

# Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes

Ihab Zubeidat,<sup>1</sup> Antonio Fernández Parra,<sup>2</sup> Juan Carlos Sierra,<sup>2</sup> José María Salinas<sup>2</sup>

Artículo original

## SUMMARY

### Introduction

The study of factors associated with anxiety and social phobia is a subject of recent interest in mental health. Specifically, shyness in children seems to act as an early expression of social phobia that may later consolidate into a clinical entity. The presence of certain psychopathologies and particular styles of child rearing in parents, are perceived by their children, are associated with the emergence of social phobia in adolescence. On the other hand, social anxiety disorder during adolescence or early adulthood may predict subsequent depressive disorders. The presence of both disorders (anxiety and social phobia) during adolescence increases the probability of suffering from them recurrently in early adulthood. Family structure and cohesion as well as stressful life events have been found to be associated with mood disorders during the childhood-youth period. However, studies conducted with young subjects are scarce, even though understanding the factors associated to different psychopathologies in the youth has proven of great value in clinical practice and epidemiology. For this reason, we attempt to evaluate, in a sample of three groups of adolescents (social anxiety, other psychopathologies and without psychopathologies) the possible demographical factors, competences and clinical indexes that could be associated with the different conditions under consideration.

### Methodology

A sample of 1012 adolescents (582 women and 430 men) with an average age of 15.80 years ( $SD = 1.48$ ) fulfilled a series of tests to assess demographical variables, psychosocial competences and clinical indexes.

### Results

The difference between the average scores in the Escala de Ansiedad en Interacción Social —SIAS— was significant for the variables sex and the school year. Sex and couple relationships significantly affect the probability of manifesting social anxiety and other psychopathologies, respectively. Some competences significantly affect the probability of social anxiety, whereas others affect the probability of developing other psychopathologies. The majority of the 46 clinical indexes assessed demonstrate a significant effect on the probability of developing both conditions.

### Discussion and conclusions

The results indicate that, in line with previous studies, the average score of women in the SIAS is slightly higher than in men. The

average score in the SIAS of the young people from formative cycles was slightly higher than in the subjects from the obligatory secondary education and high schools. Very few studies have informed on the differences in social anxiety associated with the educational level. Women presented significantly higher probability of suffering from social anxiety than men.

Unexpectedly, adolescents who maintained couple relationships also showed significantly higher probabilities than the rest of suffering from other psychopathologies. Some psychosocial competences, especially those related to the situations of social interactions, have a significant effect on the probability of developing social anxiety, whereas others (social and behavioural) influence other psychopathologies. In general and to a large extent, the findings are coherent and explainable, although some of them are contradictory. This could be caused by the difficulty to evaluate the complex construct of psychosocial competences. The majority of the evaluated clinical indexes showed a significant effect on the probability of developing of social anxiety and other psychopathologies. This effect is more evident in the group of young people with other psychopathologies than in the group of adolescents with social anxiety. Previous studies have found similar results, especially in the indexes referring to the general measures of anxiety and depression, specific measures of anxiety and avoidance of social situations and personality.

**Key words:** Social anxiety, social phobia, psychopathologies, association, adolescents, clinical indexes.

## RESUMEN

### Introducción

El estudio de factores asociados a la ansiedad y fobia social constituye un tema de reciente interés. Concretamente, la timidez infantil parece actuar como una expresión temprana de la fobia social que más tarde se puede consolidar como cuadro clínico. La percepción de los hijos sobre la presencia de ciertas psicopatologías y de determinados estilos de crianza de los padres se asocia a la aparición de la fobia social en la adolescencia. El trastorno de ansiedad social durante la adolescencia o la adultez temprana puede predecir trastornos depresivos subsecuentes. La presencia de ambos trastornos (ansiedad y fobia social) durante la adolescencia incrementaría la

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid, España.

<sup>2</sup> Universidad de Granada, España.

Correspondencia: Ihab Zubeidat. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Juan del Rosal, Nº 10, 28040 Madrid. TLF: +34 913988565. Fax: +34 913986298. E-mail: izubeidat@psi.uned.es

Recibido primera versión: 6 de octubre de 2006. Segunda versión: 30 de mayo de 2007. Tercera versión: 24 de enero de 2008. Aceptado: 20 de febrero de 2008.

probabilidad de padecerlos de manera recurrente a lo largo de la adultez temprana. La estructura y la cohesión familiar, así como los sucesos estresantes de la vida, se han asociado con trastornos afectivos en la etapa infanto-juvenil. En la actualidad, los estudios realizados en estas edades son escasos, aun cuando el entendimiento de los factores asociados a distintas psicopatologías en la edad temprana reviste importancia clínica y epidemiológica. Por ello, pretendemos evaluar en una muestra de adolescentes formada por tres grupos (ansiedad social, otras psicopatologías y sin psicopatologías) los posibles factores demográficos, de competencias e índices clínicos que pueden estar asociados a las diferentes condiciones estudiadas.

#### Metodología

Una muestra de 1012 adolescentes (582 mujeres y 430 hombres) con una edad media de 15.80 años ( $DT = 1.48$ ) completó en su medio escolar una serie de pruebas que evalúan variables demográficas, competencias psicosociales e índices clínicos.

#### Resultados

La diferencia de medias en las puntuaciones de la Escala de Ansiedad en Interacción Social —SIAS— fue significativa para las variables sexo y curso escolar. El sexo y la relación de pareja ejercieron un efecto significativo en la probabilidad de manifestar ansiedad social y otras psicopatologías, respectivamente. Algunas competencias mostraron un efecto significativo en la probabilidad de presentar ansiedad social, mientras que otras lo hicieron en la probabilidad de desarrollar otras psicopatologías. La mayoría de los 46 índices clínicos evaluados mostró un efecto significativo en la probabilidad de sufrir ambas condiciones.

