

## **ANSIEDAD SOCIAL EN UNA MUESTRA DE JÓVENES ESPAÑOLES: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PSICOSOCIALES**

**Ihab Zubeldat\***

**Antonio Fernández Parra\*\***

**Juan Carlos Sierra\*\***

**José María Salinas\*\***

Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid\*

Universidad de Granada\*\*

### **RESUMEN**

*El objetivo del presente estudio fue examinar las diferencias y similitudes entre adolescentes con trastorno de ansiedad social y otros con otras psicopatologías y sin psicopatologías. Para ello, se evaluó a una muestra de 1.012 jóvenes españoles (de 13 a 19 años), en su entorno escolar, mediante una serie de instrumentos que miden aspectos demográficos, trastorno de ansiedad social, competencias psicosociales y distintos problemas clínicos. Los tres grupos fueron establecidos en función de criterios cuantitativos relacionados con las pruebas de evaluación. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los tres grupos en parte de las variables demográficas y competencias psicosociales. Los dos grupos psicopatológicos puntuaron significativamente más alto que el grupo normal en todos los índices clínicos, salvo en la escala de histeria del MMPI-A. El grupo con el trastorno de ansiedad*

*social mostró niveles significativamente peores al resto en todos los índices relacionados con la interacción social. El grupo con otras psicopatologías superó al de trastorno de ansiedad social en la mayoría de los índices del YSR/11-18 y en cinco del MMPI-A. Se concluye que los dos grupos con psicopatologías presentan cierta similitud, siendo las diferencias entre ellos menores que las que aparecen con los sujetos normales.*

**Palabras clave:** TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL, PSICOPATOLOGÍAS, COMPARACIÓN DE GRUPOS, ADOLESCENTES, ÍNDICES CLÍNICOS.

## **SUMMARY**

*The aim of this study was to examine the differences and similitudes between social anxiety disorder adolescents and others with and without psychopathologies. A sample of 1,012 Spanish youth (13-19 ages) was evaluated at school, measuring demographic aspects, social anxiety, psychosocial competences and distinct clinical problems through different instruments. The three groups were established concerning of quantitative criteria related with the assessment tests. The results showed significance differences between the three groups in some demographic variables and psychosocial competences. The two psychopathological groups punctuated significantly, more high than the normal one, in all the clinical indexes, except in the MMPI-A Hysteria scale. The social anxiety group had a significantly worse level than the rest in all the indexes related with social interaction. The group with other psychopathologies overcame the social anxiety one in the majority of YSR/11-18 indexes and in five of the MMPI-A indexes. It concludes that the two psychopathological groups present a certain similitude, because the differences between them were smaller than differences with normal subjects.*

**Key words:** SOCIAL ANXIETY DISORDER, PSYCHOPATHOLOGIES, COMPARISON OF GROUPS, ADOLESCENTS, CLINICAL INDEXES.

## INTRODUCCIÓN

Los conceptos de miedo, ansiedad y fobia no han sido utilizados de la misma manera por parte de todos los autores que han tratado este tema. El miedo hace referencia a un fenómeno evolutivo, y que puede ser manifestado siempre aunque se cambie aquello que provoca miedo (Pelechano, 1981). Se trata de una emoción (a veces calificada como inevitable y esencial) que suele acompañar a los individuos a lo largo de toda su vida (Pelechano, Baguena, Botella y Roldan, 1984). Muchos miedos son transitorios, apareciendo en niños de edad similar sin interferir en el funcionamiento psicológico diario. En esta línea, Valiente, Sandín y Chorot (2003) concluyen que los miedos desempeñan un papel adaptativo y de supervivencia durante las etapas de desarrollo del individuo, cambiando el contenido de los mismos desde la fase del bebé hasta la adolescencia y haciéndose con el transcurso de la edad más anticipatorios, abstractos e imaginarios. Por su parte, Barlow (1988) define la ansiedad como una respuesta compleja ante una situación, acontecimiento o contexto también complejo. Una ansiedad excesiva puede ser muy perjudicial, ya que provocaría altos niveles de alteración y una baja atención a los aspectos de la tarea. Es una respuesta más difusa, ya que ésta se da ante un peligro poco claro y difícil de identificar. Por otra parte, Marks (1969) considera la fobia como un tipo de miedo desproporcionado, resistente y no controlado que lleva al sujeto a evitar la situación temida. Es decir, la fobia aludiría a un miedo extremo, tal como señala Sandín (1997). Las fobias se distinguen del miedo y la ansiedad en su criterio de identificación, y se definen como miedos irracionales, desproporcionados e injustificables (*American Psychiatric Association*, 1994) por la falta de razones objetivas (Marks, 1987).

Según Trower y Gilbert (1989), el trastorno de ansiedad social se relacionaría con aquello que hace referencia a la interacción con seres de la misma especie. Pese a todo, el uso del término trastorno por ansiedad social para referirse a este tipo de fenómenos es algo conflictivo. En el pasado casi siempre se ha denominado como fobia social. En la actualidad, se emplea el término de trastorno de ansiedad social caracterizado por un miedo intenso a hacer el ridículo, a la humillación negativa por los demás en situaciones sociales (*American*

*Psychiatric Association*, 1994). En esta línea, Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers y Stein (2000) creen que el término fobia social quizás supone un problema, recomendando tomar la iniciativa de utilizar la denominación de trastorno de ansiedad social, el cual mantiene connotaciones que le hacen ser considerado como más generalizado e incapacitante que las provenientes de la fobia social. Este trastorno tiene un curso crónico y provoca un deterioro grave debido al comportamiento evitativo, e interfiere con la vida del individuo en el ámbito social, académico y laboral (Echeburúa, 1993). Las características principales que diferencian el trastorno de ansiedad social de otros trastornos son el miedo excesivo, la evitación de un gran número de situaciones de interacción social y la repercusión negativa en la vida diaria de quienes padecen este trastorno, causada por sus temores sociales (Marks y Gelder, 1966; Rapee, Sanderson y Barlow, 1988).

Hay bastante coincidencia entre los estudios que pretenden determinar el perfil sociodemográfico de las personas con niveles patológicos de ansiedad social respecto a otras poblaciones con y sin psicopatologías. Davidson, Hughes, George y Blazer (1993) realizaron un estudio en el que compararon adultos con y sin el trastorno de ansiedad social identificados de acuerdo con los criterios del DSM-III. Los resultados señalan que los pacientes con niveles elevados de ansiedad social muestran niveles económicos y educativos inferiores, un empleo inestable o paro, en un mayor porcentaje son solteros y mujeres, y sus niveles patológicos de ansiedad social repercuten negativamente en el ámbito personal, profesional y social). En otro estudio realizado con una muestra clínica de edades comprendidas entre 15 y 54 años (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996), se comparó el trastorno de ansiedad social con la agorafobia y la fobia simple. La elevada ansiedad social se relacionó con bajos niveles de educación e ingresos, siendo más frecuente entre los estudiantes, las personas solteras, las que conviven con sus padres, las que no ejercen ningún trabajo, no estudian o no llevan a cabo tareas en el hogar. La diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia del trastorno de ansiedad social en muestras clínicas no está muy clara, encontrándose algunas veces un predominio ligero para las mujeres (Myers, Weissman y Tischler, 1984;

