de la fobia social, sin embargo, se describirán los tres más relevantes hasta el momento, siendo el modelo de Barlow, el modelo de Clark y Wells, y el modelo de Rapee y Heimberg. Es importante conocer dichas explicaciones no solo para entender el origen, si no también para lograr planificar métodos de tratamiento eficaces tanto psicológicos, como medicamentosos.

Dentro del primer modelo de Barlow, manifiesta que los humanos por naturaleza desde la evolución, tienden a tener mayor sensibilidad a la desaprobación de terceros y por consiguiente a la crítica, a pesar de eso, no todas las personas desarrollan en su vida algún evento de fobia social, aunque es una cuestión evolutiva, lo cual se deba a que no todos tienen la predisposición biológica y psicológica para ser vulnerables ante las situaciones estresantes, en esta caso relacionadas con cuestiones interpersonales (17).

Dentro de este primero modelo se distinguen tres vías para adquirir el padecimiento. En primer lugar, establece la posibilidad de una vulnerabilidad biológica de carácter hereditario, en donde el sujeto muestra tendencia a ser inhibido ante situaciones

sociales. En segundo lugar, se presenta asociación con el estrés personal, donde lo denominan estar *bajo tensión*, en donde la causa de la fobia social se ve precipitada por la predisposición a padecer ataques de pánico cuando se encuentra ante situaciones estresantes (los autores lo consideran una falsa alarma), entonces la fobia social se presenta ante el miedo de padecer ataques de pánicos en situaciones sociales donde pueda ser juzgado la persona que lo padece. Finalmente, la última explicación se asocia a haber experimentado un trauma social real en el pasado, lo cual genera una alarma verdadera según los autores, causando o provocando una ansiedad de tipo condicionada ante situaciones iguales o parecida, de acuerdo a los modelos de estudio cognitivo conductuales. En cualquier situación se produce una alarma aprendida, ya sea falsa o verdadera que condiciona los síntomas ansiosos ante cuestiones sociales (17).

Retomando el tema de los subtipos de ansiedad social, este primer modelo explicativo propone que la fobia social de tipo específica se crea más comúnmente a través de una alarma verdadera, lo que quiere decir, algo aprendido, algo vivió previamente o algún trauma pasado que haya provocado un sentimiento de repulsión hacia eventos parecidos específicamente. Mientras que el subtipo generalizado, comúnmente se puede dar sin la presencia de una alarma verdadera, es decir que existe un miedo asociado a situaciones de evaluación social (17).

Para concluir con el modelo de Barlow, se recalca la importancia del modelo cognitivo conductual, donde salen a relucir los pensamiento negativos que son automáticos e irracionales, los cuales se presentan ante las diferentes situaciones sociales, haciendo que el nivel de ansiedad incremente, provocando una disfuncionalidad de la personas ante estas situaciones, teniendo una gran repercusión en el rendimiento cognitivo. Los pensamiento negativos más comunes que presentan las personas que padecen fobia social, son de tipo evaluativos hacia su persona como “pensaran que soy inútil”, también hacia la forma en que hacen las cosas como “No voy a poder exponer, me va a temblar la voz”, entre otras (17).

Por otro lado, se encuentra el modelo de Clark y Wells, el cual explica el proceso describiendo primero que es lo que pasa cuando una persona con este trastorno se enfrenta a una situación temida y después describe que pasa antes y después que la

persona se enfrenta a dichas situaciones. También retoma teorías del modelo cognitivo conductual, donde menciona que las personas que padecen fobia social, presenta un gran número de creencias sobre sí mismas y del mundo social al que se enfrentan, dentro de estas creencias o supuestos, se identifican tres tipos principales, el primer supuesto, esta relacionado con exigencias que se ponen ellos mismos hacia su actual social (debo ser muy hábil en todas la situaciones, siempre tengo que decir algo interesante, etc.); la segunda clase de supuestos, tiene que ver con condiciones sobre las consecuencias que tiene las forma en que actúan en el medio social (si no lo hago bien, dirán que soy tonto, si no hablo, dirán que soy aburrido, etc.); finalmente el último tipo de supuestos, esta relacionado con la forma negativa en que ellos se perciben (soy aburrido, soy inútil, etc.). Esta clase de creencias son importantes porque influyen en la forma que ellos perciben la situación social como algo peligroso y se predispongan a fallar o a percibir señales inofensivas como signos de devaluación por los demás (17).

Cuando las personas que padecen esta situación se perciben en peligro de una evaluación negativa por terceros, comienzan a observarse y monitorizarse ellos mismos, lo cual interfiere en la manera que se muestran a los demás y lo que los demás piensan de ellos, formándose una imagen alterada de como otras personas los perciben, comenzando un ciclo vicioso, evidenciando que la mayoría de sus miedos, son autogenerados, por lo que cualquier evento que perciban como peligroso de una devaluación, comenzara a presentarse sus creencias disfuncionales (17).

Este segundo modelo, describe que estas personas manejan conductas de seguridad, para intentar prevenir o minimizar las consecuencias que temen. Dichas actitudes se pueden presentar mediante conductas como evitar el contacto visual o evitar acudir a las reuniones, o también como procesos cognitivos por ejemplo aprender de memoria lo que va a decir en determinada situación. Sin embargo, dichas actitudes pueden iniciar o incrementar los síntomas que intentan evitar, por ejemplo, cruzar los brazos para que no visualicen el sudor, causa que aumente la sudoración, incluso algunas actitudes atraen la atención de terceros e influye que se intensifique el malestar (17).

Para terminar de describir este segundo modelo, se describe que las personas que padecen fobia social, su malestar comienza desde que repasan todo lo malo que pudiera

pasar al entra en una situación temida. Esto influye significativamente, porque pueden ser dominados por recuerdos pasados de fracasos en otras situaciones similares, imágenes de sí mismos negativas o predicciones sobre un rechazo de las personas o una mala actuación social. Inician con una auto focalización, con predisposición a fallar provocando que pasen por alto cualquier señal de éxito (17).

El tercer y último modelo de Rapee y Heimberg, describe que la timidez, la fobia social y la personalidad evitativa tienen una gran relación, pues las personas fóbicas sociales creen que los terceros son muy críticos y que los devalúan fácilmente, dándole mucho peso a que otras personas los evalúen de una forma positiva. Cuando una persona entra a una situación social, se forman una imagen mental de su apariencia externa y su conducta, dicha representación de sí mismo, está el origen en experiencias pasadas, en señas internas como las señales fisiológicas y en percepciones externas, como la respuesta que tiene el público. Además, al mismo tiempo comienza a realizar predicciones, comparando la imagen mental de sí mismo, con lo que quiere que pase o lo que está sucediendo. Por lo que, si la persona evalúa que su forma de actuar se encuentra por debajo del estándar del público, es evidente que espere una evaluación negativa por las otras personas, desencadenando la sintomatología clásica (17).

5.5.6 Diagnostico diferencial

Dentro de los diagnostico diferenciales que debemos tener en cuenta, se encuentra como primer punto la timidez normal, que es un rasgo de personalidad pero no patológica por sí sola, pero hay que estar bien alertas y no dejar pasar por alto cuando una persona se considera tímida solamente, ya que en estados unidos el 12 % de las personas que se identifican solamente como tímidas, cumplen criterios para fobia social, ya que la timidez que consideran como normal, llega a provocar disfunción en las diferentes áreas de su vida, presentando al mismo tiempo otros criterios diagnósticos (14).

Otros diagnósticos a tomar en cuenta son los que pertenecen al espectro ansioso, el primero de ellos es la agorafobia, en donde comparten este miedo y evitan las situaciones sociales, pero la diferencia radica en el motivo, ya que, en la agorafobia, temen que sea difícil escapar o contar con ayuda, además en la fobia social, hay mejoría

si se quedan solas, mientras que en la agorafobia incrementa los síntomas. Otro diferencial es el trastorno de pánico, que sí bien un ataque de pánico puede estar presente en una crisis de una persona fóbica social, en el trastorno de pánico la preocupación se enfoca en la crisis como tal. En el trastorno de ansiedad generalizada puede preocupaciones del desempeño social, pero se acompañan de otras situaciones no relacionadas con el comportamiento social. En la ansiedad por separación la característica principal es el miedo a separarse de las figuras de apego, sean situaciones sociales o no. En la fobia específica, pueden compartir el miedo o la vergüenza a ser humillados por el malestar que provoca la fobia ante multitudes, pero no presentan temor ante otras situaciones sociales. En el mutismo selectivo pueden compartir el malestar a hablar en situaciones sociales por miedo a la evaluación negativa, pero en otras situaciones los niños con mutismo selectivo que no se requiera de hablar, se desenvuelven normalmente (14).

Hablando de otros diagnósticos no pertenecientes a la categoría de ansiedad, se presenta el trastorno depresivo mayor, donde comparten la preocupación por la evaluación negativa, pero por las ideas de minusvalía que presentan, sintiendo que son malos o que no son dignos de aprecio. En el trastorno dismórfico corporal presenta ansiedad social y evitación, pero solo está relacionada con su percepción física. El trastorno del espectro autista comparte la ansiedad social y déficit en la comunicación, pero los individuos fóbicos sociales llegan a tener relaciones sociales adecuadas para la edad y buena capacidad para la comunicación (14).

Finalmente existe controversia en diferenciar una ansiedad social de un trastorno de personalidad evitativa, en donde las personas evitativas se sabe que su malestar se enfoca al patrón de inhibición social secundario a sentimientos de inferioridad o hipersensibilidad a ser criticados negativamente, presentando un patrón de evitación más extenso, no solo delimitado a contextos sociales, mientras que en la fobia social, el malestar o sufrimiento es generado por la disfunción que provoca en las actividades cotidianas que implican una interacción interpersonal (18).

6 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

6.1 EL ESTRÉS Y SU IMPLICACIÓN EN LOS ESTUDIANTES.

El estrés se define como una respuesta psicológica, emocional y fisiológica que tiene el cuerpo humano al tratar de adaptarse a los diferentes cambio internos y externos al organismo; no solo situaciones negativas o complicadas, si no también eventos positivos que generan un gran cambio o requieren un gran esfuerzo de adaptación. Se menciona que el ambiente escolar, lo cambios de año, los cambios de escuela, de grupo o de compañeros, son procesos que requieren mayor esfuerzo de adaptación por parte de los estudiantes, provocando diferentes niveles de estrés. En diferentes estudios han mencionado que la prevalencia del estrés académico que viven los jóvenes se encuentra determinada por una serie de factores, dentro de los cuales destacan las sobrecarga académica, los procesos de evaluación, la excesiva cantidad de horas en clase y poco tiempo de estudio o para poder realizar trabajos (19).

Se ha identificado tres momentos donde se presenta el estrés en los estudiantes. El primero se evidencia cuando el conjunto de exigencias y demandas académicas son percibidas como demandantes. El segundo momento se manifiesta mediante síntomas físicos como insomnio, fatiga, cefaleas, entre otros; síntomas psicológicos como inquietud, ansiedad, depresión, preocupación o irritabilidad; y alteraciones conductuales como síntomas oposicionistas, aislamiento, entre otras. Finalmente, el tercer momento inicia cuando existe un desequilibrio en los múltiples sistemas del estudiante (familia, amigos, escuela), necesitando adoptar estrategias de afrontamiento para restaurar el equilibrio perdido (19).

6.2 SUSPENSIÓN Y REGRESO A CLASES, IMPLICACIONES EN LA SALUD MENTAL

El diario oficial de la federación en su comunicado en el acuerdo número 02/03/20, informan que, durante el periodo comprendido del 17 al 23 de marzo, las escuelas de grado preescolar, primaria y secundaria inician las medidas de contención, solicitando a los padres evitar llevar a sus hijos cuando presenten algún síntoma sugestivo de COVID

19. Las actividades académicas quedaron suspendidas de acuerdo con el diario oficial de la federación, el día 23 de marzo del año 2020, para las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, medio superior y superior, quedando restringidas el acceso a las aulas, el contacto con compañeros, con maestros y el apoyo académico (20).

En un inicio la estrategia de suspender las clases presenciales fue adelantar las vacaciones de semana santa, reanudando el 20 de abril, siempre y cuando hubiera las condiciones oportunas para el regreso a clases, sin embargo, debido al alto grado de contagio, las escuelas permanecieron cerrada durante 44 semanas, siendo México uno de los países con un periodo más prolongado del cierre escolar en comparación con otros países. Durante este periodo, la secretaria de educación pública adopto estrategias de aprendizaje a distancia, ayudándose del apoyo televisivo, con un programa denominado "Aprende en casa". Por otra parte, pese a dichas estrategia, muchos alumnos no concluyeron el ciclo escolar 2019-2020, encontrando las siguientes principales razones: Perder el contacto con maestros o dificultad para hacer las tareas en un 28.8%, dificultades económicas en un 22.4% y el cierre de la escuela como tal en un 20.2 %, identificando el confinamiento con un factor de riesgo en el bienestar de los estudiantes mexicanos (21).

Este cambio en las rutinas escolares que trajo consigo la pandemia, significó para los estudiantes, un proceso fuerte de adaptación, ya que algunos no contaban con acceso a educación a distancia, alimentación, problemas secundarios a la pérdida del contacto físico con sus compañeros y maestros, dificultad para realizar actividades deportivas o pasatiempos, lo cual provocó que salieran a relucir diferentes factores individuales en los jóvenes, como las características del temperamento, los antecedentes que tenia de eventos de adversidad, formas de afrontamiento y resiliencia, lo cual en conjunto, establecen la forma en que los estudiantes afrontaron dicha amenaza (22).

Al regreso escolar, las instalaciones lucían y se sentían de una manera diferente, pues se requería de un distanciamiento físico entre la comunidad estudiantil, dentro de las mismas medidas se solicitaba equipo de protección por persona, como cubrebocas, mascarillas, etc.; debido a estos cambios, el rendimiento académico, las relaciones

sociales y el bienestar en general de niños y adolescentes se vio afectado (23). Por lo mismo se reporta en un estudio canadiense realizado en jóvenes de 10 a 17 años, que las consecuencias más frecuentes del cese escolar, era un sentimiento constante de aburrimiento (71%), extrañar a sus amigos (54%), sentirse desmotivados frecuentemente (60%) y en general reportan disgusto importante del aislamiento social (57%) (24).

Retomando el impacto que tuvo el confinamiento asociado a los protocolos específicos de contención, se identificó que dichas medidas fueron una fuente generadora de estrés en toda la población, por lo mismo en China se realizó el primer estudio para identificar las consecuencias del confinamiento en los menores, llegando a la conclusión que las variables que mayormente afectaban la integridad física y psicológica de su población estudiada, fue la interrupción de los hábitos y rutinas que conllevó el confinamiento, así como la afectación psicosocial que englobaba a toda la familia (2).