#### Discusión y conclusiones

Los resultados indican que la puntuación media de las mujeres en la SIAS superó ligeramente a la de los hombres, lo que coincide con estudios previos. La puntuación media en la SIAS de los jóvenes que formaron los ciclos formativos fue ligeramente superior a la de los procedentes de educación secundaria obligatoria y de bachillerato. Hay pocos estudios que informen de diferencias en la ansiedad social asociadas al nivel de estudios. Las mujeres presentaron una probabilidad significativamente mayor que los hombres de sufrir ansiedad social. Los adolescentes que mantenían relaciones de pareja también mostraron significativamente más posibilidades que el resto de presentar otras psicopatologías, el cual es un resultado inesperado. Algunas competencias psicosociales, especialmente las que se relacionan con las situaciones de interacción social, han mostrado un efecto significativo en la probabilidad de sufrir ansiedad social, mientras que otras (sociales y de actuación) lo han hecho en la probabilidad de desarrollar otras psicopatologías. En general, gran parte de estos hallazgos tienen coherencia y explicación, aunque algunos son contradictorios, lo que puede deberse a la dificultad de evaluar el constructo de competencias psicosociales por su complejidad. Por último, la mayoría de los índices clínicos evaluados presentó un efecto significativo en la probabilidad de desarrollar ansiedad social y otras psicopatologías. Este último efecto fue más notorio en el grupo de jóvenes con otras psicopatologías que en el grupo de adolescentes con ansiedad social. Diversos estudios encuentran resultados parecidos a los hallados en éste, especialmente en los índices referentes a medidas generales de ansiedad o depresión, específicas de ansiedad y evitación en situaciones sociales, y de personalidad.

**Palabras clave:** Ansiedad social, fobia social, psicopatologías, asociación, adolescentes, índices clínicos.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un especial interés por estudiar los factores asociados a los distintos trastornos psicopatológicos, entre ellos la ansiedad y fobia social, tanto en población adulta como infanto-juvenil. Entre estos factores, la timidez infantil parece estar asociada con el desarrollo de fobia social en la edad adulta.<sup>1</sup> Así, los informes retrospectivos sobre una timidez extrema se han mostrado asociados significativamente con la fobia social en hombres (*odds ratio* [OR]=2.70) y mujeres (OR=2.90), y con distintos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.<sup>1</sup> En un estudio diferente se ha informado que una elevada timidez infantil se asociaba con una ansiedad social materna (OR=2.14), así como con vivir en una familia inactiva socialmente (OR=1.42).<sup>2</sup> También se ha demostrado que la fobia social de los padres y la de los hijos mantenían una fuerte asociación entre sí (OR=4.70; Intervalo de Confianza [IC]= 1.60-13.50).<sup>3</sup> En este mismo estudio, otras formas psicopatológicas de los padres y su estilo de crianza también se han asociado con la fobia social de los jóvenes (depresión: OR=3.60, IC=1.40-9.10; otros trastornos de ansiedad: OR=3.50, IC=1.40-8.80; abuso de alcohol: OR=3.00, IC=1.10-7.80; sobreprotección: OR=1.40, IC=1.00-1.90 y rechazo de los padres: OR=1.40, IC=1.10-1.90).<sup>3</sup>

El trastorno de ansiedad social se encuentra frecuentemente comórbido con la depresión mayor, por lo que puede constituir un modificador de la asociación y/o el curso de los trastornos del estado de ánimo. La presencia de este trastorno en personas sin depresión, en la línea base, se ha asociado con un incremento de la probabilidad (OR=3.50; IC=2.00-6.00) de aparición del trastorno depresivo durante el periodo de seguimiento.<sup>4</sup> También se ha demostrado que los trastornos de ansiedad o depresión en los adolescentes predecían una probabilidad doble o triple de padecer los mismos en la madurez, resultado que es más evidente para la fobia simple y social que para otros trastornos.<sup>5</sup>

Los niños con una historia previa de trastorno psicopatológico tienen una probabilidad tres veces mayor de ser diagnosticados posteriormente con otro trastorno mental que los que no la tienen (OR=3.70; IC=2.90-4.90), lo que resulta en una asociación alta en ambos sexos, aunque significativamente mayor en las mujeres.<sup>6</sup> En adolescentes, se ha señalado que la frecuencia de los diagnósticos psicopatológicos decrecía desde 19.90% en la línea base hasta 5.70% en el seguimiento, donde los sucesos vitales desagradables y la baja cohesión familiar se asociaban con algunos trastornos afectivos en la línea base.<sup>7</sup> También se ha indicado que los trastornos de comienzo temprano se asocian con la maternidad-paternidad temprana.<sup>8</sup>

En el presente estudio *ex post facto*<sup>9</sup> tratamos de evaluar en una muestra de adolescentes la asociación entre una serie de factores (variables demográficas, competencias psicosociales autoinformadas e índices clínicos), la ansiedad social y otras psicopatologías, frente a la ausencia de psicopatologías.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra seleccionada por un muestreo incidental estaba constituida por 1012 adolescentes (582 mujeres y 430 hombres) de enseñanza secundaria de la provincia de Granada, España, con un margen de edad de 13-19 años ( $M=15.80$ ;  $DT=1.48$ ). Este estudio pertenece a una investigación más amplia realizada con la misma muestra de referencia.