Kessler, Stein y Berglund, 1998), aunque otras veces existe un reparto igual de sujetos con niveles patológicos de ansiedad social entre ambos sexos (Amies, Gelder y Shaw, 1983). En estudios epidemiológicos realizados con muestras de pacientes adultos con niveles altos de ansiedad social, se encontró que el trastorno de ansiedad social suele comenzar con anterioridad a otros trastornos de ansiedad, situándose al final de la infancia o al principio de la adolescencia con una edad de inicio comprendida entre 14 y 16 años, y rara vez se presenta a partir de los 25 (Schneier, Chin, Hollander y Liebowitz, 1992; Weiller, Bisserbé, Boyer, Lepine y Lecrubier, 1996). Por su parte, la variable estado civil es considerada relevante en este trastorno, de manera que las personas con trastorno de ansiedad social muestran un porcentaje de soltería muy por encima del encontrado en la población general y en otros trastornos fóbicos, tal como afirman Amies *et al.* (1983). Otros estudios realizados en muestras clínicas de población adulta (Heimberg, Hope, Dodge y Becker, 1990; Holt, Heimberg y Hope, 1992; Turner, Beidel y Townsley, 1992) destacan diferencias respecto al nivel de funcionamiento, afirmando que los individuos con niveles elevados de ansiedad social sufren una mayor interferencia en la vida y una mayor severidad clínica general que los que no padecen la misma. Por último, Gelernter, Stein, Tancer y Uhde (1992), Heimberg *et al.* (1990) y Holt *et al.* (1992) se han centrado en el tipo y la severidad de los síntomas, demostrando que los individuos con niveles patológicos de ansiedad social muestran altos niveles de ansiedad y depresión en actividades de realización social, presentando un ritmo cardíaco reactivo menor y ninguna diferencia en la ansiedad subjetiva.

A diferencia de la población adulta, en la infanto-juvenil disponemos de pocos resultados al respecto, tanto en población anglosajona como española. Además, la mayoría de los estudios en esta población se han realizado en muestras de la población general. Sin duda, la aparición del *DSM-III* (*American Psychiatric Association*, 1980) facilitó la realización, a partir de 1980, de una serie de estudios relacionados con el trastorno de ansiedad social y con otros trastornos psicopatológicos de los niños y adolescentes. En esta línea, se reveló que la sensibilidad a la ansiedad en los niños y adolescentes de la población general puede ser un factor de riesgo para manifestar algún trastorno de ansiedad (Tortella-Feliu, Servera, Balle y Fullana, 2004).

En muestras clínicas de niños, preadolescentes y adolescentes, se ha demostrado que el trastorno de ansiedad social suele estar asociado con soledad, pocos amigos, estado de ánimo deprimido (Beidel, Turner y Morris, 1999), rechazo a la escuela (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, 1991), deficiente rendimiento en la escuela (Beidel, 1991) y consumo de alcohol (DeWitt, MacDonald y Offord, 1999). Albano, DiBartolo, Heimberg y Barlow (1995) informan que un 14,1% de los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años que precisan tratamiento recibe el diagnóstico de trastorno por ansiedad social. No obstante, la prevalencia de este trastorno en población juvenil, usando los criterios del *DSM-IV-TR*, todavía no se ha clarificado (Velting y Albano, 2001). Recientemente, Rabe-Jablonska, Dietrich-Muszalska y Gmitrowicz (2004) informan de un porcentaje del 7% de adolescentes con trastorno de ansiedad social generalizada y otro de 17% con trastorno de ansiedad social específica en una muestra representativa de la población general, y que el 15% de los adolescentes con niveles elevados de ansiedad social consume alcohol o sustancias psicoactivas y un 5% ha intentado suicidarse. En España, hasta el momento se han realizado pocos estudios. En muestras de la población general, destacan el realizado por Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996) con escolares de 6 a 17 años, quienes informan de un porcentaje de 6,3% de niños y adolescentes con miedo a hablar en público, y el realizado por Olivares (2004) con escolares de 14 a 17 años en el sureste español, quien obtiene una prevalencia del 8,2%, en una muestra de adolescentes de la población comunitaria. En muestras clínicas, los trabajos de García-López (2000), Olivares, Piqueras y Rosa (2006), Ramos, (2004) y Ruiz (2003) se han centrado en aspectos relativos a la prevalencia y la comorbilidad de los dos subtipos del trastorno de ansiedad social, encontrando que el porcentaje del subtipo no generalizado supera considerablemente al generalizado.

Aún queda mucho por saber sobre el trastorno de ansiedad social, especialmente en lo que respecta al diagnóstico, evaluación y a las diferencias y similitudes que presenta la población afectada respecto a quienes presentan otras psicopatologías y quienes están libres de ellas. Concretamente, resulta de interés realizar más estudios con el objeto de diferenciar el trastorno de ansiedad social de otras

psicopatologías en lo referente a tasas de prevalencia, factores sociodemográficos y características psicosociales, y clínicas. Los pocos estudios llevados a cabo sobre estas cuestiones utilizaron muestras clínicas de la población adulta, existiendo escasos resultados al respecto en población infanto-juvenil, tanto clínica como general. En esta línea, este estudio *ex post facto*, o descriptivo de comparación de grupos (Montero y León, 2005; Ramos-Álvarez y Catena, 2004) centra su interés en una muestra de jóvenes escolarizados, planteándose como objetivo principal explorar las similitudes y diferencias respecto a variables demográficas, competencias psicosociales y determinados índices clínicos entre un grupo de adolescentes con niveles patológicos de ansiedad social, otro con otras psicopatologías y un tercero sin psicopatologías.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estaba compuesta por 1.012 jóvenes estudiantes de Enseñanza Secundaria de la provincia de Granada (España), los cuales fueron seleccionados por muestreo incidental; de ellos, 430 eran chicos y 582 chicas con un rango de edad entre 13 y 19 años ( $M = 15,80$ ;  $DT = 1,48$ ). Aproximadamente, dos tercios de los adolescentes ( $n = 654$ ) cursaban 2º, 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria; el resto se distribuía entre 1º y 2º de Bachillerato ( $n = 187$ ) y distintos Ciclos Formativos ( $n = 171$ ), tales como Cocina, Peluquería, Hostelería, etc. La mayor parte de los participantes se dedicaba única y exclusivamente a los estudios. Este estudio forma parte de una investigación más amplia llevada a cabo con la misma muestra de referencia, donde se plantearon varios objetivos distintos al que nos ocupa en el presente trabajo.

### Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos de evaluación aplicados a la muestra.

- El Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años

(*Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR*) (Achenbach, 1991; Achenbach y Edelbrock, 1987) está constituido por dos secciones. La primera evalúa las competencias psicosociales de los adolescentes (17 ítems) y la segunda mide conductas problemáticas (96 ítems) y comportamientos prosociales (20 ítems). Se ha obtenido valores alfa de Cronbach de 0,61 para los hombres y de 0,67 para las mujeres (Verhulst, Van der Ende y Koot, 1997). En España, Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992) informan que las chicas presentan puntuaciones elevadas en conductas de tipo internalizado, mientras que los chicos muestran puntuaciones superiores en comportamientos externalizados. La consistencia interna resulta más alta para los síndromes internalizados y externalizados que para los de banda estrecha (Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000).

