

Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles

Ihab Zubeidat, Antonio Fernández-Parra*, Juan Carlos Sierra* y José María Salinas*
Universidad Nacional de Educación a Distancia y * Universidad de Granada

Se explora la comorbilidad entre el trastorno de ansiedad social, incluida la de sus subtipos específico y generalizado, y otros problemas psicopatológicos en adolescentes. Para ello, se evaluaron 961 jóvenes españoles (media de edad= 15,63 años) mediante diferentes autoinformes que miden variables sociodemográficas, competencias e índices clínicos. Los resultados indicaron que los jóvenes con ansiedad social mostraban un porcentaje de comorbilidad superior al presentado por los jóvenes con otras psicopatologías en los índices referentes a la ansiedad y evitación de situaciones sociales. El segundo grupo obtuvo un porcentaje de comorbilidad mayor que el primero en la mayoría de los problemas clínicos medidos por el YSR/11-18 y el MMPI-A. En tan sólo once de los índices clínicos evaluados resultó significativa la diferencia en comorbilidad entre los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada), presentando el primero un porcentaje de comorbilidad inferior.

Comorbidity of specific and generalized social anxiety in Spanish adolescents. The comorbidity of the social anxiety disorder, including the specific and generalized subtypes, and other psychopathological problems in adolescents is explored. For this purpose, 961 Spanish young people were evaluated (mean age = 15.63 years) by means of various self-reports that measure sociodemographical variables, competences and clinical indexes. Those with social anxiety were divided into two groups: specific and generalized. The results indicated that the adolescents with social anxiety had a higher percentage of comorbidity in the indexes that refer to anxiety and avoidance in social situations, than did the young people with other psychopathologies. The group of generalized social anxiety had a higher percentage of comorbidity than the specific social anxiety group in the majority of the clinical problems measured by the YSR/11-18 and MMPI-A. Only in eleven of the evaluated clinical indexes was the difference in comorbidity between the two groups of social anxiety significant, and the percentage of comorbidity was lower in the first group.

La fobia social se caracteriza por «un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas» (American Psychiatric Association, 2002, p. 502), presentando dos formas: específica y generalizada. La primera alude a estímulos concretos que producen ansiedad (hablar, comer, beber, escribir o asearse en público), mientras que la segunda está asociada a distintas situaciones sociales (Mattick y Peters, 1988). El estudio de la comorbilidad de ambas formas con otras psicopatologías constituye un tema de gran interés para la investigación. Los escasos estudios realizados han empleado muestras de adultos, encontrando que los problemas que presentan mayor comorbilidad con la fobia social son la ansiedad (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, y Kessler, 1996), la depresión mayor (Pini et al., 1997), el abuso de sustancias tóxicas (Lecrubier y Weiller, 1997) y el déficit en habilidades sociales y sentimientos de inferioridad (Baños, Botella, Guillén, y Benedito, 2003). En

cuanto a los subtipos de ansiedad social, el generalizado presenta un porcentaje elevado de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y de personalidad (Kessler, Stein, y Berglund, 1998) y del estado de ánimo (Stein y Kean, 2000); estos individuos muestran niveles elevados de baja autoestima, depresión, neuroticismo, ansiedad rasgo, historia de timidez infantil y falta de habilidades sociales (Hofmann y Roth, 1996; Mennin, Heimberg, y Jack, 2000). Chavira, Stein, Bailey y Stein (2004) observan una alta comorbilidad entre el subtipo generalizado de la fobia social y la depresión mayor, ansiedad generalizada y fobias específicas.

Los escasos estudios realizados con muestras anglosajonas mostraron que los trastornos de ansiedad se manifiestan junto a los depresivos, opositoristas/desafiantes, trastornos por déficit de atención e hiperactividad y abuso o dependencia de alcohol (Essau, Conradt, y Petermann 2000; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn, y Sack, 1997). Sin embargo, existen pocos datos, y contradictorios, en población adolescente sobre comorbilidad de las dos formas de ansiedad social (Zubeidat, Sierra, y Fernández-Parra, 2006). Mientras Wittchen, Stein y Kessler (1999) observaron que los adolescentes con fobia social generalizada presentaban mayor tasa de comorbilidad que los de la específica, Hofmann et al. (1999) defienden la falta de diferencias. En España destacan los estudios de García-López (2000), Ramos (2004) y Ruiz (2003) (ci-

tados en Olivares, 2004); en promedio, se proporcionan tasas de comorbilidad de la fobia social con la fobia específica (75%), episodio depresivo mayor (30%), ansiedad generalizada (27%), trastorno distímico (20%), trastorno de angustia/pánico con agorafobia (14%), abuso de alcohol y otras sustancias (10%), trastorno obsesivo-compulsivo (9%) y trastorno de estrés postraumático (7%). Recientemente, se encontraron diferencias significativas entre las formas específica y generalizada en variables relacionadas con la ansiedad y evitación social, miedo a la evaluación negativa, inadaptación y autoestima (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006) dirigiéndose los esfuerzos al tratamiento (García-López, Olivares e Hidalgo, 2005; Olivares, Rosa y Olivares, 2006; Olivares, Rosa, y Piqueras, 2005).