Se reporta que desde que la educación pasó de ser presencial a virtual, las exigencias percibidas por los estudiantes aumentaron, iniciaron los problemas de conectividad, de accesibilidad y se presentaron actitudes poco favorables para adaptarse a dicho cambio. Estrada et al (2021) encuentran en su estudio que los estudiantes que manifestaban mayor estrés académico, eran los que se encontraban cursando el primer y último año, explicando que los que se encontraban en el primer año se encontraban en gran proceso de adaptación, adoptando nuevas metodologías, exigencias, por lo que debían volverse más independientes y responsables; mientras que los que se encontraban en el último año, manifestaban síntomas de ansiedad secundarios al estrés generado por los trabajos finales y las exigencias que requerían culminar una nueva etapa escolar (19).

De acuerdo a otro estudio realizado por Craig et al (2020), donde investigaron las consecuencias en la salud mental y el estrés relacionado con la pandemia en jóvenes canadienses, encontraron que las mujeres expresaban mayores niveles de ansiedad, depresión, fobia social y trastorno de estrés postraumático en comparación con los hombres (25). Dichos resultados se interpretan de diferentes maneras, ya que al analizarlo se percatan que los datos se recopilaron durante las primeras etapas de la pandemia y del cierre escolar, asociando dichos resultados a los efectos iniciales del aislamiento social en los adolescentes (25). En el estudio realizado por Estrada G et al

(2021), obtienen resultados similares respecto al género, interpretando dichos resultados a la cualidad que tienen las mujeres de exteriorizar sus emociones y malestares (19).

Los especialistas comentan que las situaciones mayormente relacionadas con el estrés que provocan las pandemias en la población, son el miedo al contagio de la enfermedad, los sentimientos de frustración ante el sufrimiento, el aburrimiento que conlleva las medidas de contención en casa, la dificultad que se presenta ante las necesidades básicas, la incertidumbre por no contar con información suficiente tanto de prevención como de información sobre la pandemia y finalmente la presencia de alteraciones previas en la salud mental de los habitantes. Dichos factores alteran la estabilidad psicológica de la población, generando sentimiento de incertidumbre, estrés y preocupación, provocando que se manifiesten alteraciones específicas como ansiedad y depresión (2).

Hablando específicamente de la población infantil, las alteraciones en su salud mental que provocan las pandemias, no solo tienen que ver con los factores identificados en los adultos como el mismo al contagio de la enfermedad, sino también a las consecuencias que trae para ellos el distanciamiento social; este factor se ha identificado como uno de los más importantes, llegando a ser objetivo de estudio, ya que esta dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas durante el periodo de desarrollo, llega a impactar negativamente las capacidades que desarrollan los infantes durante este periodo para regular su comportamiento y emociones (2).

Esta relación que existe entre las pandemias y la afectación de la psique de los infantes, se puede ver manifestada mediante alteraciones en el sueño como pesadillas o terrores nocturnos, alteraciones cognitivas como dificultad para concentrarse o un leve retraso en la adquisición de habilidades cognitivas y finalmente alteraciones dentro del espectro ansioso como, miedo a salir de su casa, miedo a que los padres regresen del trabajo, irritabilidad constante, labilidad emociones, apatía y nerviosismo (2).

Años de estudio respaldan la importancia que tiene la asistencia física en los centros escolares con la salud mental de los niños y adolescentes, existe una relación inversamente proporcional entre el ausentismo y la salud mental, ya que, a mayor ausentismo, se presenta una disminución o alteración de la salud física y mental, es por eso la importancia que tiene para los jóvenes, acudir a los centros escolares (11).

Por otra parte, el proceso del regreso a las clases presenciales es una situación que muchos estudiantes esperan, pero otra gran parte se encuentra expectante, ante los cambios que implican a las rutinas aprendidas durante el periodo de aprendizaje a distancia, por lo que es probable que dicho proceso se viva como una situación generadora de angustia y estrés nuevamente. Esta transición requiere de ajustes y cambios en las rutinas que los estudiantes habían adoptado en casa con “la nueva normalidad” (26).

Se comenta en la bibliografía reciente, que es probable que este cambio, genere en la población estudiantil procesos de ansiedad por separación, miedo intenso a contraer el virus y dificultad para adaptarse nuevamente al ritmo escolar, llegando a necesitar mayor tiempo y energía para aceptar las normas escolares posterior al confinamiento, como el uso de mascarillas, mayor tiempo de espera en los puntos de control, lavado de manos frecuente y continuar con la distancia física requerida (27). Es por eso que otros estudios recalcan la importancia de un buen proceso de afrontamiento, mediante la reevaluación positiva, el procesamiento emocional y el uso de fortalezas, para tener menos posibilidades de alteraciones en la salud mental de los estudiantes (28).

6.3 ANSIEDAD SOCIAL Y LA PANDEMIA

Como se ha comentado previamente a raíz de la pandemia por COVID 19, se mostró, mayor interés en evaluar las consecuencias en la salud mental de los infantes es por eso que un estudio realizado en adolescentes libaneses durante la pandemia realizó una evaluación para cuantificar la prevalencia de ansiedad social grave, obteniendo datos relevantes para discutir. Destacan que en su muestra alrededor de un 31.5% reportaron pasar más de 4 horas al día usando redes sociales y un 59.5% dedicaba más de 6 horas al día en jugar video juegos, lo cual se asoció a puntuaciones más altas de ansiedad social. Encontraron también que pasar más de 2 horas en redes sociales era un factor de riesgo para reportar una peor autoevaluación de la salud mental (29).

Por otra parte, es interesante mencionar que los adolescentes que reportaron mayor uso de WhatsApp como fuente de información, tuvieron menores niveles de ansiedad social, esto lo adjudica a que los usuarios de esta red social pueden llegar a ser más sociables, o se vieron obligados a estar en contacto con sus pares. Finalmente, la prevalencia que

reportaron en el estudio fue de un 18% durante la fase preparatoria del confinamiento. Concluyendo que los factores atenuantes para ansiedad social eran un mejor nivel socioeconómico, socializar con amigos durante la pandemia y el uso de la red social WhatsApp como fuente para obtener información, mientras que los factores de riesgos eran el uso de redes sociales para comunicarse y uso de video juegos (29).

6.4 ANSIEDAD SOCIAL Y EL REGRESO A CLASES

Hablando específicamente de la ansiedad social asociada al regreso a clases, surge el interés, porque en México existen pocos estudios reportados sobre ansiedad social en población estudiantil, pero por otra parte, habiendo descrito todas las implicaciones en la salud mental que provocó el confinamiento por COVID 19, actualmente se presenta otro reto para los estudiantes, que es el regreso a clases, por lo cual es de esperar que la prevalencia de ansiedad social haya tenido algún cambio comparándola con los reportes previos al confinamiento.

Es por eso por lo que, dentro de la bibliografía consultada, un estudio realizado por Rashid, S. et al (2022), en donde mencionan que en Arabia Saudita demostraron que el 85% de los estudiantes sufrieron de estrés emocional y ansiedad al regresar al clases presenciales. Por lo que realizaron un estudio en estudiantes universitarios en Arabia Saudita para valorar el nivel de ansiedad social al retomar clases presenciales. Comentan que debido a la pobre interacción social durante el confinamiento, las habilidades sociales se vieron disminuidas, reportando que el 43% expresó nerviosismo cuando hablaba con algún profesor o persona conocida en público, el 40% informó tensión al hablar con algún compañero de escuela, el 39% tenía dificultades para hacer contacto visual, el 47 % se sentía incomodo asistiendo a eventos sociales de la escuela, más de un 50% tenía miedo que los demás los percibieran como torpes, el 38% evitaba desacuerdo con los compañeros porque se sentían incomodos, uno de cada dos estudiantes le resultaba difícil hacer nuevo amigos y el 44 % de los encuestados reportaba inseguridad personal de conocer nuevas personas (30).

7 JUSTIFICACIÓN:

El motivo de este estudio surge por las consecuencias en la salud mental que trajo consigo el confinamiento secundario a la pandemia por COVID 19, además que aún no se cuentan con los estudios suficientes en adolescentes mexicanos para establecer cifras sobre el impacto psicológico y psiquiátrico en dicha población. Observando en diferentes estudios a través del mundo, que los trastornos de ansiedad y depresión son las consecuencias más comunes generadas por el confinamiento.

La familia es un núcleo vital para la sociedad, la cual lamentablemente sufrió también de los fenómenos en la salud mental secundarios al confinamiento, afectando a cada integrante de la familia, específicamente a los niños y adolescentes, pues en un estudio realizado en México por Gómez y Sánchez, concluyeron que durante los primeros cuatro meses del año 2020, comparando el mismo periodo en el año 2019, se identificó un incremento en el reporte de violencia familiar hasta un 10%, donde múltiples factores como el incremento en el consumo de alcohol, el cierre de las instituciones educativas, la disminución del poder adquisitivo de los padres entre otras variables, fueron motivos por los que el riesgo de las prácticas parentales negligentes, la violencia doméstica y el maltrato físico y psicológico hacia los infantes incrementaron (31).

Por lo ya comentado, se ha demostrado que la prevalencia de algún trastorno de ansiedad durante la infancia o la adolescencia oscila entre un 10 y 27 %, la cual varía dependiendo del grupo de edad de personas encuestadas y de los instrumentos utilizados para el diagnóstico. Debido a esto, se sabe que los trastornos de ansiedad son padecimientos muy frecuentes en los niños y adolescentes, siendo de vital importancia su detección ya que predicen un amplio espectro de problemas de salud mental durante la adolescencia si se inician en la infancia o durante la adultez si inician en la adolescencia, entre ellos se incluyen los ataques de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, trastornos depresivos, consumo problemático de sustancias o problemas en la personalidad, entre otras.

Dentro del abanico de los trastornos de ansiedad en los jóvenes, los que se presentan con mayor frecuencia es el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de

ansiedad generalizada, la ansiedad social y el mutismo selectivo, en donde se sabe que dichas alteraciones ansiosas se caracterizan por presentar una excitación emocional y psicológica de manera frecuente, en respuesta a una percepción excesiva y falsa, de las amenazas o peligros posibles.

Al relacionar las consecuencias del confinamiento por COVID 19, con las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en niños y adolescentes, también ha sido demostrado que durante la pandemia los trastorno de ansiedad han sido los más frecuentes en dicha población, sin embargo al analizar en varios aspectos la situación, surge una nueva variable al respecto, el regreso a las escuelas de forma presencial, pues como ya se comentó previamente, la pandemia trajo consigo un cambio total en la situación académica, obligando a los estudiantes a tomar clases desde sus hogares, por lo que a la fecha es importante evaluar el impacto que provocó en los jóvenes el confinamiento y como será reflejado cuando regresen a clases de forma presencial.

Al mismo tiempo surge la duda al respecto, sobre como enfrentaran el retorno a las clases presenciales los estudiantes, detectando que el confinamiento provocó que los jóvenes no interactuaran con pares, disminuyendo sus habilidades sociales, por lo que el presente estudio se enfocará a investigar y establecer la frecuencia de ansiedad social en adolescentes de secundaria, siendo de vital importancia ya que es necesario saber si los niveles de ansiedad social son más altos en los jóvenes durante el regreso a clases presenciales, para implementar medidas de prevención y apoyar a los niños afectados lo antes posible, pues como es bien sabido dichas alteraciones de salud mental provocan consecuencias en el bienestar emocional, físico y psicológico, provocando rendimiento bajo en la escuela u otras alteraciones, finalmente es de vital importancia reconocer las variables involucradas en este campo de estudio para ayudar a prevenir problemas psicológicos en futuros confinamientos.

8 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad social a pesar de no afectar a un alto porcentaje de la población es un problema muy importante en el ámbito académico, social y laboral, por las consecuencias que genera en las personas que lo padecen, específicamente en el caso de los adolescentes sabemos que interfiere en las actividades tanto familiares como escolares, pues se encuentran en una etapa de transición de la infancia a la etapa adulta.

Al mismo tiempo en la actualidad a partir del confinamiento por COVID 19 muchas manifestaciones psiquiátricas se aumentaron, entre ellas las alteraciones del espectro ansioso, por lo que se han realizado numerosos estudios relacionando las consecuencias del confinamiento con la presencia de ansiedad, específicamente de ansiedad generalizada o ataques de pánico, sin embargo pocos estudios se enfocan a evaluar la ansiedad social y su presentación ante la pandemia actual, lo cual es alarmante ya que sabemos que una de las consecuencias del confinamiento en casa por el COVID 19, es principalmente la limitación en la convivencia social de las personas.

Al relacionar ambas variables (confinamiento y ansiedad social) en los adolescentes, es importante mencionar que la habilidad para socializar con diferentes personas era obtenida en gran cantidad durante los años escolares, sin embargo, debido al confinamiento la juventud ha sido reclutada en sus hogares, limitando esta convivencia natural que se tenía antes de la pandemia. Esta limitación en las habilidades sociales han provocado que los adolescentes se sientan inseguros al momento de establecer contacto interpersonal con personas de su misma edad o con sus mayores y en otros casos que se presentaran casos de ansiedad social, llevando a este sector de la población a tener dificultad para relacionarse con sus pares, al momento de regresar a clases presenciales, por lo que es importante averiguar si el confinamiento por COVID 19 provoco un aumento en la ansiedad social, lo que me lleva a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad social en adolescentes de 3er año de secundaria, que retoman clases de forma presencial, después de haber tenido clases de forma virtual durante sus 2 primeros años de la secundaria?

9 HIPÓTESIS

La frecuencia de ansiedad social en adolescentes de 3er grado de secundaria, que retoman clases presenciales es alta.

10 OBJETIVOS

10.1 GENERALES

Determinar la frecuencia de ansiedad social en una muestra de adolescentes de 3er grado de secundaria, en la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas” del turno vespertino, quienes sus primeros 2 años los cursaron de forma virtual mayormente.

10.2 ESPECÍFICOS

1. Aplicar la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) para buscar la presencia de ansiedad social en adolescentes de 3er año de secundaria exclusivamente al turno vespertino.
2. Clasificar el grado de ansiedad social en los adolescentes que presenten este diagnóstico de acuerdo con la escala.
3. Comparar resultados obtenidos con bibliografía tanto del propio país como de diferentes países.
4. Identificar factores sociodemográficos asociados a la presencia de ansiedad social en adolescentes.
5. Identificar factores sociodemográficos asociados a la ausencia de ansiedad social en adolescentes.

11 MATERIAL Y MÉTODOS

11.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, observacional, transversal.

11.2 UBICACIÓN ESPACIO/TEMPORAL

Espacio: Este estudio se realizó en la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, ubicada en la calle 28 norte No. 1204, Colonia Humboldt, Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, en los grupos escolares de 3er año, aplicando el instrumento de medición exclusivamente al turno vespertino, para no interferir con las actividades profesionales matutinas de la especialidad.