- La Escala de Ansiedad en Interacción Social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) (Mattick y Clarke, 1998) está formada por 20 ítems que se contestan de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos. Sus autores informan de una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,93) y de un coeficiente de correlación test-retest superior a 0,90. Habke, Hewitt, Norton y Asmundson (1997) revelan que la *SIAS* agrupa a tres factores, mientras que Ries *et al.* (1998) encuentran que esta escala distingue entre la forma generalizada y específica de la fobia social. En España, Olivares, García-López e Hidalgo (2001) obtienen dos factores que explican un 40,11% de la varianza; el análisis factorial confirmatorio indicó que todos los ítems de la *SIAS* saturaron en un único factor denominado «ansiedad ante la interacción social» con una consistencia interna de 0,89. Recientemente, Zubeidat, Salinas, Sierra y Fernández-Parra (2006) informan en la misma muestra del presente estudio que la *SIAS* presenta dos factores (ansiedad ante el déficit de las habilidades sociales y ansiedad ante la dificultad de establecer una distancia emocional adecuada respecto a los demás) que explican 41,62% de la varianza, mostrando valores de consistencia interna de 0,88 y 0,52, respectivamente.

- La Escala de Ansiedad social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*) (Liebowitz, 1987) está constituida por 24 ítems que evalúan la interacción y la ejecución en situaciones sociales, considerando dos componentes: nivel de miedo y grado de evitación experimentados por los individuos. Cox, Ross, Swinson y Dorenfeld



(1998) informan de coeficientes elevados de consistencia interna de las subescalas de miedo social y evitación social (alfa de Cronbach = 0,90), confirmándose este resultado por Heimberg *et al.* (1999) al encontrar que tanto la *LSAS* como sus subescalas presentan coeficientes de consistencia interna altos (0,81-0,96). En España, Bobes *et al.* (1999) obtienen coeficientes de consistencia interna por encima de 0,73 para todas las subescalas de la *LSAS* y valores test-retest superiores de 0,82 en todas las subescalas.

- La Escala de Estrés y Evitación Social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*) (Watson y Friend, 1969) incluye 28 ítems que evalúan el malestar subjetivo en situaciones sociales y la evitación activa de las mismas. Sus autores informan de una consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test-retest al mes de 0,68. Hofmann, DiBartolo, Holaway y Heimberg (2004) encuentran un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93. En España, se obtuvo una fiabilidad test-retest de 0,85 para la *SAD*, presentando una correlación de 0,67 con la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes y de 0,56 con el trastorno de personalidad por evitación (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001).

- La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*) (Watson y Friend, 1969) está formada por 30 ítems dicotómicos que miden la intensidad del miedo ante la posibilidad de ser juzgado de un modo negativo por parte de los demás. Sus autores informan de un coeficiente de consistencia interna de 0,94 y de una fiabilidad test-retest de 0,78. En España, Comeche, Díaz y Vallejo (1995) informan de una consistencia interna de 0,94 para la versión original y de 0,90 para la versión breve, resultando la fiabilidad test-retest de 0,78 para la primera y de 0,75 para la segunda. García-López *et al.* (2001) obtienen una fiabilidad test-retest de 0,84.

- El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent, MMPI-A*) (Butcher *et al.*, 1992) evalúa varios aspectos psicopatológicos de la personalidad. Se han indicado valores altos de consistencia interna en la mayoría de las escalas (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). La adaptación española realizada por Jiménez-Gómez y Ávila-Espada (2003) demostró adecuadas propiedades psicométricas.

## Procedimiento

La muestra incidental de adolescentes fue evaluada a lo largo de un periodo de cuatro meses en 13 colegios de Educación Secundaria de la provincia de Granada después de haber solicitado el consentimiento a los profesores y adolescentes. A estos últimos se les proporcionó información sobre el trastorno de ansiedad social, resaltando la importancia de realizar estudios en población infanto-juvenil y se les aseguró que la información recogida sería tratada de forma totalmente confidencial. Además, a cada uno de los participantes se le dio la posibilidad de recibir información individual acerca de sus resultados en las pruebas, así como de su interpretación psicológica. La evaluación de los alumnos mediante los autoinformes descritos tuvo lugar en el aula de clase de forma colectiva y fue realizada en todas las ocasiones por un mismo evaluador. La administración de las pruebas se realizaba en dos sesiones de 75 minutos cada una de ellas. Tan solo 15 jóvenes se negaron a responder a los autoinformes y 9 abandonaron una vez iniciada la pasación. De los 26 centros de enseñanza a los que se solicitó la participación en el estudio, tan sólo 13 aceptaron formar parte del mismo.

La formación del grupo de ansiedad social se realizó mediante un criterio cuantitativo basado en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad en Interacción Social (*SIAS*), cuya media fue de 22,72 ( $DT = 11,75$ ), por lo que el punto de corte (40,34) se fijó en el valor de la suma de la media (22,72) más una desviación típica y media (17,62) con el objetivo de detectar a los adolescentes con niveles patológicos de ansiedad social de la muestra total ( $n = 1.012$ ). De este modo se formó un grupo de 88 adolescentes. Por su parte, el criterio que se siguió para la constitución del grupo con otras psicopatologías se basó en las puntuaciones obtenidas en las escalas o síndromes de banda ancha (externalizante e internalizante) y la puntuación total del *YSR/11-18*. Los jóvenes que puntuaron por encima del punto de corte (resultante de la suma de la media más una y media desviación típica) en una, dos o en las tres escalas del *YSR* mencionadas, se incluyeron dentro del grupo de otras psicopatologías ( $n = 96$ ). Los valores medios obtenidos para las tres escalas internalizante, externalizante y total del *YSR* fueron de 12,81 ( $DT = 8,15$ ), 13,92 ( $DT = 8,11$ ) y 45,99 ( $DT =$

22,61) puntos, respectivamente. Según esto, el punto de corte resultante tuvo valores de 26,03, 26,08 y 79,89 para las tres escalas, respectivamente. Por último, los jóvenes con una puntuación inferior a dichos puntos de corte y que no pertenecían al grupo con trastorno de ansiedad social constituyeron el grupo de adolescentes sin ninguna patología (grupo normal) ( $n = 828$ ).

### **Análisis de los datos**

Para estudiar las diferencias y similitudes entre los tres grupos de adolescentes se compararon éstos en función de distintas variables dependientes (demográficas, competencias psicosociales e índices clínicos). Se incluyeron las tablas de contingencia que relacionaban los tres grupos del estudio con las variables demográficas y las competencias psicosociales valoradas cualitativamente, así como el valor del estadístico chi-cuadrado obtenido para cada una de estas tablas. En aquellos casos en que la relación resultó significativa se procedió a la partición de las tablas y el cálculo de los correspondientes test Chi-cuadrado para identificar entre que grupos se producían las diferencias. Para las competencias, valoradas cuantitativamente, se realizó un análisis de la varianza (ANOVA de un solo factor) y se llevó a cabo un análisis *post-hoc* mediante el test de Bonferroni, el cual permite comparaciones entre cada uno de los tres grupos con el resto.

## **RESULTADOS**

Una vez establecidos los tres grupos se procedió al análisis comparativo de los mismos. La Tabla 1 muestra la distribución de las variables demográficas y competencias psicosociales, valoradas cuantitativa y cualitativamente (evaluadas por el *YSR/11-18*), de los jóvenes con niveles elevados de ansiedad social, con otras psicopatologías y sin psicopatologías; también se incluye el valor de chi-cuadrado para analizar las diferencias entre estos tres grupos.