### Instrumentos

- Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes, *YSR/11-18*.<sup>10</sup> Evalúa competencias psicosociales (17 reactivos), comportamientos problemáticos (103 reactivos) y prosociales (16 reactivos). En España, los hombres mostraron puntuaciones altas en conductas externalizantes y las mujeres, en internalizantes.<sup>11</sup>
- Escala de Ansiedad en Interacción Social, *SIAS*.<sup>12</sup> Formada por 20 reactivos con valores de consistencia interna y de fiabilidad *test-retest* superiores a 0.90. Recientemente, se ha informado en población adolescente española de dos factores con valores de consistencia interna de 0.88 y 0.52, respectivamente.<sup>13</sup>
- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, *LSAS*.<sup>14</sup> Incluye 24 reactivos que evalúan la interacción y la ejecución en situaciones sociales por medio de dos subescalas: miedo y evitación. En España, los coeficientes de consistencia interna y *test-retest* fueron superiores a 0.73 y 0.82, respectivamente.<sup>15</sup>
- Escala de Estrés y Evitación Social, *SAD*.<sup>16</sup> Agrupa 28 reactivos que evalúan el malestar subjetivo y la evitación activa mostrados en situaciones sociales. La consistencia interna y la fiabilidad *test-retest* fueron de 0.94 y 0.68, respectivamente; en España, la fiabilidad *test-retest* para la *SAD* fue de 0.85.<sup>17</sup>
- Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, *FNE*.<sup>16</sup> Formada por 30 reactivos dicotómicos que miden la intensidad del miedo ante la evaluación negativa por los demás; los coeficientes de consistencia interna y de fiabilidad *test-retest* encontrados fueron de 0.94 y 0.78, respectivamente. En España, se obtuvo una fiabilidad *test-retest* de 0.84.<sup>17</sup>
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes, *MMPI-A*.<sup>18</sup> Formado por 478

reactivos dicotómicos que evalúan varios rasgos psicopatológicos de la personalidad. Las propiedades psicométricas de la adaptación española han sido adecuadas.<sup>19</sup>

### Procedimiento

Se evaluó a 1012 adolescentes a lo largo de cuatro meses en 13 centros de enseñanza de educación secundaria de la provincia de Granada. Se solicitó el consentimiento de los profesores y de los padres de los adolescentes por escrito. Los alumnos fueron evaluados, mediante los autoinformes descritos, en el aula de clase de forma colectiva por un único evaluador. Las pruebas se administraron en dos sesiones de 75 minutos cada una de ellas. En la primera, los participantes contestaron las pruebas que evalúan distintos comportamientos de los jóvenes y la ansiedad experimentada en situaciones sociales; en la segunda sesión, se completó el *MMPI-A*. Se excluyó del estudio a 15 jóvenes que rechazaron contestar las pruebas y a otros nueve que lo abandonaron.

## RESULTADOS

En el análisis de los datos se utilizaron el paquete estadístico *SPSS-12*<sup>20</sup> y el programa *Epi Info*.<sup>21</sup> Se calcularon los *odds ratios* y sus intervalos de confianza; los que resultaron significativos se señalaron en los cuadros de contingencia.

### Formación de los grupos del estudio

El grupo de ansiedad social fue establecido mediante un criterio cuantitativo basado en las puntuaciones obtenidas en la *SIAS*, cuya media fue de 22.72 ( $DT=11.75$ ). Los adolescentes que puntuaron por encima del punto de corte (40.34, la media más una desviación típica y media) formaron el grupo con ansiedad social. De este modo, se obtuvo un total de 88 (8.70%) adolescentes con ansiedad social dentro de la muestra global. Del mismo modo, los jóvenes que puntuaron por encima del punto de corte en una, dos o las tres escalas: externalizante ( $M=12.81$ ;  $DT=8.15$ ), internalizante ( $M=13.92$ ;  $DT=8.11$ ) y total del *YSR/11-18* ( $M=45.99$ ;  $DT=22.61$ ) constituyeron el grupo de otras psicopatologías. Así, los adolescentes con una puntuación superior a los puntos de corte 26.03, 26.08 y 79.89 para estas tres escalas, respectivamente, formaron el grupo de otras psicopatologías ( $n = 96$ , 9.50%). Los 828 (81.80%) jóvenes restantes formaron el grupo de adolescentes sin psicopatologías.

### Características demográficas de la muestra

La edad media de los participantes fue de 15.80 años ( $DT=1.48$ ). Algo más de la mitad eran mujeres ( $n=582$ ) y el

resto eran hombres ( $n=430$ ). Casi dos tercios ( $n = 654$ ) de los alumnos eran de educación secundaria obligatoria, y el resto se distribuían entre bachillerato ( $n = 187$ ) y diferentes ciclos formativos ( $n=171$ ). Sólo 86 jóvenes realizaban algún tipo de trabajo, mientras que la mayoría ( $n=926$ ) se dedicaba a los estudios. Casi un tercio ( $n=296$ ) informo mantener una relación de pareja, mientras que el resto no ( $n=716$ ); en ningún caso se trató de parejas legalmente establecidas, sino de relaciones de noviazgo.

### Comparación de medias

La diferencia de medias en las puntuaciones de la *SIAS* ha resultado significativa sólo en las variables sexo ( $t=-3.07$ ;  $p<0.001$ ) y curso escolar ( $t=-2.14$ ;  $p<0.05$ ). La media de las puntuaciones de las mujeres ( $M=23.70$ ;  $DT=12.40$ ) en la *SIAS* superó ligeramente a la de los hombres ( $M=21.43$ ;  $DT=10.70$ ); los jóvenes de ciclos formativos ( $M=24.60$ ;  $DT=12.80$ ) obtuvieron una media ligeramente superior a la de los adolescentes de educación secundaria obligatoria y bachillerato ( $M=22.34$ ;  $DT=11.50$ ).

### Prevalencia y *odds ratios* de las variables demográficas y competencias psicosociales

En cuanto a las variables demográficas, el sexo y la relación de pareja se encontraron asociadas a la ansiedad social y otras psicopatologías, respectivamente. Las mujeres mostraron una probabilidad de padecer ansiedad social ( $OR=1.91$ ) significativamente mayor que los hombres ( $OR=0.52$ ). Por otra parte, la probabilidad de presentar alguna psicopatología fue significativamente mayor entre los adolescentes con una relación de pareja ( $OR=1.66$ ) que entre los que no mantenían una (cuadro 1).