Temporalidad:

- El día 11 de mayo del año 2023 se acudió a la escuela para solicitar formalmente el permiso para realizar este presente estudio en dicha institución, hablando primero con el director de la escuela y posteriormente con el subdirector del turno vespertino, para resolver dudas al respecto del estudio y aprobar la aplicación de las encuestas en su población estudiantil, estableciendo el método de trabajo y fechas de aplicación.
- El día 23 de mayo del año 2023 se realizó una reunión con la trabajadora social del turno vespertino de la escuela secundaria, para revisar el consentimiento informado y el instrumento de medición, quien nos apoyó a distribuir el instrumento de medición en los diferentes grupos de tercer año.
- Debido a la contingencia ambiental ocasionada por la actividad volcánica del Popocatepetl, se cambió la estrategia de aplicar las escalas de forma presencial, a otra forma de manera virtual, ya que durante las fechas planeadas para la aplicación de las escalas, los estudiantes fueron confinados a sus hogares como medida por dicha contingencia ambiental, por lo cual, se elaboró una encuesta mediante la aplicación de Microsoft forms, donde se incluyeron los mismos ítems que se contemplaban en la

escala física. Así mismo se incluyó en la última parte el consentimiento informado, para recabar la autorización de los estudiantes.

- El día 26 de mayo, con la ayuda de un maestro de la escuela encargado de dar clases a todos los grupos de tercer año, se facilitó el link para aplicar la encuesta, con la finalidad que tuvieran 2 días para contestarla, recabando los resultados finales el día lunes 29 de mayo del 2023.

11.3 ESTRATEGIA DE TRABAJO

Se contactó con la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, para solicitar su autorización mediante un documento expedido por el departamento de enseñanza del Hospital Psiquiátrico Rafael Serrano, donde se explicó la finalidad del estudio. Una vez contando con el consentimiento de la escuela, se inició el proceso de planeación con las autoridades correspondientes, para establecer el día en que se realizó la encuesta.

Así mismo, se explicó a las autoridades correspondientes de la escuela la finalidad del estudio, llegando a acuerdos para asegurar la aplicación correcta del estudio, llegando a un acuerdo de trabajar en conjunto con la escuela en el futuro para brindar apoyo al resto de la escuela. Se realizó una reunión con la trabajadora social de la escuela para resolver dudas respecto al estudio, quien apoyo en facilitar el enlace de aplicación con el profesor correspondiente. Debido a la contingencia ambiental por la actividad volcánica, se cambió la forma de aplicar la escala, a una forma virtual, donde nos podríamos asegurar que los alumnos contestaran de forma adecuada el cuestionario. Se aplicó la escala en un lapso de 2 días a todos los grupos de tercer año, de forma virtual, resolviendo dudas mediante el profesor que les facilitó el enlace de aplicación.

Finalmente se recabaron los datos de los encuestados mediante la página de Microsoft forms en donde se realizó el cuestionario correspondiente, obteniendo los resultados mediante una hoja de Excel.

11.4 UNIDAD DE POBLACIÓN

Mi unidad de población fueron todos los adolescentes del 3er año de secundaria de la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas” del turno vespertino, que en total son 156 alumnos, que iniciaron su año escolar en agosto 2022, aplicando la escala durante el mes de mayo.

11.5 CRITERIO DE ELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

11.5.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes del 3er grado de secundaria del turno vespertino que estén asistiendo a clases presenciales en el año 2022.
- Autorizar el consentimiento informado por parte de los estudiantes.
- Haber estado en confinamiento durante pandemia COVID 19.

11.5.2 Criterios de exclusión

- No haberse inscrito al 3er grado de secundaria del año 2022 en la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”
- Contar con diagnóstico de ansiedad social previo al inicio de la pandemia.
- Contar con diagnóstico de ansiedad social antes de iniciar clases presenciales en el año 2022.
- Estudiantes del 3er año de la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, menores de 12 años.
- Haber asistido a otra escuela los 2 primeros años que contaban con la modalidad presencia o híbrida.

11.5.3 Criterios de eliminación

- No contestar todas las preguntas de escala

- No contestar todos los ítems de identificación
- No contar con consentimiento informado.

11.6 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Muestreo por conveniencia

11.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Mi tamaño de muestra se compone de 156 adolescentes, en donde mi universo de trabajo es la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, mi intervalo de confianza es de 95% y el margen de error es de 5%, por lo que mi muestra queda de 148 adolescentes, mínimo que tienen que contestar el instrumento de medición.

11.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

11.8.1 Cuadro de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de escala	Instrumento
Sexo	Características morfofisiológicas que diferencian al hombre de la mujer	Características morfofisiológicas que diferencian al hombre de la mujer	Cualitativa nominal	Cualitativa	Ficha de identificación
Edad	Periodo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	Cuantitativa	Ficha de identificación

Confinamiento por COVID	Estrategias para reducir las interacciones sociales	Interrupción de las clases presenciales al iniciar la pandemia por COVID 19	Cualitativa nominal	Cualitativa	Ficha de identificación
Ansiedad social	Miedo a situaciones sociales, incluidas las situaciones que implican el escrutinio o el contacto con desconocidos	Desasosiego y malestar en situaciones sociales y se ven afectados por el miedo a ser examinados o humillados	Cuantitativa	Cuantitativa	Escala de ansiedad social para adolescentes
Hermanos	Hijo de los mismos padres o al menos del mismo padre o de la misma madre	Hijo de los mismos padres o al menos del mismo padre o de la misma madre	Cuantitativa	Cuantitativa	Ficha de identificación
Año de inscripción a la escuela	Año en que se inscribieron en la escuela	Año en que se inscribieron en la escuela	Cuantitativa	Cuantitativa	Ficha de identificación
Actividades extra escolares	Son aquellas actividades que tienen lugar fuera del horario lectivo escolar.	Son aquellas actividades que tienen lugar fuera del horario lectivo escolar.	Cualitativa	Cualitativa	Ficha de identificación

Tiempo de pasatiempos	Tiempo que dedican para realizar las actividades extraescolares.	Tiempo que dedican para realizar las actividades extraescolares	Cuantitativa	Cuantitativa	Ficha de identificación
Trabajo	Acción o actividad de trabajar.	Tener un empleo para obtener ingresos económicos, al mismo tiempo que se estudia.	Cualitativa	Cualitativa	Ficha de identificación
Trastorno psiquiátrico mental	Combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.	Patologías de carácter psiquiátrico diagnosticadas y determinadas por el equipo de psiquiatría	Cualitativa Nominal	Cualitativa	Ficha de identificación
Miedo a la evaluación negativa	Aprehensión sobre las evaluaciones de los otros, angustia sobre las evaluaciones negativas de los otros y la suposición que los otros lo evaluarán de forma negativa.	Aprehensión sobre las evaluaciones de los otros, angustia sobre las evaluaciones negativas de los otros y la suposición que los otros lo evaluarán de forma negativa.	Cuantitativa	Cuantitativa	Escala de ansiedad social para adolescentes

Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas	Miedo o la angustia en situaciones sociales que son nuevas para el individuo.	Miedo o la angustia en situaciones sociales que son nuevas para el individuo.	Cuantitativa	Cuantitativa	Escala de ansiedad social para adolescentes
Ansiedad y evitación social en general	Miedo o evitación de situaciones que implican un contacto social con otras personas.	Miedo o evitación de situaciones que implican un contacto social con otras personas.	Cuantitativa	Cuantitativa	Escala de ansiedad social para adolescentes
Rendimiento académico	Parámetro para evaluar la eficacia y calidad de los procesos educativos.	Promedio de calificaciones que llevan los estudiantes hasta segundo grado de secundaria.	Cuantitativa	Cuantitativa	Ficha de identificación
Conocido o familiar finado por COVID	Persona cercana al estudiante que haya muerto a causa de COVID 19.	Persona cercana al estudiante que haya muerto a causa de COVID 19.	Cualitativa Nominal	Cualitativa	Ficha de identificación
Tipo de familia	Integrantes de la familia del estudiante, identificando la figura de	Integrantes de la familia del estudiante, identificando la figura de	Cualitativa Nominal	Cualitativa	Ficha de identificación

	autoridad e historia personal de la familia.	autoridad e historia personal de la familia. Por ejemplo: biparentales, monoparentales, homoparentales, reconstruidas entre otras.			
Estudiantes que regresaron posterior al confinamiento	Cantidad de estudiantes que se inscribieron al ciclo escolar 2022-2023, posterior al confinamiento por COVID 19.	Cantidad de estudiantes que se inscribieron al ciclo escolar 2022-2023, posterior al confinamiento por COVID 19.	Cuantitativa	Cuantitativa	Registros que brindan la escuela en estudio.

Cuadro 1: Variables del estudio

11.9 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para determinar la frecuencia de ansiedad social en una muestra de adolescentes de 3er grado de secundaria, quienes los primeros 2 años, los cursaron de forma virtual, se utilizará la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), adaptada por La Greca y López (1998), quienes utilizaron los reactivos de la Escala de Ansiedad Social revisada para niños (La Greca y Stone 1993), con la finalidad de poder ser utilizada en el grupo etario adolescente. Dichas escalas tienen su fundamento bibliográfico en los trabajos reportados por Watson y Friend en el año de 1969, donde se mencionan dos componentes principales en la ansiedad social, que son el miedo a la evaluación negativa de otros y la evitación social. En el

estudio para utilizar la escala en adolescentes, se habla que hay 2 componentes a evaluar en la ansiedad social, uno de ellos es la experiencia subjetiva de los síntomas y otro son las consecuencias conductuales que experimentan los adolescentes. Así mismo definen el miedo a la evaluación negativa como una forma de medición para determinar en las personas, el grado de aprehensión ante una posible evaluación negativa de su persona o habilidades (32).

La Escala de Ansiedad Social para Adolescentes y el Inventario de Ansiedad y Fobia Social, se consideran instrumentos confiables para realizar el tamizaje de ansiedad social en grupos estudiados. No se tomó en cuenta para este estudio el Inventario de Ansiedad y Fobia Social, porque ese instrumento es mucho más largo en su aplicación y reactivos, así también, porque contiene un apartado para determinar agorafobia, lo cual podría influir la claridad y objetivo de este estudio. En cuanto a la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes nos ayuda a diferenciar si se encuentra presente el diagnóstico de ansiedad social o no, en la muestra estudiada; también discrimina el grupo de personas con diagnóstico de fobia social específica de los que presentan fobia social generalizada (32).

Nuestro instrumento de medición a utilizar cuenta con estudios de validación en diferentes países a lo largo del tiempo, como Estados Unidos, España, China y en el año 2013 se realizó un estudio en México con la finalidad de evaluar la validez y confiabilidad de dicha escala. Dentro de su metodología el tipo de estudio que llevaron a cabo fue instrumental de diseño transversal, dado que su medición se realizó en un solo tiempo. Sus participantes fueron 677 estudiantes que contestaron de forma voluntaria, inscritos en escuelas de ámbito público de nivel medio y medio superior en la Ciudad de México, llegando a la conclusión que, de acuerdo con los resultados obtenidos en su estudio, el proceso de validación de SAS-A, es una medida válida para realizar el tamizaje en la población adolescentes mexicana para detectar ansiedad social (32).

La SAS-A es un instrumento que se aplica mediante autoreporte, compuesta por 22 reactivos, en donde 4 se consideran reactivos distractores que no se toman en cuenta para la puntuación final y el resto de las 18 preguntas son autodescriptivas. Se compone de 3 subescalas, la primera determina el miedo a la evaluación negativa mediante 8 reactivos, la segunda evalúa la ansiedad y evitación social ante personas desconocidas y situaciones sociales nuevas, mediante 6 preguntas; y la última parte determina la ansiedad y evitación social frente a situaciones sociales en general, en donde se evalúa mediante 4 ítems. El formato que maneja la escala para sus respuesta es de tipo Likert con cinco opciones que van desde 1 que significa nunca, hasta 5 que significa siempre. La calificación final se obtiene sumando las puntuaciones de cada reactivo, eliminando las preguntas denominadas distractoras; interpretándose que la puntuación es directamente proporcional al grado de ansiedad social manifiesta (32).

Al momento de validar la escala en población mexicana, se eliminaron cuatro reactivos, que al momento del estudio presentaron cargas factoriales menores a 0.40, valorando posteriormente la escala con el resto de los 14 reactivos, en donde se obtuvo un $\alpha=0.85$ de confiabilidad, lo que se consideró aceptable para la validación de la escala (32).

Finalmente, en cuanto a la clasificación de la puntuación en la SAS-A, las puntuaciones fueron obtenidas mediante los datos percentilares para el tamizaje de los participantes. En donde una puntuación de 14 a 21 significa un muy bajo nivel de ansiedad social, puntuaciones de 22 a 27 significa bajo nivel de ansiedad social, puntuaciones de 28 a 33 nos revela ansiedad social moderada y por último, la puntuaciones de 34 a 59 nos evidencian altos niveles de ansiedad social (32).

En la imagen número 1 se muestran los reactivos que componen a la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes y en la imagen número 2 se muestra esquemáticamente la clasificación de acuerdo con la puntuación en la escala.

Cuadro 2: Características de SAS-A

11.10 Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)	
Tipo de Instrumento	Estructurado
Tipo de Administración	Heteroaplicado
Número de Reactivos	18
Tiempo de Administración	<= 20 minutos
Área Terapéutica	Sintomatología

Figura 2: Reactivos de escala de ansiedad social para adolescentes

Reactivo	
1. Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás	10. Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas
2. Me preocupa ser evaluado por los demás	11. Me preocupa no gustar a los demás
3. Me da vergüenza estar rodeado de personas que no conozco	12. Me quedo callado/a cuando estoy con/en un grupo de personas
4. Sólo hablo con personas que conozco bien	13. Pienso que los demás se burlan de mí
5. Creo que mis compañeros/as hablan de mí a mis espaldas	14. Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos
6. Me preocupa lo que los demás piensen de mí	15. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no
7. Pienso que lo que voy a hacer no gustará a los demás	16. Me pongo nervioso/a cuando estoy con otras personas
8. Me pone nervioso/a hablar con gente de mi edad que no conozco bien	17. Siento vergüenza incluso cuando estoy con personas que conozco bien
9. Me preocupa lo que los demás digan de mí	18. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo

Nota: Imagen obtenida de estudio ya mencionado (32).