Se han detectado diferencias significativas entre los tres grupos respecto a las variables demográficas sexo ( $\chi^2 = 8,76$ ;  $p < 0,05$ ), curso escolar ( $\chi^2 = 9,51$ ;  $p < 0,01$ ) y pareja ( $\chi^2 = 5,51$ ;  $p < 0,01$ ). Las competencias, valoradas cualitativamente, en las que se encontraron

**Tabla 1.** Diferencias entre adolescentes con ansiedad social, con otras psicopatologías y sin psicopatologías respecto variables demográficas y competencias

<i>Variables/competencias</i>	<i>Ansiedad social</i>	<i>Otras psicopatologías</i>	<i>Sin psicopatologías</i>	$\chi^2$
Sexo				
Hombre	26	35	368	8,76*
Mujer	62	61	460	
Curso escolar				
Ciclos Formativos	20	25	126	9,51**
ESO y Bachillerato	68	71	702	
Trabajo				
Con trabajo	9	13	64	4,10
Sin trabajo	79	83	764	
Pareja				
Con pareja	24	38	234	5,51*
Sin pareja	64	58	594	
Actividades deportivas				
Ninguna	15	11	58	13,42*
Una	8	15	107	
Dos	15	16	143	
Tres	50	54	519	
Juegos/pasatiempos				
Ninguno	7	2	76	8,87
Uno	17	20	174	
Dos	25	21	169	
Tres	38	52	405	
Equipos/clubes				
Ninguno	61	52	538	7,70
Uno	18	27	202	
Dos	7	8	50	
Tres	2	6	23	
Tareas en el hogar				
Ninguna	11	9	58	9,64
Una	19	21	155	
Dos	28	19	240	
Tres	30	46	373	
Amigos íntimos				
Ninguno	7	6	17	17,01**
Uno	12	11	97	
Dos o tres	44	46	378	
Cuatro o más	25	33	331	

Participación con amigos				
Ninguna	12	7	52	
Una o dos	39	20	254	20,90**
Más que tres	37	67	515	
Hacer cosas por uno mismo				
Peor que los demás	15	11	43	
Mejor que los demás	59	56	573	24,30**
Igual que los demás	14	27	204	

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

diferencias significativas entre los tres grupos del estudio fueron actividades deportivas ( $\chi^2 = 13,42$ ;  $p < 0,05$ ), amigos íntimos ( $\chi^2 = 17,01$ ;  $p < 0,01$ ), participación con amigos ( $\chi^2 = 20,90$ ;  $p < 0,01$ ) y hacer cosas por uno mismo ( $\chi^2 = 24,30$ ;  $p < 0,01$ ). La búsqueda de las causas de significación se realizó de acuerdo con los procedimientos de partición de tablas, que se recoge en la Tabla 2, en donde se indica que las diferencias significativas aparecidas entre los tres grupos del estudio son debidas en todas las variables a las diferencias que presentan los sujetos sin psicopatologías con el agregado de los dos grupos de jóvenes con psicopatologías, excepto para la variable participación con amigos ( $\chi^2 = 15,91$ ;  $p < 0,01$ ), en la que la diferencia significativa es atribuible al distinto comportamiento de los sujetos con niveles patológicos de ansiedad social frente a los jóvenes con otras psicopatologías.

Por su parte, la Tabla 3 presenta la media y desviación típica obtenidas en las competencias valoradas cuantitativamente y evaluadas por el YSR/11-18 por los jóvenes de los tres grupos, así como el valor  $F$  del ANOVA aplicada para determinar las diferencias entre ellos. Tal como se aprecia, se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos respecto a las variables tiempo/manera de actividades deportivas ( $p < 0,01$ ), participación en grupos ( $p < 0,05$ ), relación con hermanos, otros jóvenes y padres ( $p < 0,01$ ) y rendimiento escolar ( $p < 0,01$ ). Las comparaciones realizadas *a posteriori*, según el test de Bonferroni, se recogen en la Tabla 4.

**Tabla 2.** Análisis de la descomposición de significación en los tres grupos del estudio

<i>Variables/ Competencias</i>	<i>Comparación</i>	<i>gl</i>	$\chi^2$
Sexo	Entre grupos	2	8,76*
	Entre sin psicopatologías y otras psicopatologías	1	7,86*
	Entre ansiedad social y otras psicopatologías	1	0,99
Curso escolar	Entre grupos	2	9,51**
	Entre sin psicopatologías y otras psicopatologías	1	9,15*
	Entre ansiedad social y otras psicopatologías	1	0,27
Pareja	Entre grupos	2	5,51*
	Entre sin psicopatologías y otras psicopatologías	1	2,15
	Entre ansiedad social y otras psicopatologías	1	3,11
Actividades deportivas	Entre grupos	6	13,42*
	Entre sin psicopatologías y otras psicopatologías	3	10,17*
	Entre ansiedad social y otras psicopatologías	3	2,59
Amigos íntimos	Entre grupos	6	17,01**
	Entre sin psicopatologías y otras psicopatologías	3	15,91**
	Entre ansiedad social y otras psicopatologías	3	9,22
Participación con amigos	Entre grupos	2	20,90**
	Entre sin psicopatologías y otras psicopatologías	1	4,40
	Entre ansiedad social y otras psicopatologías	1	15,91**
Hacer cosas por uno mismo	Entre grupos	2	24,30**
	Entre sin psicopatologías y otras psicopatologías	1	19,00**
	Entre ansiedad social y otras psicopatologías	1	4,62

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ **Tabla 3.** Diferencias entre los grupos de adolescentes con ansiedad social, con otras psicopatologías y sin psicopatologías en distintas competencias

<i>Competencias</i>	<i>Grupo</i>			<i>F</i>
	<i>Ansiedad social Media (DT)</i>	<i>Otras psicopatologías Media (DT)</i>	<i>Sin psicopatologías Media (DT)</i>	
Edad	15,82 (1,64)	15,94 (1,43)	15,78 (1,47)	0,48
Tiempo/manera de actividades deportivas	0,72 (0,46)	0,85 (0,51)	0,89 (0,46)	5,27**
Tiempo/manera de juegos/pasatiempos	1,08 (0,51)	1,21 (0,46)	1,09 (0,51)	2,48
Participación en grupos	0,38 (0,67)	0,66 (0,80)	0,50 (0,76)	3,23*
Manera de tareas en el hogar	0,97 (0,52)	1,00 (0,53)	1,01 (0,51)	2,34
Relación con hermanos, otros jóvenes y padres	1,10 (0,38)	1,11 (0,40)	1,23 (0,42)	6,31**
Rendimiento escolar	1,79 (0,78)	1,67 (0,68)	1,95 (0,69)	7,91**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

**Tabla 4.** Comparaciones a posteriori de los grupos de ansiedad social, otras psicopatologías y sin psicopatologías en distintas competencias

Competencias	Comparaciones		
	Sin patologías- Otras psicopatologías	Sin psicopatologías- Ansiedad social	Otras psicopatologías- Ansiedad social
Tiempo/manera de actividades deportivas	0,04	0,17*	0,12
Participación en grupos	-0,16	0,12	0,28*
Relación con hermanos, otros jóvenes y padres	0,11*	0,12*	-0,01
Rendimiento escolar	0,27**	0,16	-0,11

$p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

El análisis de las comparaciones entre grupos indicó diferencias significativas entre los adolescentes sin psicopatologías y los que tienen psicopatologías en las variables relación con hermanos, otros jóvenes y padres ( $p < 0,05$ ) y rendimiento escolar ( $p < 0,01$ ). También se presentaban diferencias significativas entre el grupo de adolescentes sin psicopatologías y el grupo con trastorno de ansiedad social en las variables tiempo/manera de actividades deportivas ( $p < 0,05$ ) y relación con hermanos, otros jóvenes y padres ( $p < 0,05$ ). Por último, la única diferencia significativa mostrada entre los adolescentes con otras psicopatologías y los que muestran niveles elevados de ansiedad social fue en la variable participación en grupos ( $p < 0,05$ ).