Entre las competencias, se encontraron asociadas a la ansiedad social variables como actividades deportivas, amigos íntimos, participación con amigos y hacer cosas por uno mismo. Los jóvenes que informaron no realizar ninguna actividad deportiva presentaron una probabilidad de padecer ansiedad social ( $OR=2.72$ ) significativamente mayor que los que realizaron una ( $OR=0.67$ ), dos ( $OR=0.98$ ) o tres ( $OR=0.78$ ) actividades. Los jóvenes que no contaron con algún amigo íntimo presentaron ansiedad social ( $OR=4.10$ ) más frecuentemente que los que tuvieron uno ( $OR=1.18$ ), dos ( $OR=1.18$ ) o tres ( $OR=0.59$ ) amigos. Además, los jóvenes que no participaron en actividades con los amigos ( $OR=2.34$ ) o sólo en una actividad semanal ( $OR=1.78$ ) mostraron una probabilidad significativamente mayor de experimentar ansiedad social que los que compartieron dos o más actividades ( $OR=0.43$ ). Los jóvenes sin automanejo padecían ansiedad social con una frecuencia significativamente mayor ( $OR=3.62$ ) que los que se automanejaron en una ( $OR=0.78$ ) o dos ( $OR=0.58$ ) ocasiones. Por su parte, las variables juegos/pasatiempos, amigos íntimos, participación con amigos y automanejo se

encontraron asociadas a otras psicopatologías. Los jóvenes que no desarrollaron algún juego o pasatiempo tuvieron una probabilidad ( $OR=0.21$ ) significativamente menor de padecer otras psicopatologías que los que informaron realizar uno ( $OR=1.25$ ), dos ( $OR=1.10$ ) o tres juegos ( $OR=1.25$ ). Los adolescentes sin amigos íntimos tuvieron una probabilidad ( $OR=3.16$ ) significativamente mayor de sufrir otras psicopatologías que los que contaron con uno ( $OR=0.97$ ), dos ( $OR=1.08$ ) o tres amigos ( $OR=0.78$ ). Los alumnos que participaron en una actividad semanal con los amigos mostraron una probabilidad de padecer otras psicopatologías ( $OR=3.41$ ) significativamente mayor que los que no participaron en ninguna ( $OR=1.53$ ) y que los que participan en dos ( $OR=0.26$ ). Por último, los jóvenes sin automanejo desarrollaron otras psicopatologías con una frecuencia significativamente mayor ( $OR=2.34$ ) que los que se automanejaron en una ( $OR=0.64$ ) o dos ( $OR=1.23$ ) ocasiones (cuadro 1).

### Prevalencia y *odds ratios* de los índices clínicos

Se encontró una asociación significativa entre la mayoría de los índices clínicos y el hecho de sufrir tanto otras psicopatologías como ansiedad social (cuadro 2). Entre los índices del *YSR/11-18* significativamente asociados con padecer ansiedad social se encontraron los síndromes internalizantes ( $OR=65.32$ ), ansiedad/depresión ( $OR=19.03$ ), retraimiento ( $OR=10.81$ ) y problemas sociales ( $OR=8.73$ ). Todos los índices referentes a medidas de ansiedad y evitación en situaciones sociales (*LSAS*, *SAD* y *FNE*) se asociaban significativamente con sufrir ansiedad social, donde la probabilidad oscilaba entre 7.82 para la variable total de evitación social y 16.44 para evitación y malestar social. También destacaron los índices introversión social ( $OR=13.89$ ), psicastenia ( $OR=9.18$ ), baja autoestima ( $OR=7.39$ ), malestar social ( $OR=7.15$ ), obsesividad ( $OR=6.37$ ), indicadores negativos de tratamiento ( $OR=5.96$ ) y depresión ( $OR=5.27$ ) del *MMPI-A*, los cuales mostraron una relación significativa con la probabilidad de presentar ansiedad social.

Por otro lado, entre los índices clínicos del *YSR/11-18* asociados significativamente con otras psicopatologías resaltaron los síndromes internalizantes ( $OR=139.27$ ), conducta delincuente o de ruptura de normas ( $OR=44.39$ ), comportamiento agresivo ( $OR=38.67$ ) y ansiedad/depresión ( $OR=21.96$ ). Los índices relacionados con la ansiedad y evitación en situaciones sociales asociados significativamente con otras psicopatologías fueron evitación de situaciones sociales ( $OR=3.00$ ), ansiedad en actuaciones en público ( $OR=2.74$ ), total de ansiedad y evitación social ( $OR=2.63$ ), evitación y malestar social ( $OR=2.34$ ) y total de ansiedad social ( $OR=2.27$ ). Por último, todos los índices del *MMPI-A*, a excepción de masculinidad-feminidad, se encontraron asociados significativamente a otras psicopatologías, donde la *OR* variaba entre 1.74 (depresión) y 9.27 (psicastenia).

Cuadro 1. Porcentaje y *odds ratios* de las variables demográficas y competencias de los grupos de otras psicopatologías y ansiedad social