Cuadro 3: Clasificación de la puntuación de SAS-A

Clasificación de la puntuación: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes

Puntuación	Clasificación normativa
14 – 21	Muy bajo nivel de ansiedad social
22 - 27	Bajo nivel de ansiedad social
28 - 33	Ansiedad social moderada
34 – 59	Alto nivel de ansiedad social

Nota: Imagen obtenida de estudio mencionado (32)

11.11 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se solicitó en el departamento de jefatura de enseñanza del Hospital Psiquiátrico Rafael Serrano, un documento para pedir el apoyo en la realización del estudio y aplicación del instrumento de medición previamente descrito en la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”. Con dicho documento, se acudió a solicitar el apoyo en el instituto ya mencionado para su aprobación. Se acordó un día para aplicar la escala de medición, pero previamente se solicitó apoyo tanto con trabajo social, como con el profesor asignado. Durante el fin de semana que se otorgó como lapso para contestar la encuesta, se estuvo en contacto con el profesor mediador para resolver cualquier duda al respecto del instrumento o ficha de identificación, pero no se obtuvieron dudas por los alumnos.

11.12 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectó los datos de la encuesta, 2 días posteriores a brindar el enlace de aplicación. Se brindó a los adolescentes un formato compuesto por 2 secciones, la primera con la ficha de identificación, donde solicitamos las variables previamente descritas como, la edad, el sexo, numero de hermanos, pasatiempos, horas destinadas a pasatiempos, promedio escolar, año de inscripción a la escuela,

trastorno psiquiátrico previo, ocupación, entre otras; y la segunda sección incluyó los 18 reactivos de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes validada en población mexicana, en donde se obtuvieron los puntajes sumando los reactivos que se califican de 1 al 5 dependiendo de la molestia que les genere a los adolescentes las diversas situaciones planteadas en el cuestionario.

11.13 ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar el análisis de datos investigación, se ocupó la página de página de Microsoft forms para realizar la encuesta aplicada a los estudiantes, teniendo la facilidad que dicha página de internet nos facilitaba los resultados obtenidos en una hoja del programa de Excel, donde se recabaron los datos finales. Sin embargo, debido a que no nos otorgaba los resultados en una sola hoja de Excel, se tuvo que agrupar manualmente los 6 grupos de tercer año, para finalmente poder ocupar esa base de datos y utilizar el programa SPSS.

11.13.1 Pruebas estadísticas

Debido a que las variables principalmente relacionadas, era de tipo cualitativas, por ejemplo, los grados de ansiedad social, el sexo biológico de los estudiantes, las actividades curriculares, el empleo, entre otras, se optó por utilizar la prueba de Chi cuadrada para establecer si existía un relevancia estadística entre las variables. Por último, hicimos uso de la prueba estadística llamada Odds ratio, para establecer el riesgo existente entre las variables analizadas.

12 ANALISIS DE RESULTADOS

12.1 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA APLICADA

La muestra de este estudio estuvo integrada por 156 alumnos de 3er grado de la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, del turno vespertino, ubicada en la ciudad de Puebla, Puebla. Es importante mencionar que esta institución cuenta con 6 grupos (A – F), compuestos por 26 alumnos del grupo A, 28 alumnos del grupo B, 22 alumnos del grupo C, 29 alumnos del grupo D, 29 alumnos del grupo E y 25 alumnos del grupo F. Al momento del análisis de los resultados, se evidenció que un estudiante no aceptó firmar el consentimiento informado por lo tanto se eliminó a ese adolescente, por lo que la muestra final del estudio se compone de 155 alumnos.

La encuesta se estructuró en 2 secciones, en donde la primera sección se compone de una ficha de identificación con preguntas dirigidas para obtener datos sociodemográficos, escolares, familiares, laborales, personales, entre otras tipo de preguntas que son relevantes para el estudio de acuerdo con lo reportado por la bibliografía revisada en los antecedentes de este estudio.

La segunda sección se compone por el instrumento ocupado para detectar el nivel de ansiedad social de los adolescentes, integrado por 18 preguntas, donde 14 de ellas son calificadas para obtener el puntaje final, mientras que otras 4 preguntas funcionan como distractoras y no se contabilizan en la puntuación final.

En la tabla 1, se muestran las características reportadas en la ficha de identificación de la encuesta aplicada. Donde podemos observar que respecto al sexo biológico no hay diferencias significativas entre el género (M; 52.9% vs H; 47.1%; $P=0.470$). Por otra parte, la población presentó una mediana de edad de 14.0 años. Al analizar el año en que iniciaron sus estudios en esta escuela, nuestros datos muestran una diferencia significativa de que los estudiantes comenzaron a estudiar en esta secundaria desde el 1er año (80.69%).

Para este estudio, fue importante conocer que cantidad de estudiantes tenían hermanos y cuantos vivían con ellos mientras se llevaba a cabo el confinamiento por COVID 19, reportando que un 91.6 % tenían hermanos, de los cuales 83.9 %

vivían con ellos mientras se encontraban en confinamiento, a diferencia de 25 estudiantes que reportaron tener hermanos, pero no vivir con ellos, lo que representa un 16.1 de la muestra que aceptaba tener hermanos. Finalmente 13 alumnos que representaban el 8.4% de la muestra total, reportaron ser hijos únicos. También se observó que un porcentaje menor de estudiantes trabajan al mismo tiempo que estudian la secundaria, siendo un total de 26 alumnos que reportaron llevar una vida laboral al momento de ser encuestado, representando un 16.8 % en comparación con el 83.2 % que su ocupación solamente radica en estudiar.

Dentro de los puntos importantes a considerar se presenta la siguiente variable preguntada a los adolescentes, donde 14 estudiantes que representan el 9.03 % reportaron padecer de alguna alteración en la salud mental, mientras que el resto de la población estudiada no reportaron haber recibido atención psiquiátrica por algún profesional (Si; 9% vs No; 91%; $P < 0.0001$).

En la tabla 1 también se puede observar el rendimiento académico percibido por cada encuestado, en donde un 7.7 % de los estudiantes se perciben con un bajo rendimiento, mientras que 64 adolescentes reportan un regular aprovechamiento académico que representan el 41.3 %; de forma similar un 41.9 % percibían su rendimiento académico como bueno, y finalmente 12 estudiantes reportaron su aprovechamiento académico como excelente. Dichas cantidades expresan que la mayoría perciben su rendimiento como regular o bueno, mientras que la minoría reporta bajo o excelente. Dichos parámetros a pesar de no se comprobados por documentos oficiales, es importante cuantificar la percepción de cada estudiante.

Finalmente tenemos la última variable presentada en la encuesta aplicada a los estudiantes, donde se cuestiona sobre si alguna persona cercana a ellos había fallecido a causa de COVID 19, en donde un 69.03 % indicaron que nadie cercano a ellos falleció durante el confinamiento secundario al virus en cuestión, mientras que un 30.97 % que representan 48 alumnos del total, aceptaron que alguien cercano murió por esa razón.

Tabla 1: Características sociodemográficas, escolares, extracurriculares y personales de la muestra de adolescentes encuestados.

Variables			
Sexo Biológico			
Mujer, n(%)	82 (52.9)	$X^2=0.523$	P=0.470
Hombre, n(%)	73 (47.1)		
Edad (Años)	14.0 (14.0-15.0)		
Ingreso a la Escuela			
Primero, n(%)	125 (80.69)	$X^2=156.5$	P<0.0001
Segundo, n(%)	12 (7.7)		
Tercero, n(%)	18 (11.6)		
Hermanos			
Si, n(%)	142 (91.6)	$X^2=107.4$	P<0.0001
No, n(%)	13 (8.4)		
Vivir con ellos			
Si, n(%)	130 (83.9)	$X^2=71.1$	P<0.0001
No, (%)	25 (16.1)		
Actividades extracurriculares			
Si, n(%)	81 (52.3)	$X^2=0.316$	P=0.574
No, n(%)	74 (47.7)		
Trabajo			
Si, n(%)	26 (16.8)	$X^2=68.4$	P<0.0001
No, n(%)	129 (83.2)		
Diagnóstico psiquiátrico previo			
Si, n(%)	14 (9.0)	$X^2=104.1$	P<0.0001
No, n(%)	141 (91.0)		
Rendimiento escolar			
Malo, n(%)	12 (7.7)	$X^2=68.5$	P<0.0001
Regular, n(%)	64 (41.3)		
Bueno, n(%)	65 (41.9)		
Excelente, n(%)	14 (9.0)		
Conocido falleció por COVID			
Si, n(%)	48 (31)	$X^2=22.5$	P<0.0001
No, n(%)	107 (69)		
Tipo de familia			
Biparental, n(%)	92 (59.4)	$X^2=116.4$	P<0.0001
Monoparental, n(%)	43 (27.7)		
Reconstruida, n(%)	9 (5.8)		
Otro, n(%)	11 (7.1)		

Nota: Las variables cualitativas fueron representadas como número y porcentaje. Las variables cuantitativas fueron expresadas como mediana y la percentila 25 y percentila 75. **Fuente:** Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”.

12.2 NIVELES DE ANSIEDAD SOCIAL OBTENIDOS EN LA ESCALA APLICADA

En la gráfica 1 se visualizan los resultados obtenidos de la escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A), aplicada en la muestra de estudiantes. Se cuantifico los niveles de ansiedad social de acuerdo con el puntaje que obtuvieron, teniendo 4 diferentes categorías.

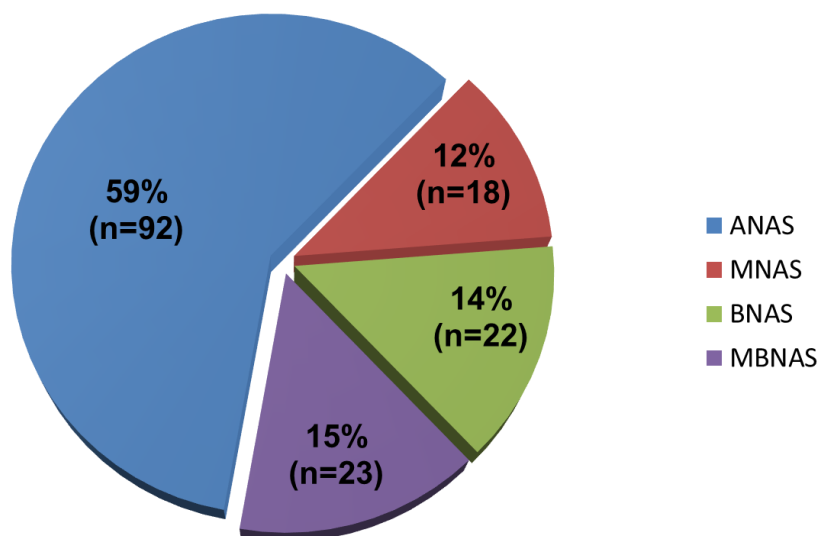
Se puede observar que el 12 % de los estudiantes que representan 18 adolescentes, se clasificaron con muy bajo nivel de ansiedad social (MBNAS).

Por otra parte 14 % de los adolescentes reportaron bajo nivel de ansiedad social (BNAS), que representan 22 estudiantes de la muestra total.

Respecto a los estudiantes que obtuvieron moderado nivel de ansiedad social (MNAS), se representa en la gráfica de pastel, que es el 2do porcentaje mayor, con un 15% que son en total 23 estudiantes.

Finalmente, se observa que el 59% del total de estudiantes obtuvieron un alto nivel de ansiedad social (ANAS), siendo 92 alumnos en total.

Gráfica 1: Niveles de ansiedad social de la muestra de adolescentes encuestados.



Nota: Las variables cualitativas fueron representadas como número y porcentaje. ANAS (alto nivel de ansiedad social), MNAS (moderado nivel de ansiedad social), BNAS (Bajo nivel de ansiedad social) y MBNAS (muy bajo nivel de ansiedad social). **Fuente:** Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”.

12.3 ANALISIS COMPLEMENTARIOS DE ANSIEDAD SOCIAL

Posterior a cuantificar los niveles de ansiedad social en la muestra de adolescentes en la tabla 2 se puede observar la relación que tienen las variables estudiadas, con los niveles de ansiedad social presentados por los estudiantes de tercer año. Se identificaron 3 variables que fueron estadísticamente significativas con una $P < 0.05$, las cuales fueron el sexo biológico, la realización de actividades extracurriculares y si los adolescentes trabajaban al mismo tiempo que estudiaban.

En mi estudio la variable de sexo biológico tiene significancia estadística debido a que el valor de P es de 0.008, que es menor a 0.05, por lo tanto, mi población en estudio ($n=155$) 92 alumnos presentaron alto nivel de ansiedad social, de los cuales el 63% (58) fueron mujeres y el 37% (34) fueron hombres, lo que indica que el alto nivel de ansiedad social se presentó más en mujeres. 18 alumnos presentaron moderado nivel de ansiedad social, de los cuales el 50% (9) fueron mujeres y el otro 50% (9) fueron hombres. En 22 alumnos se presentó bajo nivel de ansiedad social, de los cuales el 41% (9) fueron mujeres y se presentó más en los hombres con un 59% (13). Finalmente 23 estudiantes obtuvieron muy bajo nivel de ansiedad, de los cuales la mayoría fueron hombres que representan un 74% (17) a diferencia de las mujeres con un 26% (6).

Dentro de las características de la población en estudio, encontramos los estudiantes que realizan actividades extraescolares, por lo que en la tabla 2 podemos observar que dicha variable tiene significancia estadística debido a que su valor de P es 0.035. Los estudiantes que obtuvieron ANAS, reportaron que un 48% (44) si realizaban alguna actividad extraescolar en comparación de 52% (48) que no realizaban ninguna. La cantidad de alumnos que calificaron con MNAS fue mayor en los que si realizaban dichas actividades (Si; 72% vs No; 27%). En comparación se puede observar que los estudiantes con BNAS fue mayor en los que no realizaban estas actividades (Si; 36% vs No; 64%). Finalmente, los que

obtuvieron MBNAS en su mayoría si realizaban actividades extraescolares (Si; 70% vs No; 30%).

La variable del trabajo laboral en los estudiantes se puede observar tuvo una significancia estadística con una P de 0.003. Por lo que en la tabla 2, se puede describir que los estudiantes con ANAS en su mayoría reportaron no trabajar (Si; 10% vs No; 90%). Los que obtuvieron MNAS igualmente en su mayoría no trabajaban (Si; 11% vs No; 89%). De la misma manera los alumnos que calificaron con BNAS en su mayoría no trabajaban (Si; 27% vs No; 73%). Finalmente, los que presentaron MBNAS el patrón fue igual que en los niveles anteriores (Si; 39% vs No; 61%).

El resto de las variables como se puede observar en la tabla 2, no fueron estadísticamente significativas, ya que no obtuvieron un puntaje de $P < 0.05$.