Este estudio *ex post facto* (Montero y León, 2005; Ramos-Alvarez, Valdés-Conroy, y Catena, 2006) pretende en una muestra de adolescentes, en primer lugar, comparar la comorbilidad de la ansiedad social con la presentada por otras psicopatologías y, en segundo lugar, explorar las diferencias entre los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada) en cuanto a la comorbilidad.

Método

Participantes

La muestra formada por 961 alumnos de Enseñanza Secundaria de la provincia de Granada (España) fue obtenida mediante muestreo incidental de 13 centros docentes. El 42,90% eran chicos; sus edades oscilaban entre 13 y 18 años ($M= 15,63$; $DT= 1,32$). Un mayor porcentaje (67,80%) procedía de 2º, 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria; el resto de los participantes pertenecía a 1º y 2º de Bachillerato (18,10%) y distintos Ciclos Formativos (14%).

Instrumentos

Youth Self-Report for Ages 11-18, YSR (Achenbach y Rescorla, 2000). Evalúa competencias psicosociales (17 ítems), comportamientos problemáticos (103 ítems) y prosociales (16 ítems). Los chicos muestran puntuaciones más elevadas en conductas externalizantes y las chicas en internalizantes (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992).

Social Interaction Anxiety Scale, SIAS (Mattick y Clarke, 1998). Olivares, García-López e Hidalgo (2001) indican un solo factor con una consistencia interna de 0,89. Zubeidat, Salinas, Sierra y Fernández-Parra (2007) aíslan dos factores con valores de consistencia interna de 0,88 y 0,52, respectivamente.

Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS (Liebowitz, 1987). Evalúa el nivel de miedo y evitación durante la interacción social. Bobes *et al.* (1999) señalan coeficientes superiores a 0,73 para la consistencia interna y a 0,82 para el test-retest.

Social Avoidance and Distress Scale, SAD (Watson y Friend, 1969). Evalúa la ansiedad subjetiva y la evitación experimentadas en situaciones sociales. Su fiabilidad test-retest es de 0,85 y se correlaciona con la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner, 2001).

Fear of Negative Evaluation Scale, FNE (Watson y Friend, 1969). Evalúa la intensidad del miedo ante la evaluación negativa de los demás. La versión española obtuvo una consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test-retest de 0,78 (Comeche, Díaz, y Vallejo, 1995).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent, MMPI-A (Butcher *et al.*, 1992). Jiménez-Gómez y Ávila-Espada (2003) informan de adecuadas propiedades psicométricas en población española.

Procedimiento

Una vez obtenido el consentimiento verbal de profesores y adolescentes, se les informó sobre el trastorno de ansiedad social y la importancia de su evaluación. Se les aseguró la confidencialidad de los datos recogidos y la posibilidad de obtener información personal sobre los resultados. La evaluación fue realizada por un investigador que se encargó de proporcionar las instrucciones y directrices para contestar a los cuestionarios. Los adolescentes fueron evaluados en dos sesiones de 75 minutos cada una, separadas por 15 minutos de descanso; en la primera se aplicó el YSR/11-18, SIAS, LSAS, SAD y FNE, y en la segunda se administró el MMPI-A. Se excluyeron del estudio 15 adolescentes que se negaron a participar y otros 9 que abandonaron.

La formación de los grupos de ansiedad social (específica y generalizada) se realizó mediante un doble criterio cuantitativo. En primer lugar, se estableció un punto de corte en la SIAS para detectar a las personas con ansiedad social, el cual se situó en la media más 1 1/2 desviaciones típicas (40,18); de este modo, se obtuvo un grupo con ansiedad social formado por 81 adolescentes (8,43% del total de la muestra). En segundo lugar, se establecieron los dos subgrupos de ansiedad social. El subgrupo de ansiedad social específica incluyó a los jóvenes con una puntuación igual o mayor a 40,18 en la SIAS que contestaron a diez o menos situaciones sociales con alta ansiedad (valorada en 3 o 4) y el subgrupo de ansiedad social generalizada integró a los sujetos con una puntuación igual o mayor a 40,18 en la SIAS que respondieron con alta ansiedad a 11 o más situaciones sociales. Este criterio permitió obtener dos grupos con ansiedad social: específica ($n= 43$; 4,47% de la muestra total) y generalizada ($n = 38$; 3,95% de la muestra total). El criterio seguido para formar el grupo con otras psicopatologías se basó en las puntuaciones presentadas en las escalas externalizante, internalizante y total del YSR/11-18. Los adolescentes con puntuaciones superiores al punto de corte, situado en la media más 1 1/2 desviaciones típicas en una, dos o en las tres escalas del YSR constituyeron el grupo de otras psicopatologías ($n= 92$). Las medias de las tres escalas fueron las siguientes: internalizante ($M= 12,68$; $DT= 8,16$), externalizante ($M= 13,83$; $DT= 8,14$) y total YSR ($M= 45,60$; $DT= 22,69$); los puntos de corte en cada escala fueron 24,92, 26,04 y 79,63, respectivamente. El resto de adolescentes ($n = 788$) con puntuaciones inferiores a estos puntos de corte, y no incluidos dentro del grupo de ansiedad social, pasaron a formar el grupo normal.