Variables	Grupos									
	Sin Ps		Otras Ps				Ansiedad social			
	n	(%)	n	(%)	OR	(IC 95%)	n	(%)	OR	(IC 95%)
<b>Sexo</b>										
Hombre	368	(44.44)	35	(36.45)	0.72	(0.45-1.13)	26	(29.55)	0.52*	(0.32-0.87)
Mujer	460	(55.55)	61	(63.54)	1.39	(0.88-2.21)	62	(70.45)	1.91*	(1.16-3.17)
<b>Pareja</b>										
Sin pareja	594	(71.73)	58	(60.41)	0.60*	(0.38-0.95)	64	(72.73)	1.05	(0.63-1.77)
Con pareja	234	(28.26)	38	(39.58)	1.66*	(1.05-2.63)	24	(27.27)	0.95	(0.56-1.60)
<b>Trabajo</b>										
Con trabajo	64	(7.72)	13	(13.54)	1.87	(0.94-3.67)	9	(10.23)	1.36	(0.61-2.96)
Sin trabajo	764	(92.27)	83	(86.45)	0.53	(0.27-1.07)	79	(89.77)	0.74	(0.34-1.65)
<b>Curso</b>										
B	156	(18.84)	14	(14.58)	0.74	(0.39-1.37)	17	(19.32)	1.03	(0.57-1.85)
CF	126	(15.21)	25	(26.04)	1.96	(1.16-3.30)	20	(22.73)	1.64	(0.93-2.87)
ESO	546	(68.11)	57	(59.37)	0.75	(0.48-1.19)	51	(57.95)	0.71	(0.45-1.14)
<b>Actividades deportivas</b>										
Ninguna	58	(7.00)	11	(13.28)	1.72	(0.82-3.53)	15	(17.05)	2.72*	(1.40-5.23)
Una	107	(12.92)	15	(18.11)	1.25	(0.66-2.31)	8	(9.09)	0.67	(0.29-1.49)
Dos	143	(17.27)	16	(16.66)	0.96	(0.52-1.74)	15	(17.05)	0.98	(0.52-1.82)
Tres	519	(62.68)	54	(56.25)	0.76	(0.49-1.20)	50	(56.82)	0.78	(0.49-1.25)
<b>Juegos/pasatiempos</b>										
Ninguno	76	(9.71)	2	(2.08)	0.21*	(0.04-0.90)	7	(8.05)	0.86	(0.35-2.02)
Uno	174	(21.01)	20	(20.83)	1.25	(0.66-1.99)	17	(19.54)	0.91	(0.50-1.63)
Dos	169	(20.41)	21	(21.87)	1.10	(0.64-1.89)	25	(28.74)	1.56	(0.92-2.63)
Tres	405	(48.91)	52	(54.16)	1.25	(0.80-1.96)	38	(43.68)	0.80	(0.50-1.28)
<b>Equipos/clubes</b>										
Ninguno	538	(64.97)	52	(54.16)	0.65	(0.41-1.02)	61	(69.32)	1.15	(0.70-1.91)
Uno	202	(24.39)	27	(28.12)	1.24	(0.75-2.04)	18	(20.45)	0.78	(0.44-1.37)
Dos	50	(6.03)	8	(8.33)	1.44	(0.61-3.27)	7	(7.95)	1.32	(0.53-3.15)
Tres	23	(2.77)	6	(6.25)	2.37	(0.84-6.34)	2	(2.27)	0.80	(0.13-3.58)
<b>Tareas en el hogar</b>										
Ninguna	58	(7.00)	9	(9.37)	1.39	(0.62-3.02)	11	(12.50)	1.89	(0.90-3.91)
Una	155	(18.71)	21	(21.87)	1.23	(0.71-2.11)	19	(21.59)	1.19	(0.67-2.10)
Dos	240	(28.98)	19	(19.79)	0.61	(0.35-1.06)	28	(31.82)	1.14	(0.69-1.87)
Tres	373	(45.04)	46	(47.91)	1.56	(0.99-2.45)	30	(34.09)	0.63	(0.39-1.02)
<b>Amigos íntimos</b>										
Ninguno	17	(2.05)	6	(6.25)	3.16*	(1.08-8.79)	7	(7.95)	4.10*	(1.49-10.88)
Uno	97	(11.71)	11	(11.45)	0.97	(0.47-1.95)	12	(13.64)	1.18	(0.59-2.33)
Dos	378	(45.65)	46	(47.91)	1.08	(0.69-1.65)	44	(50.00)	1.18	(0.74-1.87)
Tres	331	(39.97)	33	(34.37)	0.78	(0.49-1.24)	25	(28.41)	0.59*	(0.35-0.98)
<b>Participación con amigos</b>										
Ninguna	52	(6.28)	9	(9.18)	1.53	(0.68-3.35)	12	(13.64)	2.34*	(1.13-4.75)
Una	254	(30.67)	58	(59.18)	3.41*	(2.16-5.39)	39	(44.32)	1.78*	(1.11-2.84)
Dos	514	(62.07)	29	(29.59)	0.26	(0.16-0.42)	37	(42.05)	0.43*	(0.27-0.69)
Tres	1	(0.12)	0	(0.00)	0.00	(0.0-149.3)	0	(0.00)	0.00	(0.0-163.07)
<b>Automanejo</b>										
Ninguno	44	(5.31)	11	(11.45)	2.34*	(1.09-4.90)	15	(17.05)	3.62*	(1.83-7.10)
Uno	573	(69.20)	56	(58.33)	0.64	(0.40-1.01)	59	(67.05)	0.87	(0.53-1.43)
Dos	202	(24.39)	27	(28.12)	1.23	(0.75-2.03)	14	(15.91)	0.58	(0.31-1.08)
Tres	1	(0.12)	0	(0.00)	0.00	(0.0-152.4)	0	(0.00)	0.00	(0.0-162.87)

Ps = Psicopatologías; OR = *odds ratio*; \* = significación.