Tabla 2: Relación entre variables estudiadas y los niveles de ansiedad social presentados por los adolescentes

Variab les	Total (n=155)	ANAS (n=92)	MNAS (n=18)	BNAS (n=22)	MBNAS (n=23)	X²	P Valor
Sexo biológico							
Mujer, n(%)	82 (53.0)	58 (63.0)	9 (50.0)	9 (41.0)	6 (26.0)	11.8	P=0.008
Hombre, n(%)	73 (47.0)	34 (37.0)	9 (50.0)	13 (59.0)	17 (74.0)		
Ingreso a la escuela							
Primero, n(%)	125 (81.0)	74 (80.0)	14 (77.8)	18 (82.0)	19 (83.0)	3.0	P=0.808
Segundo, n(%)	12 (8.0)	6 (7.0)	1 (7.0)	3 (14.0)	2 (9.0)		
Tercero, n(%)	18 (12)	12 (13.0)	3 (17.0)	1 (5.0)	2 (9.0)		
Hermanos							
Si, n(%)	142 (92.0)	85 (92.0)	16 (89.0)	21 (96.0)	20 (87.0)	1.3	P=0.725
No, n(%)	13 (8.0)	7 (8.0)	2 (11.0)	1 (5.0)	3 (13.0)		
Vivir con ellos							
Si, n(%)	130 (84.0)	77 (84.0)	15 (83.0)	19 (86.0)	19 (83.0)	0.134	P=0.978
No, n(%)	25 (16.0)	15 (16.0)	3 (17.0)	3 (14.0)	4 (17.0)		

Actividades extracurriculares							
Si, n(%) No, n(%)	81 (52.0) 74 (48.0)	44 (48.0) 48 (52.0)	13 (72.0) 5 (27.0)	8 (36.0) 14 (64.0)	16 (70.0) 7 (30.0)	8.6	P=0.035
Trabajo							
Si, n(%) No, n(%)	26 (17.0) 129 (83.0)	9 (10.0) 83 (90.0)	2 (11.0) 16 (89.0)	6 (27.0) 16 (73.0)	9 (39.0) 14 (61.0)	13.6	P=0.003
Diagnóstico psiquiátrico previo							
Si, n(%) No, n(%)	14 (9.0) 141 (91.0)	12 (13.0) 80 (87.0)	1 (7.0) 17 (94.0)	0 (0.0) 22 (100.0)	1 (4.0) 22 (96.0)	4.9	P=0.182
Rendimiento escolar							
Malo, n(%) Regular, n(%) Bueno, n(%) Excelente, n(%)	12 (8.0) 64 (41.0) 65 (42.0) 14 (9.0)	11 (12.0) 40 (44.0) 32 (35.0) 9 (10.0)	0 (0.0) 9 (50.0) 8 (44.0) 1 (6.0)	0 (0.0) 9 (41.0) 12 (55.0) 1 (5.0)	1 (4.0) 6 (26.0) 13 (57.0) 3 (13.0)	11.6	P=0.235
Conocido Falleció por COVID							
Si, n(%) No, n(%)	48 (31.0) 107 (69.0)	28 (30.0) 64 (70.0)	6 (33.0) 12 (67.0)	8 (36.0) 14 (64.0)	6 (26.0) 17 (74.09)	0.615	P=0.893
Tipo de Familia							
Biparental, n(%) Monoparental, n(%) Reconstruida, n(%) Otro, n(%)	92 (59.0) 43 (28.0) 9 (6.0) 11 (7.0)	49 (53.0) 29 (32.0) 6 (7.0) 8 (9.0)	14 (78.0) 3 (17.0) 1 (6.0) 0 (0.0)	14 (64.0) 4 (18.0) 2 (9.0) 2 (9.0)	15 (65.0) 7 (30.0) 0 (0.0) 1 (4.0)	7.7	P=0.568

Nota: Las variables cualitativas fueron representadas como número y porcentaje. Se considera estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$ **Fuente:** Escuela Secundaria General no. 1 "presidente Cárdenas".

La tabla 3 analiza la relación entre el sexo biológico de los participantes y su participación en actividades extracurriculares en función de los niveles de ansiedad social. Los valores de chi-cuadrado (X^2), las odds ratio, los intervalos de confianza del 95% y los valores p se utilizan para evaluar esta relación.

Tabla 3: Relación entre variables de sexo y actividades extracurriculares de acuerdo con los niveles de ansiedad social.

AS		Sexo Biológico		X ²	Odds Ratio	IC 95%	P Valor
		Hombre	Mujer				
MBNAS	Si, n(%)	13 (76.5)	3 (50.0)	1.48	3.250	(0.461-22.9)	0.226
	No, n(%)	4 (23.5)	3 (50.0)				
BNAS	Si, n(%)	5 (38.5)	3 (33.3)	0.060	1.250	(0.211-7.4)	0.806
	No, n(%)	8 (61.5)	6 (66.7)				
MNAS	Si, n(%)	8 (88.9)	5 (55.6)	2.492	6.400	(0.547-74.8)	0.114
	No, n(%)	1 (11.1)	4 (44.4)				
ANAS	Si, n(%)	21 (61.8)	23 (39.7)	4.199	2.458	(1.031-5.8)	0.040
	No, n(%)	13 (38.2)	35 (60.3)				

Nota: Las variables cualitativas fueron representadas como número y porcentaje. Se considera estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$ Fuente: Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”.

Los resultados que muestran la tabla 3 destacan que, en el caso de adolescentes con un nivel de ansiedad social moderado (MNAS) y alto (ANAS), los participantes hombres muestran una tasa de participación significativamente más alta en actividades extracurriculares en comparación con las participantes mujeres (88.5% vs 55.6% y 61.8% vs 39.7% respectivamente). Sin embargo, en los niveles de ansiedad social muy baja (MBNAS) y baja (BNAS), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la participación entre los sexos.

En el contexto de los adolescentes con un alto nivel de ansiedad social (ANAS), se observó que los estudiantes de sexo masculino tenían una participación significativamente mayor en actividades extracurriculares en comparación con las participantes mujeres (61.8% frente a 39.7%). Además, el valor del chi-cuadrado (X^2) reveló una significación estadística ($X^2 = 4.199$, $p = 0.040$). La odds ratio, indicó que los adolescentes hombres tenían aproximadamente 2.458 veces más

probabilidades de participar en actividades extracurriculares que las adolescentes de sexo femenino, con un intervalo de confianza del 95% que oscila entre 1.031 y 5.8. Estos hallazgos sugieren una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la participación en actividades extracurriculares en el grupo de adolescentes con alta ansiedad social.

El resto de los niveles de ansiedad social, no mostraron una relevancia estadística, de acuerdo con la realización de actividades extracurriculares.

Tabla 4: Relación entre variables de sexo y trabajo de acuerdo con los niveles de ansiedad social.

AS		Sexo Biológico		X ²	Odds Ratio	IC 95%	P Valor
		Hombre	Mujer				
MBNAS	Si, n(%)	9 (52.9)	0 (0.0)	5.218	1.750	(1.112-2.755)	0.022
	No, n(%)	8 (47.1)	6 (100.0)				
BNAS	Si, n(%)	4 (30.8)	2 (22.2)	0.196	1.556	(0.218-2.4)	0.658
	No, n(%)	9 (69.2)	7 (77.8)				
MNAS	Si, n(%)	1 (11.1)	1 (11.1)	0.000	1.000	(0.053-18.9)	1.000
	No, n(%)	8 (88.9)	8 (88.9)				
ANAS	Si, n(%)	3 (8.8)	6 (10.3)	0.056	0.839	(0.196-3.5)	0.813
	No, n(%)	31 (91.2)	52 (89.7)				

Nota: Las variables cualitativas fueron representadas como número y porcentaje. Se considera estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$ **Fuente:** Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”.

La tabla 4 examina la relación entre el sexo de los participantes y si realizaban algún trabajo remunerado en el momento que se aplicó la encuesta, teniendo en cuenta distintos niveles de ansiedad social (AS). Los resultados revelan una diferencia sustancial en la participación laboral entre los participantes femeninos y masculinos en el grupo con muy baja ansiedad social (MBNAS), siendo clínicamente relevante. Los resultados revelan una diferencia sustancial en la participación laboral entre los

participantes masculinos y femeninos en el grupo con ansiedad social moderada (MBNAS), lo que tiene una gran importancia clínica. Los participantes masculinos muestran una tasa de empleo significativamente más alta, con un 52.9% empleados en comparación con el 0.0% de las participantes femeninas. Esta disparidad es respaldada por un valor de chi-cuadrado (X^2) estadísticamente significativo de 5.218, con un valor de $p=0.022$, lo que subraya la importancia clínica de esta asociación. Además, la odds ratio de 1.750 con un intervalo de confianza del 95% de 1.112-2.755 refuerza la relevancia clínica al indicar que los participantes masculinos tienen aproximadamente 1.75 veces más probabilidades de que al estar empleados tengan un muy bajo nivel de ansiedad, en comparación con las mujeres. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el género y la ansiedad social al abordar las cuestiones laborales en la población estudiada.

Tabla 5: Relación entre variables de actividad extraescolar y trabajo de acuerdo con los niveles de ansiedad social.

AS		Trabaja		X^2	Odds Ratio	IC 95%	P Valor
		No	Si				
MBNAS	No, n(%)	4 (30.8)	3 (30.0)	0.002	1.037	(0.173-6.2)	0.968
	Si, n(%)	9 (69.2)	7 (70.0)				
BNAS	No, n(%)	10 (62.5)	4 (66.7)	0.033	0.833	(0.115-6.0)	0.856
	Si, n(%)	6 (37.5)	2 (33.3)				
MNAS	No, n(%)	4 (25.0)	1 (50.0)	0.554	0.333	(0.017-6.6)	0.475
	Si, n(%)	12 (75.0)	1 (50.0)				
ANAS	No, n(%)	45 (54.2)	3 (33.3)	1.419	2.368	(0.555-10.1)	0.234
	Si, n(%)	38 (45.8)	6 (66.7)				

Nota: Las variables cualitativas fueron representadas como número y porcentaje. Se considera estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$ Fuente: Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”.

En la tabla 5, se analiza la relación entre la participación en actividades extracurriculares y la participación en el trabajo, considerando distintos niveles de ansiedad social de acuerdo con el instrumento de medición. Los resultados de esta tabla indican que la relación entre la participación en actividades extracurriculares y realizar alguna actividad laboral, no es estadísticamente significativa en la todos los niveles de ansiedad social estudiados.

13 DISCUSIÓN

En esta sección, se analizarán los resultados que fueron obtenidos a través de las encuestas aplicadas al grupo de adolescentes estudiados que incluyen la ficha de identificación y el instrumento de medición, en relación con la frecuencia de ansiedad social. La información recopilada proporciona una visión muy valiosa de la experiencia de ansiedad social en esta población específicamente, posterior a sufrir un confinamiento a causa del COVID 19, por lo que, nuestra discusión se centrará en los patrones observados, los factores que pueden estar contribuyendo a la presencia de estos resultados, las implicaciones que estos hallazgos tienen para la salud mental de los adolescentes y las posibles intervenciones a realizar.

Se aplicó la encuesta a una muestra de adolescentes que cursaban el tercer año de secundaria en la escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas, en el turno vespertino, a los 6 grupos que conformaban dicho grado escolar. Se decidió trabajar con el turno de la tarde, por facilidad para aplicar las encuestas, ya que no interfería con nuestras actividades académicas. Se encuestaron a un total de 156 alumnos, de los cuales, un adolescente, no autorizó la utilización de sus datos para este estudio, por lo que se descartó ese estudiante y la muestra final quedó conformada por 155 alumnos. En el apartado 8.1 del análisis de resultados, se describe con mayor claridad la cantidad de estudiantes que conformaban cada grupo de tercer año, evitando describirlo nuevamente en este apartado por no considerarse significativo para la discusión de resultados.

El diseño de la escala aplicada involucró una exhaustiva revisión bibliográfica que identificó posibles desencadenantes, factores, situaciones o causas que podrían influir en la aparición de la ansiedad social en adolescentes que regresaban a clases presenciales después de un largo período de confinamiento en sus hogares. Como resultado de esta revisión, se seleccionaron una serie de variables que se consideraron relevantes para comprender la ansiedad social en esta población. Estas variables incluyeron el año de ingreso a la escuela evaluada, el número de

hermanos o si eran hijos únicos, la participación en actividades extracurriculares antes o después del horario escolar, la realización trabajos remunerados en el momento de la encuesta, la existencia de diagnósticos psiquiátricos previos, la percepción del rendimiento académico, el tipo de estructura familiar y la pérdida de un familiar o conocido cercano debido al COVID-19. Estas variables se analizaron en este estudio para determinar si tenían alguna relación con la presencia de ansiedad social en los adolescentes.

Con relación a la variable del sexo biológico, según los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que la disparidad entre participantes de género masculino y femenino fue mínima. Se observó que el 52.9% de los encuestados eran mujeres, en comparación con el 47.1% que correspondía a hombres en la muestra total. Por otro lado, en este estudio, la edad de los participantes no mostró relevancia estadística, ya que la mediana de edad fue de 14.0 años. Esto se explica por el hecho de que los encuestados pertenecían a un solo grado escolar, lo que resultó en una dispersión estadística mínima en cuanto a la edad.

Resultó de gran interés investigar el momento en que los encuestados se inscribieron en la escuela objeto de estudio, con el propósito de evaluar si este factor tenía alguna relación con la presencia de ansiedad social. Se planteó inicialmente la hipótesis de que los estudiantes que ingresaron en tercer año podrían experimentar niveles más altos de ansiedad social, dado que podrían considerarse a sí mismos como los "nuevos" en la escuela, expresando síntomas propios de ansiedad social, como lo marca la bibliografía, que dichos síntomas pueden verse desencadenados al momento de tener que formar nuevos círculos sociales en diferentes contextos (33). En nuestros hallazgos, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos que se inscribieron desde el primer año y aquellos que lo hicieron en años posteriores. El 7.7% de los estudiantes encuestados ingresó al inicio del segundo año, en comparación con el 11.6% que se inscribió en el tercer año.

Sin embargo, al analizar la relación de esta variable con los niveles de ansiedad social, se descubrió que no era estadísticamente significativa ($p=0.808$). Esto se evidenció en el hecho de que el 66% de los estudiantes que ingresaron durante el último año presentaba niveles altos de ansiedad social, en contraste con el 59% de los estudiantes que estaban inscritos desde el primer año y que también mostraban niveles elevados de ansiedad social. En consecuencia, esta observación desestimó la hipótesis previamente formulada, a pesar de que el porcentaje era mayor en los estudiantes inscritos durante el último año, esto no era estadísticamente significativo.

En cuanto a la variable que evaluaba si los estudiantes tenían hermanos o eran hijos únicos, al realizar el análisis estadístico, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) entre los estudiantes que tenían hermanos (91.6%) y los que eran hijos únicos (8.4%). Esta discrepancia planteó la cuestión de si los estudiantes con hermanos podrían expresar niveles más bajos de ansiedad social debido a la convivencia diaria con personas diferentes a sus padres. Sin embargo, al analizar la relación entre la presencia de ansiedad social y la variable de tener hermanos, no se observó relevancia estadística ($p = 0.725$). Esto se justificó al notar que los porcentajes de adolescentes con hermanos que tenían niveles altos de ansiedad social y aquellos sin hermanos con niveles altos eran similares (60% vs. 54%, respectivamente). Sorprendentemente, se descubrió que los estudiantes con alta ansiedad social eran los que sí tenían hermanos.