Finalmente, se estudiaron las diferencias y similitudes entre los tres grupos del estudio en distintos índices clínicos (véase la Tabla 5). En todos los índices clínicos se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de jóvenes, excepto en la escala de histeria del *MMPI-A*: los adolescentes con trastorno de ansiedad social y otras psicopatologías superaron a los normales en todos los índices, a excepción de histeria.

**Tabla 5. Diferencias entre los tres grupos del estudio en distintos índices clínicos**

<i>Instrumento Índices clínicos</i>	<i>Grupo</i>			<i>F</i>
	<i>Ansiedad social Media (DT)</i>	<i>Otras psicopatologías Media (DT)</i>	<i>Sin psicopatologías Media (DT)</i>	
<b>YSR/11-18</b>				
Ansiedad/depresión	9,89 (5,10)	10,11 (4,36)	5,04 (3,27)	145,26**
Retraimiento	6,16 (3,04)	6,18 (2,96)	3,15 (2,33)	112,63**
Síntomas somáticos	4,25 (3,72)	6,44 (4,36)	2,68 (2,63)	76,65**
Problemas sociales	6,67 (3,10)	6,91 (3,33)	3,50 (2,46)	120,11**
Problemas de pensamiento	5,18 (3,78)	8,20 (3,92)	3,43 (2,75)	117,28**
Problemas de atención	7,44 (3,30)	9,00 (2,94)	5,89 (3,10)	50,61**
Conducta delincuente o de ruptura de normas	5,39 (3,45)	12,51 (4,82)	5,36 (3,47)	169,43**
Comportamiento agresivo	8,11 (4,55)	15,75 (4,33)	6,95 (3,85)	212,67**
Otros problemas	5,30 (4,20)	7,80 (2,47)	4,40 (2,47)	71,70**
Síndromes internalizantes	20,30 (9,71)	22,73 (8,59)	10,87 (6,47)	177,02**
Síndromes externalizantes	13,50 (7,23)	28,26 (8,10)	12,30 (6,41)	247,24**
Total YSR	58,40 (23,67)	82,90 (18,33)	40,40 (17,94)	247,52**
<b>LSAS</b>				
Ansiedad en actuaciones en público	18,86 (7,72)	12,51 (7,35)	9,20 (6,11)	96,97**
Evitación de situaciones en público	16,05 (8,40)	12,30 (6,83)	9,11 (6,36)	50,16**
Ansiedad en situaciones de interacción social	15,97 (6,98)	9,67 (6,28)	7,28 (5,58)	92,82**
Evitación de situaciones de interacción social	14,07 (7,80)	10,20 (6,36)	7,43 (5,75)	53,90**
Total de ansiedad social	34,83 (13,64)	22,18 (13,12)	16,49 (11,10)	105,59**
Total de evitación social	30,11 (15,43)	22,50 (12,47)	16,54 (11,57)	57,07**
Total de ansiedad y evitación social	64,94 (26,81)	44,68 (23,74)	33,03 (20,79)	93,14**
<b>SAD</b>				
Evitación y malestar social	14,92 (5,13)	9,89 (4,43)	7,57 (4,26)	119,43**
<b>FNE</b>				
Miedo a la evaluación negativa	21,52 (5,01)	17,14 (6,50)	15,70 (5,90)	39,87**
<b>MMPI-A</b>				
Hipocondría-Hs	11,67 (5,03)	12,39 (6,00)	9,23 (4,72)	25,67**
Depresión-D	25,93 (8,59)	23,21 (8,75)	20,67 (8,80)	16,63**
Histeria-Hy	23,24 (7,30)	22,84 (9,35)	21,37 (8,49)	2,96
Desviación psicopática-Pd	20,82 (5,75)	21,94 (9,04)	17,98 (6,86)	12,49**
Masculinidad-Feminidad-Mf	24,95 (4,49)	24,18 (4,63)	23,42 (4,69)	4,65*
Paranoia-Pa	14,89 (5,52)	15,92 (6,51)	12,79 (5,35)	18,20**



Psicastenia-Pt	24,36 (8,20)	22,18 (11,13)	15,59 (8,63)	57,18**
Esquizofrenia-Sc	25,45 (12,00)	28,27 (14,04)	18,94 (11,61)	35,15**
Hipomanía-Ma	18,47 (6,33)	20,49 (8,37)	17,56 (6,92)	7,79*
Introversión social-Si	32,65 (7,01)	24,58 (11,77)	21,71 (9,69)	52,00**
Ansiedad-ANX	10,66 (3,64)	10,70 (4,50)	7,69 (3,80)	45,45**
Obsesividad-OBS	8,23 (3,54)	7,74 (3,77)	5,85 (3,32)	30,18**
Depresión-DEP	11,60 (4,98)	12,26 (5,40)	7,78 (4,57)	59,87**
Preocupaciones por la salud-HEA	11,59 (6,86)	11,79 (7,73)	9,27 (5,92)	11,57*
Alienación-ALN	7,98 (3,40)	7,56 (4,33)	5,10 (3,44)	43,00**
Pensamiento extravagante-BIZ	4,53 (3,52)	6,72 (3,75)	3,78 (3,10)	37,29**
Hostilidad-ANG	8,11 (3,26)	10,20 (3,49)	7,15 (3,37)	36,50**
Cinismo-CYN	8,19 (3,12)	9,77 (3,44)	7,10 (3,28)	32,15**
Problemas de conducta-CON	7,72 (3,89)	9,95 (4,84)	7,34 (4,10)	17,16**
Baja autoestima-LSE	8,74 (3,00)	7,61 (3,64)	5,27 (3,03)	48,53**
Bajas aspiraciones-LAS	7,01 (2,42)	6,56 (2,77)	5,72 (2,78)	11,71**
Malestar social-SOD	12,68 (3,93)	8,74 (4,44)	7,24 (4,04)	50,27**
Problemas familiares-FAM	10,80 (5,84)	14,10 (6,52)	9,25 (5,82)	30,62**
Problemas escolares-SCH	7,19 (3,32)	8,40 (4,35)	6,17 (3,35)	19,91**
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	11,83 (4,64)	10,17 (5,62)	7,56 (4,70)	40,74**

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$

La Tabla 6 muestra los resultados de las comparaciones *a posteriori* según el test de Bonferroni en los distintos índices clínicos evaluados por el *YSR/11-18*, *LSAS*, *SAD*, *FNE* y *MMPI-A*, en los cuales se encontraron previamente diferencias significativas. Se señalan diferencias significativas entre el grupo sin psicopatologías y el grupo con otras psicopatologías en todos los índices clínicos, excepto miedo a la evaluación negativa, histeria y masculinidad-feminidad; en todos los casos, el grupo con otras psicopatologías superó significativamente al grupo sin psicopatologías, salvo en los tres índices citados, donde el segundo grupo superó al primero significativamente. También, el grupo de jóvenes sin psicopatologías se distinguió significativamente de los adolescentes con niveles patológicos de ansiedad social en la mayoría de los índices clínicos evaluados, salvo en seis de los 46 índices, tal como aparece en la Tabla 6. Por último, el grupo de adolescentes con otras psicopatologías superó al de los jóvenes con trastorno de ansiedad social en todos los índices del *YSR/11-18* y significativamente en otros cinco pertenecientes al *MMPI-A*; al contrario, el primer grupo fue superado por éste en todos los índices referentes a la ansiedad y evitación en situaciones de interacción social.