Cuadro 2. Prevalencia y *odds ratios* de los índices clínicos de los grupos de otras psicopatologías y de ansiedad social

(Instrumento) Índices clínicos	Grupos									
	Sin Ps		Otras Ps				Ansiedad social			
	n	(%)	n	(%)	OR	(IC 95%)	n	(%)	OR	(IC 95%)
<i>(YSR/11-18)</i>										
Ansiedad/depresión	16	(1.93)	29	(30.20)	21.96*	(11.36-42.46)	24	(27.27)	19.03*	(9.17-39.79)
Retraimiento	36	(4.34)	36	(37.50)	13.20*	(7.75-22.45)	29	(32.95)	10.81*	(5.98-19.56)
Síntomas somáticos	52	(6.28)	38	(39.58)	9.77*	(5.95-16.05)	18	(20.45)	3.84*	(2.04-7.17)
Problemas sociales	36	(4.34)	32	(33.33)	11.00*	(6.41-18.87)	25	(28.41)	8.73*	(4.74-16.04)
Problemas de pensamiento	42	(5.07)	39	(40.65)	12.80*	(7.67-21.36)	19	(21.59)	5.15*	(2.72-9.70)
Problemas de atención	25	(3.01)	17	(17.70)	6.91*	(3.57-13.34)	12	(13.64)	5.07*	(2.30-11.05)
Conducta delincuente de ruptura de normas	19	(2.29)	49	(51.04)	44.39*	(24.22-81.36)	2	(2.27)	0.99	(0.11-4.22)
Comportamiento agresivo	70	(8.45)	75	(78.12)	38.67*	(22.48-66.51)	14	(15.91)	2.05*	(1.05-3.95)
Otros problemas	17	(2.05)	19	(19.79)	11.77*	(5.87-23.58)	7	(7.95)	4.12*	(1.50-10.94)
Síndromes internalizantes	5	(0.60)	44	(45.83)	139.27*	(53.0-366.10)	25	(28.41)	65.32*	(22.7-202.0)
Síndromes externalizantes	0	(0.00)	66	(68.75)			6	(6.82)		
Total YSR	0	(0.00)	58	(60.41)			19	(21.59)		
<i>(LSAS)</i>										
Ansiedad en actuaciones en público	41	(4.95)	12	(12.50)	2.74*	(1.38-5.42)	34	(38.64)	12.09*	(6.87-21.28)
Evitación de situaciones en público	44	(5.31)	10	(10.41)	2.07	(1.00-4.26)	28	(31.82)	8.32*	(4.67-14.79)
Ansiedad en situaciones de interacción social	44	(8.56)	10	(11.22)	2.07	(1.00-4.26)	38	(43.18)	13.54*	(7.80-23.54)
Evitación de situaciones de interacción social	41	(4.95)	13	(13.54)	3.00*	(1.54-5.83)	29	(32.95)	9.43*	(5.29-16.83)
Total de ansiedad social	36	(4.34)	9	(9.37)	2.27*	(1.06-4.88)	36	(40.91)	15.23*	(8.57-27.11)
Total de evitación social	40	(4.83)	9	(9.37)	2.03	(0.95-4.34)	25	(28.41)	7.82*	(4.29-14.21)
Total de ansiedad y evitación social	35	(4.22)	10	(10.41)	2.63*	(1.26-5.50)	31	(35.23)	12.32*	(6.84-22.23)
<i>(SAD)</i>										
Evitación y malestar social	35	(4.22)	9	(9.37)	2.34*	(1.09-5.03)	37	(42.05)	16.44*	(9.24-29.31)
<i>(FNE)</i>										
Miedo a la evaluación negativa	33	(3.98)	8	(8.33)	2.19	(0.98-4.89)	24	(27.27)	9.03*	(4.84-16.85)
<i>(MMPI-A)</i>										
Hipocondría-Hs	74	(8.93)	30	(3.12)	4.87*	(2.95-8.04)	17	(19.32)	2.44*	(1.31-4.51)
Depresión-D	118	(14.25)	22	(22.91)	1.74*	(1.03-2.94)	31	(35.23)	3.27*	(1.97-5.42)
Histeria-Hy	109	(13.16)	22	(22.91)	2.00*	(1.18-3.38)	13	(14.77)	1.14	(0.58-2.20)
Desviación psicopática-Pd	42	(5.07)	27	(28.12)	7.99*	(4.59-13.88)	10	(11.36)	2.40*	(1.08-5.20)
Masculinidad-feminidad-Mf	34	(4.50)	7	(8.24)	1.90	(0.74-4.67)	11	(12.50)	3.34*	(1.52-7.17)
Paranoia-Pa	116	(14.00)	36	(37.50)	4.02*	(2.51-6.43)	22	(25.00)	2.05*	(1.17-3.54)
Psicastenia-Pt	29	(3.50)	23	(23.95)	9.27*	(5.05-17.00)	22	(25.00)	9.18*	(4.79-17.60)
Esquizofrenia-Sc	80	(9.66)	34	(35.41)	5.55*	(3.39-9.10)	22	(25.00)	3.12*	(1.76-5.48)
Hipomanía-Ma	30	(3.62)	19	(19.79)	6.91*	(3.69-12.93)	7	(7.95)	2.30	(0.89-5.70)
Introversión social-Si	23	(2.77)	11	(11.45)	4.71*	(2.20-10.06)	25	(28.41)	13.89*	(7.14-27.07)
Ansiedad-ANX	35	(4.22)	21	(21.87)	6.53*	(3.60-11.85)	13	(14.77)	3.93*	(1.88-8.10)
Obsesividad-OBS	30	(3.62)	20	(20.83)	7.38*	(3.97-13.71)	17	(19.32)	6.37*	(3.19-12.65)
Depresión-DEP	58	(7.00)	34	(35.41)	7.28*	(4.41-12.02)	25	(28.41)	5.27*	(2.98-9.28)
Preocupaciones por la salud-HEA	150	(18.11)	37	(38.54)	3.45*	(2.13-5.57)	18	(20.45)	1.13	(0.65-2.07)
Alienación-ALN	80	(9.66)	32	(33.33)	5.12*	(3.12-8.40)	25	(28.41)	3.71*	(2.14-6.41)
Pensamiento extravagante-BIZ	84	(10.14)	38	(39.58)	6.07*	(3.78-9.76)	15	(17.05)	1.82	(0.95-3.43)
Hostilidad-ANG	41	(4.95)	25	(26.04)	6.74*	(3.86-11.75)	10	(11.36)	2.46*	(1.11-5.34)
Cinismo-CYN	34	(4.10)	22	(22.91)	6.94*	(3.86-12.48)	7	(7.95)	2.02	(0.79-4.95)
Problemas de conducta-CON	46	(5.55)	19	(19.79)	4.32*	(2.39-7.78)	8	(9.09)	1.70	(0.71-3.91)
Baja autoestima-LSE	26	(3.14)	19	(19.79)	7.62*	(4.02-14.44)	17	(19.32)	7.39*	(3.64-14.9)
Bajas aspiraciones-LAS	57	(6.88)	13	(13.54)	2.18*	(1.14-4.17)	15	(17.05)	2.78*	(1.43-5.35)
Malestar social-SOD	67	(8.09)	14	(14.58)	1.95*	(1.05-3.64)	34	(38.64)	7.15*	(4.23-12.1)
Problemas familiares-FAM	102	(12.31)	37	(38.54)	4.73*	(2.95-7.60)	17	(17.05)	1.70	(0.93-3.10)
Problemas escolares-SCH	24	(2.89)	17	(17.70)	7.30*	(3.61-14.74)	6	(6.82)	2.45	(0.87-6.55)
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	49	(5.91)	19	(19.79)	4.14*	(2.29-7.46)	24	(27.27)	5.96*	(3.31-10.70)