Con relación a la variable anterior, surgió una pregunta adicional. Se evaluó si los adolescentes con hermanos vivían juntos en la misma casa o no. Se observó una significación estadística entre los que vivían juntos y los que no ($p > 0.0001$), lo que planteó la teoría de que aquellos que no vivían juntos podrían experimentar una mayor ansiedad social en comparación con los que convivían a diario durante el confinamiento. Sin embargo, al analizar los datos de la tabla 2, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.978$). Al igual que en la variable

anterior, los porcentajes fueron similares, revelando que el 67% de los estudiantes con hermanos que no vivían juntos experimentaban niveles más altos de ansiedad social, en comparación con el 59% de los que vivían juntos. Estos hallazgos podrían respaldar la idea de que convivir con hermanos podría reducir los niveles de ansiedad social, pero es importante destacar que los resultados de esta variable no fueron estadísticamente significativos en este estudio.

Otra variable de interés que se evaluó fue la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y la presencia de altos niveles de ansiedad social, ya que los estudios demuestran que la historia previa de trastorno psicopatológicos tiene una probabilidad de hasta 3 veces mayor de padecer ansiedad social (34). En la Tabla 1, se observa una significativa diferencia estadística ($p < 0.0001$) entre la cantidad de adolescentes con algún diagnóstico psiquiátrico y aquellos sin ningún diagnóstico (9% vs. 91%, respectivamente). Sin embargo, al analizar la correlación entre los niveles de ansiedad y esta variable, los resultados indicaron que no existía una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.182$), como se muestra en la Tabla 2 en la sección de resultados.

Al revisar diversas fuentes bibliográficas, se encontró que la presencia de ansiedad social tenía un profundo impacto en la calidad de vida y la funcionalidad en áreas críticas, particularmente en el entorno escolar, donde el rendimiento académico se veía afectado (35). De manera relevante, un estudio realizado en China en 2022 también identificó una fuerte correlación entre la presencia de síntomas de ansiedad social y un bajo rendimiento académico en adolescentes (36). Por tanto, se incluyó en este estudio la medición de la percepción que los estudiantes tenían sobre su propio rendimiento académico. Los resultados, como se detalla en la Tabla 1, mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$), con la mayoría de los estudiantes reportando que su rendimiento era regular o bueno (41.3% vs. 41.9%, respectivamente). Sin embargo, al correlacionar esta variable con los niveles de ansiedad, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p =$

0.325), lo que indica que en este estudio no se estableció una relación significativa entre los niveles de ansiedad social y el rendimiento académico.

Dada la profunda repercusión de la pandemia de COVID-19, que lamentablemente resultó en un significativo número de pérdidas humanas, surgió un interés en evaluar el impacto de conocer a alguien cercano que haya fallecido a causa de este virus. En nuestra muestra de adolescentes, afortunadamente, una minoría informó que habían experimentado esta dolorosa circunstancia. Los análisis revelaron que esta variable era estadísticamente significativa ($p < 0.0001$), como se muestra en la Tabla 1 anteriormente presentada. Sin embargo, al explorar una posible correlación entre esta variable y los niveles de ansiedad experimentados por los adolescentes, no se encontró significación estadística ($p = 0.893$). Por lo tanto, en este estudio, no se estableció una relación entre la ansiedad social y la experiencia de adversidades relacionadas con el COVID-19 vividas por los adolescentes encuestados.

En relación con el tipo de estructura familiar, se observó una significativa relevancia estadística ($p < 0.0001$) en la muestra de encuestados. La mayoría de los participantes reportó pertenecer a una familia biparental, representando el 59% de la muestra, mientras que el resto se distribuyó entre familias monoparentales, reconstruidas y otros tipos (como familias extensas o aquellas encabezadas por un tutor distinto a los padres). Los porcentajes específicos se detallan en la Tabla 1. Sin embargo, al realizar un análisis comparativo entre las variables de ansiedad social y el tipo de estructura familiar, no se observó una relevancia estadística ($p = 0.568$). De manera similar a las variables previamente discutidas, no se encontró evidencia de una asociación entre ambas.

En la segunda parte del cuestionario, se evaluaron los niveles de ansiedad social de acuerdo con la escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A), utilizando la versión validada en México. El objetivo principal de este estudio de investigación era comprobar si la frecuencia de ansiedad social era elevada en los adolescentes que regresaban a clases presenciales después de haber cursado sus dos primeros

años en línea debido al confinamiento por COVID-19. Los resultados, que se presentan de manera explícita en la Gráfica 1, respaldaron esta hipótesis, ya que el 59% de los encuestados (n=92) mostraron niveles elevados de ansiedad social. El porcentaje restante se distribuyó entre niveles de ansiedad social moderada, baja y muy baja (12% vs. 14% vs. 15%, respectivamente). Se planteó la posibilidad de dividir a los encuestados en dos grupos: aquellos que presentaban ansiedad social (combinando niveles altos y moderados) y aquellos que no la presentaban (combinando niveles bajos y muy bajos), lo que resultó en un total de 115 adolescentes con evidentes niveles de ansiedad social, representando el 74% del total de la muestra encuestada. Sin embargo, debido a la falta de estudios previos que hayan utilizado este tipo de agrupamiento, se optó por analizar la relación entre las variables de la primera parte del cuestionario y los cuatro niveles de ansiedad social, en el resto de los resultados.

A continuación, se llevó a cabo un análisis utilizando la prueba de chi-cuadrado para investigar la relación entre las variables de la primera parte de la entrevista y los resultados de la escala de ansiedad social. Este análisis se facilitó debido a que ambas variables eran de naturaleza cualitativa, lo que permitió identificar las variables que mostraron significancia estadística en este estudio. Las variables que resultaron ser estadísticamente significativas incluyeron el sexo biológico ($p = 0.008$), la participación en actividades extracurriculares por parte de los adolescentes ($p = 0.035$) y si los estudiantes realizaban trabajo remunerado mientras cursaban la secundaria ($p = 0.003$). A continuación, se analizarán y discutirán en detalle las relaciones entre estas variables y la presencia de ansiedad social. Por otro lado, se observó que las demás variables no alcanzaron significancia estadística, como se mencionó previamente.

Al analizar los resultados en relación con el sexo biológico y su vínculo con los niveles de ansiedad social, observamos que existió una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con niveles elevados de ansiedad social y los hombres con niveles muy bajos. Los resultados concretos se presentan en la Tabla

2, donde se puede apreciar que el 63% de las mujeres presentaron niveles altos en comparación con el 37% de los hombres. Por otro lado, los hombres representaron una proporción significativa de encuestados que mostraron niveles muy bajos de ansiedad social (74%) en comparación con el 26% de las mujeres. No se observaron diferencias significativas en los niveles bajos y moderados.

Estos hallazgos concuerdan con diversos estudios citados en la literatura científica. Por ejemplo, Mohamad et al. informaron que durante el confinamiento por COVID-19, la prevalencia más alta de ansiedad social se encontraba entre las mujeres (37). En México, Medina-Mora et al. demostraron que las mujeres mexicanas presentan con mayor frecuencia trastorno de ansiedad social, argumentando que los hombres pueden evitar situaciones sociales sin ser fácilmente identificados debido a las expectativas sociales, mientras que las mujeres enfrentan una mayor carga social (38). Investigaciones previas, como la realizada por Olivares R. et al. en 2006, señalaron que las mujeres tenían el doble de riesgo de padecer ansiedad social en España, con una distribución por sexo de 2:1 (39). Varios autores han llegado a conclusiones similares, sugiriendo que las mujeres podrían ser más permisivas al expresar estos síntomas, lo que podría contribuir a la alta prevalencia en este género (34, 40, 41).

Resultados similares se han encontrado en otros países, como Eslovenia, donde las mujeres exhibieron niveles más elevados de ansiedad social, especialmente en términos de aprehensión y miedo a la evaluación negativa (42), y en Arabia Saudita (43). Además, un estudio realizado en Bélgica destacó que las mujeres tienden a ser más vigilantes ante posibles amenazas y son sobreprotegidas desde una edad temprana en comparación con los hombres, lo que se refleja en un mayor miedo a la evaluación negativa, la evitación social y la incomodidad en nuevas situaciones o con personas desconocidas, con un porcentaje de hasta el 41%. Curiosamente, los hombres reportaron una mayor ansiedad social en la adolescencia tardía (44).

Una de las variables que se reveló como fundamental en este estudio es la participación de los adolescentes en actividades extracurriculares. Aunque no mostró significación estadística en términos del número de estudiantes que informaron su participación ($p = 0.574$), al analizar la correlación de esta variable con los niveles de ansiedad social, se encontró una relevancia estadística ($p = 0.035$). A pesar de que los porcentajes de estudiantes que participaban en actividades extracurriculares y los que no eran bastante similares, al desglosar a los encuestados en función de sus niveles de ansiedad social, resultó notable que la mayoría de los que participaban en actividades extracurriculares tenían niveles muy bajos de ansiedad social (70%). Este hallazgo sugiere que la participación en actividades extracurriculares puede estar relacionada con niveles más bajos de ansiedad social en los adolescentes, a pesar de que la diferencia en el número de estudiantes que participan no sea estadísticamente significativa.

Con relación a los hallazgos previos, estudios iniciales realizados durante el confinamiento resaltaron la necesidad de investigar la posible asociación entre la actividad física y la presencia de ansiedad social. Investigaciones en el Reino Unido y Estados Unidos abordaron este tema, pero no encontraron asociaciones significativas, sin embargo, en China y Canadá, se informó que aquellos que llevaban una vida sedentaria tenían cinco veces más síntomas de ansiedad social en comparación con quienes eran físicamente activos; el estudio canadiense destacó que los estudiantes sedentarios informaban síntomas de ansiedad social de severidad moderada a extrema (33).

En España, se llevó a cabo un estudio con una muestra de 1012 adolescentes de 13 centros educativos, y se encontró que aquellos que no participaban en actividades deportivas tenían una probabilidad 2.72 veces mayor de padecer ansiedad social en comparación con los que sí realizaban actividades deportivas, lo que indicó un riesgo menor de 0.78. Además, este estudio sugirió que involucrarse en pasatiempos disminuía la probabilidad de desarrollar psicopatologías, subrayando la complejidad del concepto de actividades psicosociales debido a las

dificultades para medirlas (34). De manera similar, en Arabia Saudita, se ha demostrado que los estudiantes que no realizan actividad física de manera regular y llevan una vida sedentaria tienen una mayor predisposición a experimentar ansiedad (43).

Continuando con la discusión de las variables que mostraron importancia estadística, nos enfocamos en aquellos estudiantes que informaron tener un empleo formal remunerado al momento de la encuesta. La mayoría de los participantes afirmó que no estaban empleados (83.2%), en contraste con aquellos que estaban trabajando (16.8%), como se detalla en la tabla 1 ($p < 0.0001$). Al correlacionar esta información con los niveles de ansiedad social, nuevamente se observó una significativa relación estadística ($p = 0.003$), y estos resultados se presentan con mayor detalle en la tabla 2. Este hallazgo es relevante, ya que sugiere que las implicaciones de tener un trabajo remunerado podrían estar asociadas a la presencia de ansiedad social. Estas implicaciones podrían incluir una mayor carga de responsabilidades, menor tiempo libre para actividades de ocio, posiblemente un aumento de la carga emocional en el entorno familiar, dificultades económicas que motivan la adquisición de un empleo, entre otras situaciones que merecen una investigación más detallada.

Los datos previamente reportados suscitan un interés considerable, ya que múltiples investigaciones señalan factores potenciales que pueden desencadenar la ansiedad social. Entre ellos, destacan las dificultades académicas y económicas, que podrían estar vinculadas a la búsqueda de empleo (33). Además, diversos estudios han revelado que las familias con ingresos económicos más elevados experimentan niveles más bajos de ansiedad en comparación con aquellas con ingresos más bajos. Esto sugiere que un estatus socioeconómico superior conlleva ventajas como una mejor nutrición, un mayor acceso a servicios de salud y una inversión más significativa en la educación de los hijos. Por otro lado, las familias de bajos ingresos a menudo enfrentan desafíos relacionados con la salud mental de los padres, dificultades financieras, divorcios, falta de privacidad, problemas

legales, dificultades en el ámbito escolar, entre otros. Estos factores, a su vez, podrían influir en la decisión de los adolescentes de buscar empleo (37).

Dada la significancia estadística encontrada en las variables de relevancia por separado, surgió la necesidad de evaluar su interacción. En un primer análisis, como se detalla en la Tabla 3, se examinó la relación entre los niveles de ansiedad social y la participación en actividades extracurriculares, diferenciando según el sexo biológico. Se encontró una significancia estadística ($p = 0.040$) entre los adolescentes con altos niveles de ansiedad social. De los 92 estudiantes que presentaron altos niveles de ansiedad social (ANAS), la mayoría eran mujeres ($n=58$), y se observó que el 60.3% de estas alumnas no participaban en actividades extracurriculares. Este hallazgo sugiere que las alumnas que, al regresar a clases presenciales, limitaban sus actividades al entorno escolar sin participar en actividades extracurriculares, tenían mayores probabilidades de experimentar altos niveles de ansiedad social. Por ende, la falta de participación en actividades extracurriculares podría considerarse un factor de riesgo identificado específicamente en mujeres.

Los resultados obtenidos descritos previamente, están en sintonía con la literatura revisada. Un estudio en China en 2022 destacó la fuerte asociación entre la escasa actividad física y la presencia de ansiedad (36). Además, en una investigación realizada en Arabia Saudita, se observó que una considerable proporción de estudiantes experimentaba ansiedad social al volver a clases, señalando la asociación de síntomas ansiosos con ciertos aspectos del estilo de vida, y otorgando especial relevancia a la actividad física como un factor protector (43). Al contrastar estos informes a nivel internacional, los resultados coinciden con los hallazgos de nuestro estudio. Sin embargo, a diferencia de la bibliografía revisada, un aspecto crucial que surge en relación con las actividades extracurriculares es su vínculo con el sexo biológico.

Un descubrimiento de notable relevancia es la correlación identificada entre los niveles de ansiedad, la actividad laboral y el sexo biológico, plasmando los resultados en la tabla 4. Se observó una significancia estadística entre los adolescentes con niveles muy bajos de ansiedad social, siendo en su mayoría hombres, donde el 52.9% se encontraba empleado. Esto sugiere que, para los hombres, la combinación de empleo y estudios podría actuar como un factor protector, ya que la mayoría de aquellos que trabajaban presentaban niveles muy bajos de ansiedad. No obstante, es crucial señalar que ninguna mujer empleada alcanzó niveles muy bajos de ansiedad social, lo cual podría influir en los resultados obtenidos. En el contexto de esta observación, durante la revisión bibliográfica se encontró un estudio realizado en México en 2008, donde se midieron los niveles de ansiedad social, este estudio demostró que aquellos sin pareja estable y sin empleo presentaban niveles más elevados de ansiedad social, destacando la importancia del empleo bien remunerado como un elemento fundamental para el bienestar psicológico (38).