**Tabla 6. Comparación de los grupos de adolescentes con ansiedad social, otras psicopatologías y sin psicopatologías en distintos índices clínicos**

<i>Instrumento Índices clínicos</i>	<i>Otras psicopatologías- Sin patologías</i>	<i>Ansiedad social- Sin psicopatologías</i>	<i>Ansiedad social-Otras psicopatologías</i>
YSR/11-18			
Ansiedad/depresión	5,07**	4,84**	-0,23
Retraimiento	3,03**	3,01**	-0,02
Síntomas somáticos	3,76**	1,57**	-2,19**
Problemas sociales	3,41**	3,17**	-0,24
Problemas de pensamiento	4,77**	1,75**	-3,02**
Problemas de atención	3,11**	1,56**	-1,56*
Conducta delincente o de ruptura de normas			
	7,15**	0,03	-7,12**
Comportamiento agresivo	8,80**	1,17*	-7,64**
Otros problemas	3,40**	0,90*	-2,50**
Síndromes internalizantes	11,86**	9,42**	-2,43
Síndromes externalizantes	15,95**	1,19	-14,76**
Total YSR	42,50**	18,00**	-24,50**
LSAS			
Ansiedad en actuaciones en público	3,30**	9,67**	6,35**
Evitación de situaciones en público	3,19**	6,94**	3,74**
Ansiedad en situaciones de interacción social			
	2,38**	8,68**	6,30**
Evitación de situaciones de interacción social			
	2,77**	6,64**	3,87**
Total de ansiedad social	5,69**	18,34**	12,65**
Total de evitación social	5,96**	13,57**	7,61**
Total de ansiedad y evitación social	11,64**	31,91**	20,27**
SAD			
Evitación y malestar social	2,32**	7,36**	5,04**
FNE			
Miedo a la evaluación negativa	1,43	5,82**	4,39**

**Tabla 6.** Comparaci3n de los grupos de adolescentes con ansiedad social, otras psicopatologías y sin psicopatologías en distintos índices clínicos (continuaci3n)

<b>MMPI-A</b>				
Hipocondría-Hs	3,16**	2,45**	-0,70	
Depresi3n-D	2,54*	5,27**	2,72	
Histeria-Hy	1,48	1,87	0,39	
Desviaci3n psicopática-Pd	3,95**	2,84**	-1,12	
Masculinidad-Feminidad-Mf	0,76	1,54*	0,77	
Paranoia-Pa	3,13**	2,10*	-1,03	
Psicastenia-Pt	6,58**	8,77**	2,19	
Esquizofrenia-Sc	9,33**	6,51**	-2,82	
Hipomanía-Ma	2,93**	0,91	-2,02	
Introversi3n social-Si	2,87*	10,93**	8,06**	
Ansiedad-ANX	3,02**	2,97**	-0,05	
Obsesividad-OBS	1,89**	2,38**	0,49	
Depresi3n-DEP	4,48**	3,82**	-0,66	
Preocupaciones por la salud-HEA	2,52**	2,32*	-0,20	
Alienaci3n-ALN	2,46**	2,88**	0,41	
Pensamiento extravagante-BIZ	2,94**	0,75	-2,18**	
Hostilidad-ANG	3,04**	0,96*	-2,10**	
Cinismo-CYN	2,71**	1,14*	-1,58*	
Problemas de conducta-CON	2,61**	0,38	-2,23**	
Baja autoestima-LSE	2,35**	3,47**	1,12*	
Bajas aspiraciones-LAS	0,84*	1,29**	0,45	
Malestar social-SOD	1,50*	4,44**	2,94**	
Problemas familiares-FAM	4,82**	1,73*	-3,10**	
Problemas escolares-SCH	2,22**	1,02*	-1,20	
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	2,60**	4,27**	1,66	

\*p<0,05; \*\*p<0,001

## DISCUSIÓN

Investigar en el ámbito de la ansiedad y fobia social es complicado, ya que el trastorno de ansiedad social constituye un fenómeno complejo y multifacético, siendo la definición del mismo y la determinación de sus características una tarea difícil. En este estudio se emplea una serie de cuestionarios para evaluar aspectos demográficos y psicosociales de los jóvenes, así como su ansiedad relacionada con situaciones de interacción social. Se ha utilizado el término trastorno de ansiedad social en vez de fobia social debido a que la *SIAS* evalúa la ansiedad informada por los adolescentes ante situaciones de interacción social. Es decir, esta escala mide más niveles patológicos de ansiedad social que fobia social *per se*. La separación de grupos de adolescentes con niveles patológicos de ansiedad social, otras psicopatologías y sin psicopatologías mediante los autoinformes aplicados nos ha permitido estudiar algunas de las características demográficas y psicosociales de cada uno respecto al resto, reflejando similitudes y diferencias sobre todo en los grupos con psicopatologías respecto al control. Se trata de grupos que se han identificado psicométricamente de acuerdo con los criterios de separación aplicados sobre los autoinformes utilizados (*SIAS* y *YSR/11-18*). No obstante, la utilización de otras estrategias de evaluación complementarias, tales como la entrevista clínica o los registros psicofisiológicos, habría permitido establecer de manera más adecuada grupos clínicamente diferenciados. Carecer de una muestra clínica constituye una limitación a la hora de generalizar los resultados más allá de la población general y al intentar aplicarlos a sujetos con ansiedad social elevada en tratamiento. Además, hemos trabajado con estudiantes adolescentes pero no sabemos si los resultados serán extensibles a jóvenes no escolarizados. Por otra parte, la muestra no fue seleccionada aleatoriamente, ya que se obtuvo a través de centros educativos que aceptaron participar en el estudio. Este tipo de muestreo incidental impide asegurar la representatividad de los resultados.

Para asegurarnos de que contamos con un grupo de adolescentes con niveles patológicos de ansiedad social y otro con otras psicopatologías se procedió a un criterio cuantitativo basado en una desviación típica y media por encima de la media que dejaría al 6,06 %

de la población con algún problema psicopatológico. Puesto que partíamos de una muestra de la población general, consideramos preferible aplicar criterios estrictos que nos asegurasen la identificación de los grupos. Respecto a la SIAS, Heinberg, Mueller, Holt, Hope y Liebowitz (1992) han establecido que puntuaciones por encima de 34 puntos permiten identificar correctamente el 82 % de los jóvenes con fobia social. En nuestro caso, el punto de corte se estableció en 40,34 puntos correspondientes al valor de la media más una desviación típica y media lo que suponía un criterio de elección más exigente que el utilizado por otros autores. Además, en estudios anglosajones, la prevalencia del trastorno de ansiedad social infanto-juvenil oscilaba entre el 1,6 y el 10% (Beidel y Turner, 1998; Essau, Conradt y Petermann, 1999; Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 1998; Wittchen, Stein y Kessler, 1999), siendo la puntuación media de la misma cercana a la de nuestra propuesta. No obstante, estos estudios fueron realizados en muestras clínicas de características distintas a las de la muestra del presente estudio, no resultando idénticos los resultados. Otro porcentaje muy cercano al hallado por nosotros es el informado por Bragado *et al.* (1996) en una muestra de adolescentes españoles de la población normal de características parecidas a las de nuestro estudio, quienes encontraron un 6,3% de adolescentes con ansiedad social elevada. En esta línea, los puntos de corte para muestras de habla española de los distintos instrumentos que evalúan los niveles patológicos de ansiedad social han sido propuestos por García-López, Olivares e Hidalgo (2005).