Ps. = Psicopatologías; OR = *odds ratio*; \* = significación.

## DISCUSIÓN

El análisis de las puntuaciones de ansiedad social señaló que la diferencia de medias en la *SIAS* resultó significativa en las variables sexo y curso escolar. En esta línea, otros trabajos han informado que las adolescentes muestran niveles de ansiedad social más elevados que los adolescentes.<sup>22</sup> También se informaron diferencias en la ansiedad social relativas al nivel de estudios, relacionándose ésta con bajos niveles educativos.<sup>23</sup> Los escasos estudios realizados con adolescentes españoles no abordaron las diferencias en la ansiedad social en función de variables demográficas.<sup>24,25</sup>

Respecto a los factores demográficos y de competencias, se han analizado las *odds ratios* como medida de asociación entre estas variables y la ansiedad social y otras psicopatologías frente a la ausencia de psicopatologías. Los resultados indicaron que las mujeres muestran una probabilidad significativamente mayor que los hombres de sufrir ansiedad social. En esta línea, otros investigadores ya han informado que la asociación con diferentes diagnósticos, entre ellos el de ansiedad social, es significativamente mayor en mujeres que en hombres.<sup>6</sup> Por otra parte, se encontró una asociación significativa entre mantener una relación de pareja y padecer otras patologías (excluida la ansiedad social). Este hallazgo fue inesperado y tal vez se debió a que algunos jóvenes con problemas psicopatológicos (11%) buscan en la relación de pareja un apoyo social y psicológico. Competencias como participar en actividades deportivas, tener amigos íntimos, compartir actividades con amigos y tener automanejo se han encontrado significativamente asociadas a la ansiedad social. Estas competencias implican relaciones de interacción social. Por ello, el hecho de no alcanzar determinados niveles en estas variables podría constituir un riesgo de cara a manifestar ansiedad social en la adolescencia. Parece ser que dentro del espectro de las relaciones sociales de los adolescentes se hace necesaria la ejecución de dichas competencias para un funcionamiento social activo. Por otra parte, la falta de amigos íntimos, no automanejarse y la participación en actividades con los amigos se asociaron a la presencia de alguna psicopatología, al margen de la ansiedad social. Sorprendentemente, los adolescentes que informan no tener algún juego/pasatiempo favorito han mostrado una probabilidad significativamente menor de presentar algún problema psicopatológico. En todo caso, esta variable excluía las actividades deportivas, escuchar la radio y ver la televisión, y tampoco se tenía en cuenta que esas otras actividades podrían considerarse como favoritas por el adolescente, y que éste podría participar en actividades de juego/pasatiempo sin considerarlas como sus favoritas.

La mayoría de estos resultados son coherentes y explicables, pero algunos son contradictorios y de difícil análisis y explicación, lo que señala la complejidad del concepto de competencias psicosociales y la dificultad de medirlo. Cabe señalar la necesidad de disponer de algún

instrumento más específico para evaluar dicho concepto en la población infanto-juvenil. Hoy por hoy, la literatura científica carece de estudios que examinen el influjo de determinadas variables demográficas y competencias psicosociales de los adolescentes en el padecimiento, tanto de ansiedad social como de otras psicopatologías.

Se analizó también la asociación entre diversos índices clínicos y la ansiedad social y otras psicopatologías frente a la ausencia de psicopatologías. Los resultados pusieron de manifiesto que la mayoría de los índices clínicos evaluados se asociaban con la ansiedad social y las otras psicopatologías evaluadas. Este efecto fue más evidente en el grupo de otras psicopatologías, pero también lo fue en el grupo de ansiedad social, donde el primero mostró asociaciones con un mayor número de índices clínicos que el segundo.

Todos los índices evaluados por el *YSR/11-18* se encontraron significativamente asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías, salvo puntuaciones globales como las correspondientes a los síndromes externalizantes y total *YSR*. Destacan los síndromes internalizantes, ansiedad/depresión y retraimiento que tienen una asociación alta, tanto con la ansiedad social como con otras psicopatologías. Parece ser que, en la población juvenil, los problemas internalizantes se asocian más que los externalizantes con la ansiedad social u otras psicopatologías. También puede resaltarse que los índices de conducta delincuente y comportamiento agresivo muestren una elevada asociación con otras psicopatologías que no son la ansiedad social.