En el proceso de análisis de las variables que demostraron significancia estadística, se presenta en la tabla 5 la relación entre las actividades extracurriculares y los niveles de ansiedad social, segmentados según la participación laboral de los adolescentes. Se esperaba identificar alguna relación entre estas variables; sin embargo, los resultados obtenidos no revelaron relevancia estadística. En consecuencia, se concluye que no existe una relación discernible entre las actividades extracurriculares y el empleo en los adolescentes, sin prever la presencia de algún riesgo o factor protector.

Como objetivo principal de este estudio fue demostrar que la frecuencia de ansiedad social era alta en los adolescentes que retomaban clases presenciales posterior al confinamiento por COVID 19, encontrando en este estudio que la frecuencia de estudiantes con niveles altos de ansiedad social fue de 59%, lo cual se considera alta en comparación con las prevalencias reportados en diferentes países, en diferentes grupos etarios o incluso dentro de muestras similares.

Para demostrar lo mencionado anteriormente, se ha visto que en Estados Unidos el National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area (ECA) reporta una prevalencia de un 4%, sin embargo, otros autores mencionan que la prevalencia de ansiedad social varía desde 2.4 % a 16%, tomando en cuenta población estadounidense y europea; estos mismos estudios reportan prevalencias en España de 4.07%, en Brasil varía de 4.7 % a 7.9%, e incluso en Australia de 2.7% (45). De acuerdo con el DSM 5, se reporta una prevalencia en población general de un 7%, pero recalcan que la prevalencia es mayor en personas de origen latino (14).

Por otra parte, en México según la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, reporta una prevalencia de 4.7% en población general (45). De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de México, describe que la prevalencia de la fobia social se presenta entre el 3 y 13%, sin embargo, recalcan que hasta un 20% puede presentar miedo excesivo de hablar en público sin llegar a cumplir criterios suficientes para diagnosticar ansiedad social (46). De la misma manera, en un estudio realizado en estudiantes de la Universidad Iberoamericana de México reportan prevalencias de 3.9% (47). Al enfocarnos a la población adolescente, se encontró un estudio similar con una muestra de 306 adolescentes, realizado en el 2015, en donde reportan una prevalencia de hasta 15.4 % (48), lo cual nos hace concluir que la frecuencia que obtuvimos fue alta en comparación con los estudios previamente reportados.

La decisión de evaluar la presencia de ansiedad social posterior al confinamiento en este estudio se basó en la revisión bibliográfica de otros países, ya que hasta el momento en México existe poca investigación al respecto. Durante el confinamiento en casa, los estudiantes pudieron eludir situaciones sociales que desencadenaban síntomas ansiosos, como participar en clase, presentarse en público o simplemente comunicarse con compañeros o profesores. Se ha destacado que, a pesar de que el confinamiento proporcionó un alivio a corto plazo de la ansiedad social, con el tiempo y al regresar a las clases presenciales, esta evitación tendrá consecuencias

significativas a largo plazo, limitando la capacidad para forjar relaciones de amistad, sentimentales o simplemente adquirir habilidades sociales (49).

Para concluir esta sección de discusión, es fundamental destacar aspectos que contribuyen a una comprensión más profunda del proceso de ansiedad social en adolescentes. En primer lugar, es relevante señalar que este trastorno tiende a ser subdiagnosticado, ya que raramente los adolescentes buscan ayuda profesional, lo que dificulta su identificación en contextos médicos convencionales. Este estudio se distingue por su enfoque en la detección de adolescentes fuera de un entorno clínico, revelando que la ansiedad social es más prevalente de lo que se diagnostica en centros de atención a la salud mental (35). Un factor adicional por considerar es que, en México, la timidez se percibe como algo normal durante el desarrollo, lo que puede obstaculizar el diagnóstico oportuno (35). La elección de trabajar con adolescentes en este estudio se fundamenta en que este periodo es crítico para el desarrollo de mecanismos físicos y mentales que les permitan afrontar los desafíos de la adultez. Así mismo durante la adolescencia, los niveles de estrés son más elevados, interfiriendo con el desarrollo de estos mecanismos y determinando la forma en que los jóvenes interactúan socialmente y procesan sus emociones. Esto puede dificultar la convivencia social con sus pares, resaltando la importancia del diagnóstico oportuno de la ansiedad social (37).

14 LIMITACIONES

A lo largo de la investigación, surgieron nuevos requisitos que no pudieron abordarse completamente debido a las limitaciones inherentes al alcance del proyecto. Una limitación crucial se relaciona con el tamaño de la muestra; a pesar de ser una cantidad considerable, duplicar o incluso triplicar el tamaño de la muestra habría conferido mayor representatividad, permitiéndonos acercarnos más a la realidad que experimentan los adolescentes en la actualidad. Además, la investigación se restringió a un solo centro escolar, limitando así nuestros resultados a un único segmento de estudiantes, específicamente nuestra muestra representa a las escuelas públicas, excluyendo a aquellos de instituciones privadas. Asimismo, debido a los objetivos del estudio, se optó por analizar únicamente a los adolescentes de último grado, destacando el impacto del confinamiento y su repercusión en la ansiedad social. Sin embargo, no se abordaron estudiantes de otros grados escolares, lo que podría haber enriquecido y diferenciado de manera más precisa la comprensión de la ansiedad social en diversos rangos de edades.

Otra limitación significativa se relaciona con la obtención de resultados, ya que se basó en los informes percibidos por los propios estudiantes. Esta metodología excluyó las perspectivas de padres o maestros, aspecto fundamental para evaluar la repercusión de la ansiedad social en diferentes áreas de funcionalidad. Esta elección nos deja con una percepción limitada al estudiante, posiblemente sesgada por diversos factores como la comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas o los errores cognitivos frecuentes en esta etapa crítica del desarrollo estudiantil. Finalmente se identificó como limitante, la escasa literatura que existe en México al respecto del tema en cuestión, ya que no se encontró algún estudio con características parecidas, teniendo que ser basado en bibliografía mundial.

15 FORTALEZAS

La principal fortaleza de esta investigación, a pesar de haber sido identificada previamente como una limitación potencial, radica en su carácter innovador en el contexto de las referencias bibliográficas e investigaciones existentes en nuestro país. Esta singularidad no solo añadió un elemento ventajoso al estudio, sino que también permitió abordar posibles escenarios que han sido observados a nivel mundial. Otra fortaleza destacada fue la elección de investigar a una parte específica de la población estudiantil que, desafortunadamente, vivió sus dos primeros años de secundaria en confinamiento debido a las medidas adoptadas por la pandemia de COVID-19. Este enfoque resultó ser de gran interés, ya que evidenció que la frecuencia de ansiedad social estaba notablemente elevada en esta población particular.

Finalmente, dada la generalizada familiaridad con las nuevas tecnologías durante el periodo de confinamiento por la población, la recopilación de datos de las encuestas a distancia se llevó a cabo de manera precisa y eficiente. Este aspecto, facilitado por la adaptación de la población al uso de tecnologías digitales, contribuyó positivamente al proceso de recopilación de datos y, por ende, a la calidad de la información obtenida.

16 CONCLUSIONES

En resumen, los resultados de esta investigación proporcionan una visión valiosa de la ansiedad social en una población adolescente que experimentó un retorno a las clases presenciales después de un prolongado periodo de confinamiento debido al COVID-19. A través de una muestra de 155 alumnos de tercer año de secundaria, se identificaron patrones significativos en los niveles de ansiedad social, con un 74% de los encuestados exhibiendo niveles elevados o moderados.

Se logró confirmar la hipótesis planteada que la frecuencia de ansiedad social es alta presentándose en un 59% de nuestra muestra, lo cual supera la prevalencia reportada en múltiples estudios previos. Se observó que las mujeres presentaban una mayor propensión a niveles altos. La participación en actividades extracurriculares emergió como un factor protector en mujeres, teniendo menos riesgo de padecer altos niveles de ansiedad social, mientras que la presencia de un empleo remunerado mostró una conexión con niveles más bajos de ansiedad, principalmente en hombres.

Es crucial subrayar que, a pesar de la correlación identificada entre el empleo y la ansiedad social en los adolescentes, esta investigación no establece causalidad. Sin embargo, estos hallazgos proporcionan una base para futuras investigaciones y resaltan la importancia de considerar múltiples factores al abordar la ansiedad social en adolescentes. Se destaca la necesidad de enfoques integrales que consideren tanto factores individuales como ambientales. La detección temprana y el abordaje de la ansiedad social en adolescentes son esenciales para promover su bienestar emocional y su desarrollo social durante esta etapa crucial de la vida.

17 PERSPECTIVAS

A lo largo de la investigación, se han identificado áreas de interés que se sugiere explorar en futuros estudios para enriquecer la comprensión de la ansiedad social. Se destaca una notable asociación entre el uso de tecnologías y redes sociales y la presencia o ausencia de ansiedad social, lo que sugiere la necesidad de investigar estos factores de manera más detallada para desarrollar estrategias más efectivas en el futuro. Además, se han identificado otros elementos que podrían contribuir significativamente a una visión integral de este trastorno. Se recomienda explorar aspectos como el tabaquismo o consumo de sustancias, la relación entre la ansiedad social y la estabilidad en las relaciones sentimentales, el impacto en diferentes grados escolares, la influencia de la personalidad, el entorno social de la familia, la presencia de fobia social en los padres, el papel de la sobreprotección o el rechazo parental, la relación con la obesidad, la situación de vacunación contra el COVID, los niveles de testosterona y hasta la influencia de la religión practicada.

En retrospectiva, este estudio no profundizó en la diversidad de tipos de ansiedad social y su relación con las diversas variables estudiadas, lo cual es considerado un área de oportunidad en un futuro. Además, se sugiere ampliar el alcance de la investigación para incluir no solo a adolescentes, sino también a escolares, reconociendo momentos críticos en el desarrollo de la ansiedad social según la edad, específicamente entre los 3 y 6 años y entre los 12 y 15 años. Por último, sería beneficioso explorar la relación con los niveles de precaución durante o después del confinamiento, analizando cómo estas dinámicas se reflejan en las medidas implementadas tanto en el entorno doméstico como en el escolar.

18 BIBLIOGRAFÍA

1. Román López Idalmis, Zayas Fajardo María Luz, Román López Milagro Yamila, Rodríguez Rodríguez Raída Rosalina, Fonseca Rivero Yilian. Alteraciones psicológicas en niños y adolescentes durante confinamiento social por COVID-19. Policlínico René Vallejo Ortiz. 2021; 25(2): e2095. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182021000200002&lng=es. Epub 01-Mar-2021.
2. Chawla N, Tom A, Sen MS, Sagar R. Psychological impact of COVID-19 on children and adolescents: A systematic review. Indian J Psychol Med. 2021;43(4):294–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34385721/>
3. González-Jaimes NL, Tejeda-Alcántara AA, Espinosa-Méndez CM, Ontiveros-Hernández ZO. Psychological impact on Mexican university students due to confinement during the Covid-19 pandemic. SciELO. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/756>
4. Pedraza-Aguirre S, Arellanez-Hernández JL, Beltrán-Guerra LF, Romero-Pedraza E. Datos sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el contexto de la contingencia por COVID-19 en adultos-jóvenes veracruzanos. UVserva. 25 de octubre de 2021; (12):14-23. Disponible en: <https://uvserva.uv.mx/index.php/Uvserva/article/view/2820>
5. Saravia-Bartra María M., Cazorla-Saravia Patrick, Cedillo-Ramirez Lucy. Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de Covid-19. Rev. Fac. Med. Hum. 2020 Oct; 20(4):568-573. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400568&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3198>.
6. Orgilés M, Espada JP, Delvecchio E, Francisco R, Mazzeschi C, Pedro M, et al. Anxiety and depressive symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic: A transcultural approach. Psicothema. 2021; 33(1):125–30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33453745/>

7. Gatell-Carbó A, Alcover-Bloch E, Balaguer-Martínez JV, Pérez-Porcuna T, Esteller-Carceller M, Álvarez-García P, et al. State of child and adolescent mental health during the first wave of the COVID-19 pandemic and at the beginning of the 2020-2021 school year. *An Pediatr (Barc)*. 2021;95(5):354–63. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403321002575>
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & sadock sinopsis de psiquiatria clinica. 10th ed. Lippincott Raven; 2012
9. Baltes PB, Featherman DL, Lerner RM, editors. Life-span development and behavior. Psychology Press; 2014.
10. Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP. Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;49(4):279–88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
11. Schwartz KD, Exner-Cortens D, McMorris CA, Makarenko E, Arnold P, Van Bavel M, et al. COVID-19 and student well-being: Stress and mental health during return-to-school. *Can J Sch Psychol*. 2021;36(2):166–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/08295735211001653>
12. Sierra JC, Zubeidat I, Fernández Parra A. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Rev Mal-Estar Subj*. 2006;6(2):472–517. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010
13. Zubeidat I, Fernández-Parra A, Sierra JC, Salinas JM. Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares? *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7(3):709–24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770309>
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R)). 5th ed. Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
15. Adoración Urbán DJ, Inglés CJ, Mateu-Martínez O, García Fernández JM. Ansiedad social, depresión y salud durante el ciclo vital en población

- portuguesa. Inf Psicol. 2022;22(2):269–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v22n2a16>
16. Ponce-Alencastro JA, Arredondo-Aldana K, Mera-Posligua MJ. Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR. 2021;4(8 Edición):104–29. <http://dx.doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>
 17. Bravo Calderón MA, Padrós Blázquez F. Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. Vol. 11 (24). Uaricha; 2014. Available from: <http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/82/434>
 18. Olivares-Olivares PJ, Maciá D, Grabiél JC, Olivares J, Amorós M. ¿Trastorno de personalidad por evitación o fobia social generalizada? Un estudio piloto con población adolescente española. Org.pe. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n2/a03v20n2.pdf>
 19. Estrada Araoz EG, Roque MM, Gallegos Ramos NA, Mamani Uchasara HJ, Zuloaga Araoz MC. Estrés académico en estudiantes universitarios peruanos en tiempos de la pandemia del COVID-19. 2021; Available from: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.4675923>
 20. Diario Oficial de la Federación [Internet]. Dof.gob.mx. 2020. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589479&fecha=16/03/2020#gsc.tab=0
 21. Dobarganes PCG. Educación en pandemia: los riesgos de las clases a distancia [Internet]. Org.mx. Available from: https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2021/06/20210602_Educacio%CC%81n-en-pandemia_Documento.pdf
 22. Saxena R, Saxena SK. Preparing children for pandemics. In: Medical Virology: From Pathogenesis to Disease Control. Singapore: Springer Singapore; 2020. p. 187–98.
 23. Racine N, Korczak DJ, Madigan S. Evidence suggests children are being left behind in COVID-19 mental health research. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022;31(9):1479–80. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01672-8>