Hay que señalar que la mayoría de los estudios, tanto en población adulta (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius y Fredrikson, 2000; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz, 1993; Kessler *et al.*, 1994; Manuzza *et al.*, 1995; Stein, Torgrud y Walker, 2000) como adolescente (Beidel, Turner y Morris, 2000; Essau *et al.*, 1999; Francis, Last y Strauss, 1992; Magee *et al.*, 1996; Strass y Last, 1993), ha usado distintos criterios de selección de las personas con niveles elevados de ansiedad social, dependiendo de los instrumentos de evaluación aplicados y del tipo de muestra utilizada (adulta o adolescente). La mayoría de los trabajos citados se han basado en muestras clínicas, distintas a la nuestra, y no se ha preocupado por explicar los criterios empleados para formar otros grupos (con otras psicopatologías y sin

psicopatologías) distintos a los con trastorno de ansiedad social, bien porque no formaba parte de los objetivos de sus trabajos o bien porque los sujetos de sus investigaciones estaban diagnosticados de ansiedad social elevada con anterioridad. Por ello, los criterios empleados por los autores de estos estudios no serían válidos para el nuestro por tratarse de muestras distintas y tampoco sería correcto comparar los resultados encontrados en los mismos con los hallados en el presente trabajo. Del mismo modo, los estudios recientes realizados en muestras clínicas de la población adolescente española no han abordado este asunto (García-López, 2000; Ramos, 2004; Ruiz, 2003), limitándose a informar de porcentajes concretos de jóvenes con niveles patológicos de ansiedad social o con otros trastornos psicopatológicos, sin ofrecer los porcentajes totales de grupos con y sin psicopatologías frente al de ansiedad social elevada. En nuestro caso, el criterio psicométrico empleado para definir el grupo con otras psicopatologías supone la utilización de puntos de corte que superan de sobra las puntuaciones establecidas en otros estudios realizados con el YSR (Achenbach y Rescorla, 2001).

Los primeros resultados indicaron que en algunas variables demográficas y competencias psicosociales, valoradas cualitativa y cuantitativamente, se obtuvieron diferencias significativas entre los tres grupos. Además, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con trastornos psicopatológicos y el grupo sin psicopatologías en algunas variables demográficas y competencias psicosociales, valoradas cualitativamente. Es decir, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos con psicopatologías en estas variables demográficas y de competencias, salvo en la variable participación con amigos. Esta excepción es atribuible a que esta variable es la única que requiere interacción social. Las comparaciones realizadas *a posteriori* en el caso de las competencias, valoradas cuantitativamente, para determinar las causas de significación señalan diferencias significativas entre el grupo sin psicopatologías y el de otras psicopatologías en las competencias relación con hermanos, otros jóvenes y padres, y rendimiento escolar. También, se encontraron diferencias significativas entre el grupo sin psicopatologías y el de niveles elevados de ansiedad social al compararlos en tiempo/manera de actividades deportivas, y relación con hermanos, otros jóvenes y

padres. Por último, se presentó una diferencia significativa entre los dos grupos con psicopatologías en la competencia participación en grupos, siendo una variable ligada al ámbito de la interacción social.

Parece ser que, en general, las variables demográficas y competencias de los jóvenes diferencian más al grupo sin psicopatologías de los dos grupos con problemas clínicos que a los dos primeros entre sí. Es decir, los dos grupos con psicopatologías guardan más similitudes entre ellos que diferencias, mientras que el grupo control presenta grandes diferencias respecto a ellos. En la actualidad, no existen estudios que pretendan detectar diferencias y similitudes concretas en población infanto-juvenil entre distintos grupos con y sin problemas psicopatológicos respecto a variables demográficas y competencias psicosociales. Además, los escasos resultados existentes revelan diferencias generales de género ligadas al ámbito de las relaciones de interacción social con los iguales. Por ejemplo, La Greca y López (1998) observan, en una muestra clínica, que los chicos adolescentes con un nivel elevado de ansiedad social informan un funcionamiento social pobre, recibiendo escaso apoyo por parte de los compañeros y poca aceptación social, mientras que las chicas puntúan bajo en variables como tasa de amistades, intimidad, compañerismo y apoyo resultante por la interacción con los amigos. Otro resultado de carácter general es el referente a que, dentro de la población clínica infanto-juvenil, el trastorno de ansiedad social va asociado con baja tasa de amistades, soledad (Beidel *et al.*, 1999), rechazo o evitación de la escuela (Last *et al.*, 1991) y bajas calificaciones (Beidel, 1991). Está claro que estos datos aluden al comportamiento de los jóvenes con niveles patológicos de ansiedad social respecto a determinadas competencias psicosociales, aunque no se hace referencia a la comparación de éstos con otros grupos de adolescentes con y sin psicopatologías.

Por otra parte, los dos grupos de jóvenes con psicopatologías obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en todos los índices clínicos evaluados que el grupo de jóvenes sin psicopatologías, salvo en el índice histeria del *MMPI-A*, en donde no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos del estudio. De nuevo, faltan otras investigaciones en las que se hayan comparado jóvenes con distintas psicopatologías (entre ellas, la ansiedad social elevada) y

otros sin psicopatologías. Algunos resultados generales, en muestras clínicas de niños y adolescentes con trastorno de ansiedad social, ponen de manifiesto la pérdida de importantes oportunidades normativas y evolutivas durante su desarrollo académico y socioemocional (Francis, Strauss y Last, 1987), asociándose su trastorno de ansiedad social con escaso número de amigos, aislamiento social, estado de ánimo depresivo (Beidel *et al.*, 1999), dificultades escolares (Last *et al.*, 1991) y mayor consumo de alcohol (DeWitt *et al.*, 1999). Habría que ver el comportamiento de estas variables en otros grupos de niños y adolescentes con otras psicopatologías con el fin de poder hacer comparaciones con el grupo sin psicopatologías. De nuevo, estos resultados se han informado en muestras clínicas de niños y adolescentes de características diferentes a la muestra empleada en este estudio, lo que dificulta la comparación de los mismos.