Como cabría esperar, todos los índices evaluados por medidas específicas de ansiedad y fobia social se asociaban significativamente con la ansiedad social. Estos resultados son coherentes debido a que dichos índices hacen referencia a la ansiedad y evitación en situaciones de interacción social. Por el contrario, sólo una parte de los índices relacionados con la interacción social se mostró asociada a otras psicopatologías, lo que apunta hacia la especificidad de estos índices para predecir la probabilidad de presentar ansiedad social. En cambio, los índices evaluados por el *MMPI-A*, que tienen menos relación con la ansiedad y evitación social, han mostrado una asociación significativa con otras psicopatologías (salvo masculinidad-feminidad) y ansiedad social. Todos estos índices se relacionan con distintos problemas clínicos de la etapa infanto-juvenil que no están ligados íntimamente con la ansiedad social, sino más bien con otras psicopatologías. Por ello, resulta explicable el menor número de índices que se han encontrado asociados a la ansiedad social.

En definitiva, la probabilidad de experimentar ansiedad social u otras psicopatologías en los jóvenes se asociaría con distintos factores. Algunos índices clínicos referentes a las situaciones sociales se encuentran significativamente asociados con la probabilidad de sufrir ansiedad social, mientras que otros lo estarían con la probabilidad de padecer otras psicopatologías.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La investigación en el ámbito de la ansiedad y fobia social implica dificultades por tratarse de un trastorno complejo y multifacético, y la propia definición y determinación de sus características es tarea complicada. La realización de estudios sobre factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en jóvenes implica varios riesgos relacionados con el tipo de muestra seleccionada, con los instrumentos de evaluación empleados y con la metodología desarrollada, por lo que pueden obtenerse resultados contradictorios.

Una de las limitaciones de este estudio es el tipo de muestra utilizada. Al no tratarse de una muestra clínica, no se pueden generalizar los resultados más allá de la población general. Además, se evaluaron estudiantes, por lo que no sabemos si los resultados son extensibles a jóvenes no escolarizados. La muestra tampoco se seleccionó aleatoriamente, sino que fue obtenida por centros educativos que aceptaron participar en el estudio. Este tipo de muestreo incidental no asegura la representatividad de los resultados. La evaluación de las competencias psicosociales de los jóvenes constituye una tarea compleja por la dificultad de medir este concepto polifacético, por lo que puede verse afectada por una pluralidad de actitudes, normas, creencias y actividades. Hemos optado por el *YSR/11-18*, ya que parte de este instrumento pretende medir este tipo de competencias. Sería aconsejable analizar si la evaluación de dichas competencias en población infanto-juvenil requiere un instrumento más específico para esta tarea. Respecto a la metodología utilizada, señalamos que es imposible llevar a cabo una investigación experimental en el terreno de la ansiedad social y de otras psicopatologías por razones éticas. El estudio de los factores asociados es posible gracias a estudios correlacionales, que emplean diseños donde el fenómeno se produce de forma natural. Nuestro estudio se ha categorizado como *ex post facto* de tipo descriptivo transversal. Este tipo de estudios carece de garantías suficientes para establecer relaciones causales inequívocas que relacionen las variables consideradas, por lo que las asociaciones encontradas se pueden interpretar en ambas direcciones o con base en terceras variables. En estudios transversales es posible establecer asociaciones entre variables, como las que aquí se han analizado, siempre y cuando su interpretación sea cautelosa. En cualquier caso, por la naturaleza transversal del estudio no es posible interpretar dichas asociaciones en el sentido de que una de las variables supone un riesgo para el desarrollo de la otra. Esto exigiría la realización de un estudio longitudinal de carácter prospectivo.

## REFERENCIAS

1. McPherson PSR. Shy kids, phobic adults? Psychiatric correlates of retrospectively recalled childhood shyness in a nationally representative sample. Tesis doctoral. Canada: University of Manitoba; 2003.
2. Eapen V, Ghubash R, Salem MO, Sabri S. Familial predictors of childho-

- od shyness: A study of the United Arab Emirates Population. *Community Genet*, 2005; 8:61-64.
3. Lieb R, Wittchen HU, Hofler M, Fuetsch M, Stein MB et al. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:859-866.
4. Stein MB, Fuetch M, Müller N, Hötler M, Lieb R et al. Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:251-256.
5. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:56-64.
6. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold, A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:837-844.
7. Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Garrison CZ. Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:121-129.
8. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE et al. Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1405-1411.
9. Montero I, León O. A guide for naming research studies in psychology. *Int J Clin Health Psychology* 2007; 7:847-862.
10. Achenbach TM, Rescorla LA. *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 2000.
11. Lemos SG, Fidalgo AM, Calvo P, Menéndez P. Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema* 1992; 4:21-48.
12. Mattick RP, Clarke JC. Developmental and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther* 1988; 36:455-470.
13. Zubeidat I, Salinas JM, Sierra JC, Fernández-Parra A. Psychometric properties of the Social Interaction Anxiety Scale and separation criterion between Spanish youths with and without subtypes of social anxiety. *J Anxiety Disord* 2007; 21(5):603-624.
14. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987; 22:141-173.
15. Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica* 1999; 112:530-538.
16. Watson D, Friend R. Measurement of social evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1969; 33:448-457.
17. García-López LJ, Olivares J, Hidalgo MD, Beidel DC, Turner SM. Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *J Psychopathol Behav Assess* 2001; 23:51-59.
18. Butcher JN, Williams CL, Graham JR, Archer RP, Tellegen A et al. *MMPI-A, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1992.
19. Jiménez-Gómez F, Ávila-Espada A. *MMPI-A, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes*. Madrid: TEA; 2003.
20. SPSS Inc 12.0. *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc. 2001.
21. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC et al. *Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for public health on IBM compatible microcomputers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1996.
22. La Greca AM, López N. Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26:83-94.
23. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:159-168.
24. Olivares J, Rosa AI, Olivares OJ. Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *Int J Clin Health Psychology* 2006; 6:565-580.
25. Olivares J, Ruiz J, Hidalgo MD, García-López LJ, Rosa AI et al. Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *Int J Clin Health Psychology* 2005; 5:85-97.