24. Korzinski D. Kids & COVID-19: Canadian children are done with school from home, fear falling behind, and miss their friends. Angus Reid Institute. 2020. Available from: <http://angusreid.org/covid19-kids-opening-schools/>
25. Craig S, Ames M, Bondi BC, Pepler D. Canadian adolescents' mental health and substance use during the COVID-19 pandemic: Associations with COVID-19 stressors. PsyArXiv. 2020. <http://dx.doi.org/10.31234/osf.io/kprd9>
26. Pelaez M, Novak G. Returning to school: Separation problems and anxiety in the age of pandemics. Behav Anal Pract. 2020;13(3):521–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40617-020-00467-2>
27. Levinson M, Cevik M, Lipsitch M. Reopening Primary Schools during the Pandemic. N Engl J Med. 2020;383(10):981–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMms2024920>
28. Waters L, Allen K-A, Arslan G. Stress-related growth in adolescents returning to school after COVID-19 school closure. Front Psychol. 2021;12: 643443. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643443>
29. Itani MH, Eltannir E, Tinawi H, Daher D, Eltannir A, Moukarzel AA. Severe social anxiety among adolescents during COVID-19 lockdown. J Patient Exp. 2021;8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/23743735211038386>
30. Rashid S, Shaikh S, Mardini L, Saad FS. Back to school: COVID-19 post-lockdown classroom anxiety. Educ Sci (Basel). 2022;12(11):800. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/educsci12110800>
31. Macfarland CAG, Ramírez MCS. Violencia familiar en tiempos de Covid. Gob.mx.http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4891/ML_187.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Jiménez López LM, Sánchez Aragón R, Valencia Cruz A. Escala de ansiedad social para adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. Psicología Iberoamericana. 2013;21(2):72–84. <http://dx.doi.org/10.48102/pi.v21i2.156>
33. Short, M., Martin, K., Livingston, L., & Côté, P. (2021). Physical activity, sedentary behaviour and symptoms of anxiety in post-secondary students: A

- cross-sectional study of two faculties. *Psychiatry Research Communications*, 1(1), 100007. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2021.100007>
34. Zubeidat, I., Parra, A. F., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 31(3), 189–196. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1226
35. Ms, T. D., Mi, G. N., Sanmartín, L. R., Jm, G. F., La Greca, A. M., Zhou, X., Redondo, P. J., & Cj, I. S. (2022). Measurement invariance and latent mean differences between American, Spanish and Chinese adolescents using the social anxiety scale for adolescents (SAS-A). *Psicothema*, 34(1). <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.42>
36. Peng, X., Liang, S., Liu, L., Cai, C., Chen, J., Huang, A., Wang, X., & Zhao, J. (2022). Prevalence and associated factors of depression, anxiety and suicidality among Chinese high school E-learning students during the COVID-19 lockdown. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02512-x>
37. Itani, M. H., Eltannir, E., Tinawi, H., Daher, D., Eltannir, A., & Moukarzel, A. A. (2021). Severe social anxiety among adolescents during COVID-19 lockdown. *Journal of Patient Experience*, 8, 237437352110383. <https://doi.org/10.1177/23743735211038386>
38. Robles García, R., Anahí, R., Flores, E., Padilla Gutiérrez, A. C., Andrea, M., Rojas, Á., Páez Agraz, F., Iberoamericana, U., Para, I., Fortalecimiento, E. L., Capacidades, D. E., Salud, E. N., Focus, México, S., Nacional, I., Psiquiatría, D. E., Ramón De, D. R., & Fuente, L. A. (n.d.). *Psicología Iberoamericana*. Redalyc.org. Retrieved November 2, 2023, from <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328008.pdf>
39. Rodríguez, J. O., & Rodríguez y A. I. Rosa Alcázar, J. A. P. (n.d.). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema.com*. Retrieved November 2, 2023, from <https://www.psicothema.com/pdf/3199.pdf>

40. La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 17–27. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_2
41. Piqueras, J., & Olivares, J. (n.d.). Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España. Redalyc.org. Retrieved November 2, 2023, from <https://www.redalyc.org/pdf/337/33701005.pdf>
42. Garcia-Lopez, L. J., Inglés, C. J., García-Fernández, J. M., Hidalgo, M. D., Bermejo, R., & Puklek Levpušček, M. (2011). Psychometric properties and clinical Cut-Off scores of the Spanish version of the social anxiety scale for adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 93(5), 474–482. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.594126>
43. Rashid, S., Shaikh, S., Mardini, L., & Saad, F. S. (2022). Back to school: COVID-19 post-lockdown classroom anxiety. *Education Sciences*, 12(11), 800. <https://doi.org/10.3390/educsci12110800>
44. Nelemans, S. A., Meeus, W. H. J., Branje, S. J. T., Van Leeuwen, K., Colpin, H., Verschueren, K., & Goossens, L. (2019). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) short form: Longitudinal measurement invariance in two community samples of youth. *Assessment*, 26(2), 235–248. <https://doi.org/10.1177/1073191116685808>
45. Murillo, J. P. M., Rodríguez, D. A., & Bibliográfica, R. (n.d.). PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD SOCIAL. Binasss.Sa.Cr. Retrieved November 28, 2023, from <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>
46. Cárdenas EM, Fera M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, J Del bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
47. Robles García, R., Anahí, R., Flores, E., Padilla Gutiérrez, A. C., Andrea, M., Rojas, Á., Páez Agraz, F., Iberoamericana, U., Para, I., Fortalecimiento, E. L., Capacidades, D. E., Salud, E. N., Focus, México, S., Nacional, I., Psiquiatría, D. E., Ramón De, D. R., & Fuente, L. A. (n.d.-c). *Psicología Iberoamericana*.

Redalyc.org. Retrieved November 28, 2023, from <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328008.pdf>

48. Marín-Ramírez, A. H. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *REVISTA BIOMÉDICA*, 26(1). <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/5/8>
49. Coyle, S., Agos, P., Masia, C., Silva, J., Xavier, A., Martin, G., Wimmer, J., Kalvera, A., Jeyanayagam, B., Lekas, H.-M., Ganho-Ávila, A., & Lima, L. (2022). A qualitative study of social anxiety and impairment amid the COVID-19 pandemic for adolescents and young adults in Portugal and the US. *European journal of education and psychology*, 15(2), 115–131. <https://doi.org/10.32457/ejep.v15i2.1952>

19 ANEXOS

19.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIANTES

Por medio de este medio hago constar que he recibido del Dr. Jorge Luis Paz Vásquez, residente de psiquiatría de cuarto año, la siguiente información:

Se realizará un estudio de investigación, llamado “Frecuencia de ansiedad social en adolescentes de tercer 3er grado de secundaria, quienes cursaron sus primeros 2 años en línea por el confinamiento debido al COVID 19”, realizado en la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, en donde me encuentro inscrito como estudiante, se me invita a participar en dicho estudio.

Entiendo que mi participación consistirá en la realización de encuestas o escalas, las cuales están relacionadas a mi diagnóstico y al tema de investigación, y que mis respuestas deben ser honestas, que no existe ninguna consecuencia física o psicológica para mi persona.

Se me ha explicado de manera verbal y de forma concisa y clara, que la información resultante de mis pruebas es de carácter confidencial, no siendo distribuidas a personas ajenas a esta investigación y no generando ninguna dificultad para continuar con mis estudios en esta institución educativa. Además, se me explicó que mis resultados no serán entregados a mi persona ni a los familiares.

Entiendo que no hay retribución económica por mi participación, siendo el único beneficio la utilización de estos datos para nuevas investigaciones e intervenciones, que favorezcan el tratamiento que se otorga a pacientes con el mismo diagnóstico. Por último, se me ha explicado que puedo retirarme o negarme a participar en cualquier proceso de la investigación, sin ninguna consecuencia negativa para mi persona o para mi continuación como estudiante de esta escuela secundaria.

Por medio de este documento, expreso que se me ha explicado todo lo relacionado con la participación en este estudio de investigación y acepto participar voluntariamente.

Nombre y firma del participante

19.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES

Por medio de este medio hago constar que he recibido del Dr. Jorge Luis Paz Vásquez, residente de psiquiatría de cuarto año, la siguiente información:

Se realizará un estudio de investigación, llamado “Frecuencia de ansiedad social en adolescentes de tercer 3er grado de secundaria, quienes cursaron sus primeros 2 años en línea por el confinamiento debido al COVID 19”. realizado en la Escuela Secundaria General no. 1 “presidente Cárdenas”, en donde al estudiante que represento, se le invita a participar en dicho estudio.

Entiendo que su participación consistirá en la realización de encuestas o escalas, las cuales están relacionadas a mi diagnóstico y al tema de investigación, y que sus respuestas deben ser honestas, que no existe ninguna consecuencia física o psicológica para su persona.

Se me ha explicado que la información resultante de las pruebas es de carácter confidencial, no siendo distribuidas a personas ajenas a esta investigación y no generando ninguna dificultad para continuar con sus estudios en esta institución educativa. Además, se me explicó que mis resultados no serán entregados a los estudiantes ni a los familiares.

Entiendo que no hay retribución económica por mi participación, siendo el único beneficio la utilización de estos datos para nuevas investigaciones e intervenciones, que favorezcan el tratamiento que se otorga a pacientes con el mismo diagnóstico. Por medio de este documento, expreso que se me ha explicado todo lo relacionado con la participación en este estudio de investigación y acepto que el estudiante al que represento participe voluntariamente.

Nombre y firma del padre o tutor

19.3 FICHA DE IDENTIFICACIÓN


FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre:	
Edad:	Sexo:
Numero de hermanos:	¿Cuántos viven contigo?
Grado de inscripción a esta escuela:	
Realizas actividades extraescolares: (SI) (NO)	¿Cuales?
Tiempo a la semana en actividades extraescolares:	
¿Trabajas? (SI) (NO)	
Has recibido atención profesional por algún padecimiento psiquiátrico: (SI) (NO)	¿Cual?
Como valoras tu rendimiento escolar:	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO
¿Alguien cercano a ti falleció por COVID 19? (SI) (NO)	¿Quien?
¿Con quién vives en casa?	

19.4 ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADOLESCENTES (SAS-A)


Señala con qué frecuencia experimentas las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás	1	2	3	4	5
2. Me preocupa ser evaluado por los demás	1	2	3	4	5
3. Me da vergüenza estar rodeado de personas que no conozco	1	2	3	4	5
4. Sólo hablo con personas que conozco bien	1	2	3	4	5
5. Creo que mis compañeros/as hablan de mi a mis espaldas	1	2	3	4	5
6. Me preocupa lo que los demás piensen de mí	1	2	3	4	5
7. Pienso que lo que voy a hacer no gustará a los demás	1	2	3	4	5
8. Me pone nervioso/a hablar con gente de mi edad que no conozco bien	1	2	3	4	5
9. Me preocupa lo que los demás digan de mí	1	2	3	4	5
10. Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas	1	2	3	4	5
11. Me preocupa no gustar a los demás	1	2	3	4	5
12. Me quedo callado/a cuando estoy con/en un grupo de personas	1	2	3	4	5
13. Pienso que los demás se burlan de mi	1	2	3	4	5
14. Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos	1	2	3	4	5
15. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no	1	2	3	4	5
16. Me pongo nervioso/a cuando estoy con otras personas	1	2	3	4	5
17. Siento vergüenza incluso cuando estoy con personas que conozco bien	1	2	3	4	5
18. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo	1	2	3	4	5

19.5 AUTORIZACION DE IMPRESIÓN



Secretaría
de Salud
Gobierno de Puebla





Puebla de Zaragoza, a 20 de mayo del 2024

**ASUNTO:
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS**

Los asesores del protocolo de investigación del alumno **JORGE LUIS PAZ VASQUEZ**, manifiestan por medio de la presente, que posterior a la revisión de la tesis: **FRECUENCIA DE ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DE TERCER GRADO DE SECUNDARIA, QUIENES CURSARON SUS PRIMERAS 2 AÑOS EN LINEA POR EL CONFINAMIENTO DEBIDO AL COVID 19** desarrollada bajo la dirección del **DRA. ANA MARIA TELLO GRANADOS, DR. HECTOR EDUARDO PIMENTEL BOLAÑOS y DR. ENRIQUE TORRES RASGADO**, el trabajo se **APRUEBA** para proceder a la impresión del mismo.

Sin otro particular, reciba un saludo cordial.


ATENTAMENTE

DR. ENRIQUE TORRES RASGADO



S.S.A.
SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIATRICO
DR. RAFAEL SERRANO
DEPTO. ENSEÑANZA

Carretera a Valsequillo Km. 7.5 S/N
Col. Lomas de San Miguel, Puebla, Pue.
Correo electrónico: ensenanzahprs@gmail.com
www.ss.pue.gob.mx

Un gobierno
presente



20 LOGÍSTICA

20.1 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos que fueron utilizados en esta investigación fueron de primera instancia, las personas involucradas en la escuela secundaria que hicieron posible el estudio, como el director, subdirector, trabajo social y maestros de grupos, que facilitaron la posibilidad de realizar la encuesta en los adolescentes. Por otra parte, no hubiera sido posible la investigación sin el apoyo de los asesores expertos, que fueron parte vital para dirigir el curso de la investigación.

20.2 RECURSOS MATERIALES

Gracias a que la encuesta fue aplicada a través de internet, no fue necesaria la utilización de recursos materiales.

20.3 RECURSOS FINANCIEROS

Esta investigación fue financiada totalmente por el autor, declarando que no tiene conflictos de interés alguno.

20.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS DE AVANCES DEL PROTOCOLO DE TESIS:	Junio 2022	Julio 2022	Agosto 2022	Septiembre 2022	Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023
» Antecedentes Generales y Específicos	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
» Justificación y factibilidad		■	■	■	■	■	■	■	■	■		
» Planteamiento del problema y la pregunta de la investigación			■	■	■	■	■	■	■	■		
» Objetivos General y Específicos				■	■	■	■	■	■	■		
» Hipótesis General y/o Estadísticas				■	■	■	■	■	■	■		
» Metodología: Ubicación del estudio Diseño					■	■	■	■	■	■		
» Población y Muestra Criterios de selección						■	■	■	■	■		■

» Variables Definiciones C. y O.												
» Escalas: tipos												
» Instrumento-s de medición												
» Métodos. Procedimientos Describirlos. Recursos.												
» Plan de análisis de datos y manejo estadístico.												
» Aspectos éticos. Consentimiento informado.												
» Referencias												
» Entrega del PROTOCOLO completo.												