Por último, el grupo de jóvenes con niveles elevados de ansiedad social obtuvo puntuaciones más elevadas que el resto de los grupos (con y sin psicopatologías) en todas las variables referentes a la actuación en situaciones de interacción social que se han evaluado. En esta línea, se ha visto que la extensión del deterioro, en población infanto-juvenil aquejada del trastorno de ansiedad social, es muy amplia. Los niños y adolescentes con niveles patológicos de ansiedad social muestran un sufrimiento y una evitación asociados a las situaciones de actuación social e interacción social, dañando su funcionamiento diario (Ballesteros y Conde, 1999), así como limitan estrictamente su interacción en una amplia gama de situaciones sociales, tales como ir a comprar, a fiestas o al colegio (Francis, 1990). Por otra parte, distintos resultados en el ámbito de las relaciones interpersonales de los jóvenes con el grupo de iguales señalaron que los niños y adolescentes que perciben rechazo y exclusión social por sus compañeros manifiestan altos niveles de ansiedad, disminuyendo su frecuencia de interacción social con ellos y repercutiendo negativamente en una amplia gama de variables relacionadas con su funcionamiento social (Leary, 1990). En nuestro caso, hemos encontrado que el grupo de jóvenes con ansiedad social elevada ha manifestado puntuaciones altas en los problemas relacionados con la actuación y la interacción en distintas actividades sociales, siendo éstas mayores que las obtenidas en los otros dos grupos con y sin



psicopatologías. Estos resultados también podrían ser explicados por variables de personalidad como la timidez y la introversión, donde las personas con el trastorno de ansiedad social generalizada experimentan niveles elevados en introversión y recuerdan mayor número de historias de timidez en la infancia (Mannuzza *et al.*, 1995; Stemberger, Turner, Beidel y Calhoun, 1995), aunque estos hallazgos fueron encontrados en muestras clínicas, distintas a la nuestra.

En definitiva, los resultados indican que el grupo de jóvenes con niveles patológicos de ansiedad social muestra diferencias significativas con el resto en las competencias sociales que requieren la interacción de los adolescentes con el grupo de iguales; además, este grupo puntuó más alto que los otros dos en todos los problemas referentes a la ansiedad asociada a situaciones de actuación e interacción social. En general, los jóvenes con ansiedad social elevada mantienen más similitudes que diferencias con los que presentan con otras psicopatologías en los índices clínicos evaluados, difiriendo de los adolescentes sin psicopatologías.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, J., Forns, M., Amador, J. A. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del *youth self report* en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12, 49-54.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Self-Report and 1991 YSR profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1987). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G. y Barlow, D. H. (1995). Niños y adolescentes: evaluación y tratamiento. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier, *Fobia Social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 367-402). Barcelona: Martínez Roca.

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4ª ed, rev.). Washington, DC: Autor.
- Amies, P. L., Gelder, M. G. y Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Ballesteros, M. C. y Conde, V. J. M. (1999). Trastorno por ansiedad social de inicio en la infancia y la adolescencia. En J. G. Bobes, M. P., González, P. A., Sáiz y G. Bousoño (Eds.), *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp. 35-62). Barcelona: Masson.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its Disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 545-552.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology o childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., Doménech, R., González-Quirós, M., Buscarán, M. T., González, J. L., Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheenan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6-17 años. *Ansiedad y estrés*, 2, 97-112.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

- 2): *Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S. y Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P. y Drenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285-297.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. C., George, L. K. y Blazer, D. G. (1993). The boundary of social phobia: exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- DeWitt, D. J., MacDonald, K. y Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms on drug dependence in adolescence and early adulthood: Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, R. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Francis, G. (1990). Social phobia in childhood. En M. Hersen y C. G. Last, *Handbook of child and adult psychopathology* (pp. 163-168). Nueva York: Pergamon Press, Inc.
- Francis, G., Strauss, C. C. y Last, C. G. (1987). *Social anxiety in school phobic adolescents*. Documento presentado en el Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy: Boston.
- Francis, G., Last, C. G. y Strauss, C. (1992). Avoidant personality disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 1086-1089.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- García-López, L. J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia*

*social*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

- García-López, L. J., Olivares, J. e Hidalgo, M. D. (2005). A pilot study on sensitivity of outcome measures for treatment of generalized social phobia in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 385-392.
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). 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. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- Gelernter, C. S., Stein, M. B., Tancer, M. E. y Uhde, T. W. (1992). An examination of syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 23-27.
- Habke, A. M., Hewitt, P. L., Norton, G. R. y Asmundson, G. (1997). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: An exploration of the dimensions of social anxiety and sex differences in structure and relations with pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 21-39.
- Hayward, C., Killen, J., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent phobia. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. A. y Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R.G., Mueller, G., Holt, C.S., Hope, D.A. y Liebowitz, M.R. (1992). Assessment of Anxiety in Social Interaction and Being

- Observed by Others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobic Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H. J. y Tylor, A. N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 588-596.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Jiménez-Gómez, F. y Ávila-Espada, A. (2003). *MMPI-A, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes*. Madrid: Ediciones TEA.
- Kessler, R., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives General of Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Stein, M. B. y Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 155, 613-619.
- La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Ovaschel, H. y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- Leary, M. R. (1990). Responses to social exclusion: Social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 221-229.
- Lemos, S. G., Fidalgo, A. M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4, 21-48.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J. y Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name. *Archives of general Psychiatry*, 57, 191-192.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the

- National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Champan, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. y Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and Phobias*. Nueva York: Academic Press.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). Developmental and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Montero, I. y León, G. O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Myers, J. K., Weissman, M. M. y Tischler, G. L. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Olivares, J. (2004). Introducción. En J. Olivares, A. I. Rosa y L. J. García-López (Eds.), *La fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás* (pp. 11-16). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., García-López, L. G. e Hidalgo, M. D. (2001). The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18, 207-212.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplus.
- Pelechano, V., Baguena, M. J., Botella, C. y Roldan, C. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia. Miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-220.
- Rabe-Jablonska, J., Dietrich-Muszalska, A. y Gmitrowicz, A. (2004). The prevalence of social phobia in a representative group of

- adolescents from Lodz. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6, 15-22.
- Ramos, V. (2004). *Efecto de la retroalimentación audiovisual en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Murcia.
- Ramos-Álvarez, M. M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Rapee, R. M, Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1988). Social phobia features across the DSM-III anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E. y Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 983-994.
- Ruiz, J. (2003). *Efecto del tamaño del grupo en la eficacia del IAFS*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia: Murcia.
- Sandín, B. (1997). Desarrollo, curso y origen de los miedos. En B. Sandín (Ed.), *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes (21-43)*. Dykinson Ediciones: Madrid.
- Schneier, F. R., Chin, S. J., Hollander, E. y Liebowitz, M. R. (1992). Flouxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 62-64.
- Stemberger, R., Turner, S. M., Beidel, D. C. y Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J. y Walker, J. R. (2000). Social Phobia Symptoms, Subtypes, and Severity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046-1052.
- Strauss, C. C. y Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 141-152.
- Tortella-Feliu, M., Servera, M., Balle, M., & Fullana, M.A. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 371-387.

- Trower, P. y Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Valiente, R. M., Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Naturaleza evolutiva de los miedos. En R. M. Valiente, B. Sandín y P. Chorot (Eds.), *Miedos en la infancia y la adolescencia* (pp. 27-42). UNED Ediciones: Madrid.
- Velting, O. N. y Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 127-140.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J. y Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR) (Manual for the Youth Self-Report)*. Rotterdam, the Netherlands: Erasmus University/Sophia Children's Hospital.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weiller, E., Bisserbé, J. C., Boyer, P., Lepine, J. P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., Sierra, J. C. y Fernández-Parra, A. (2006). *Psychometric properties of Social Interaction Anxiety Scale and criterion of separation among Spanish youths with and without subtypes of social anxiety*. Manuscrito sometido a publicación.