Resultados

Se analizaron las diferencias en la distribución de las puntuaciones de la SIAS en función de las variables demográficas sexo, edad, curso escolar, pareja y trabajo. Tan solo en sexo ($t= -3,15$; $p<0,001$) y curso escolar ($t= -2,14$; $p<0,05$) se ha obtenido una diferencia significativa; la media fue ligeramente superior en las chicas que en los chicos, así como en los alumnos de Ciclos Formativos frente a los de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato.

La tabla 1 muestra el porcentaje de comorbilidad con los diferentes problemas clínicos evaluados, tanto para el grupo con ansiedad social como para el grupo de otras psicopatologías, así como la comparación entre ambos.

El grupo de otras psicopatologías presentó un porcentaje de comorbilidad superior al del grupo de ansiedad social en los si-

guientes problemas evaluados por el YSR/11-18 y el MMPI-A: síntomas somáticos ($\chi^2_1= 7,08$; $p<0,01$), problemas de pensamiento ($\chi^2_1= 6,80$; $p<0,01$), conducta delincuente o de ruptura de normas ($\chi^2_1= 59,96$; $p<0,01$), comportamiento agresivo ($\chi^2_1= 68,90$; $p<0,01$), síndromes internalizantes ($\chi^2_1= 4,88$; $p<0,05$), síndromes externalizantes ($\chi^2_1= 84,42$; $p<0,01$), hipocondría ($\chi^2_1= 6,01$;

Tabla 1
Comorbilidad del grupo de ansiedad social frente al grupo de otras psicopatologías con distintos índices clínicos

Instrumento Índices clínicos	Grupos		χ^2_1
	Ansiedad social n (%)	Otras psicopatologías n (%)	
YSR/11-18			
Ansiedad/depresión	23 (28,40)	28 (30,43)	0,086
Retraimiento	26 (32,10)	33 (35,87)	0,27
Síntomas somáticos	16 (19,75)	35 (38,04)	7,08**
Problemas sociales	23 (28,40)	31 (33,70)	0,56
Problemas de pensamiento	17 (20,99)	36 (39,13)	6,80**
Problemas de atención	11 (13,58)	16 (17,39)	0,48
Conducta delincuente o de ruptura de normas	2 (2,47)	47 (51,08)	59,96**
Comportamiento agresivo	14 (17,28)	72 (78,26)	68,90**
Síndromes internalizantes	23 (28,40)	41 (44,56)	4,88*
Síndromes externalizantes	4 (4,93)	63 (68,48)	84,42**
LSAS			
Ansiedad en actuaciones en público	35 (43,20)	11 (11,95)	22,23**
Evitación de situaciones en público	28 (34,56)	9 (9,78)	16,21**
Ansiedad en situaciones de interacción social	34 (41,97)	7 (7,60)	29,75**
Evitación de situaciones de interacción social	28 (34,56)	12 (13,04)	11,40**
Total de ansiedad social	37 (45,68)	8 (8,69)	32,27**
Total de evitación social	25 (30,86)	9 (9,78)	12,41**
Total de ansiedad y evitación social	32 (34,78)	9 (9,78)	21,84**
SAD			
Evitación y malestar social	34 (41,97)	7 (7,60)	29,75**
FNE			
Miedo a la evaluación negativa	23 (28,40)	8 (8,67)	11,66**
MMPI-A			
Hipocondría-Hs	14 (17,28)	29 (31,52)	6,01*
Depresión-D	27 (33,33)	21 (22,82)	2,10
Histeria-Hy	12 (14,81)	22 (23,91)	2,88
Desviación psicopática-Pd	7 (8,64)	25 (27,17)	12,72**
Masculinidad-Feminidad-Mf	50 (61,73)	53 (57,60)	0,02
Paranoia-Pa	19 (12,34)	36 (39,13)	6,55**
Psicastenia-Pt	20 (24,69)	21 (22,82)	0,02
Esquizofrenia-Sc	20 (24,69)	32 (34,78)	3,30*
Hipomanía-Ma	7 (8,64)	19 (20,65)	6,46*
Introversión social-Si	23 (28,39)	11 (11,95)	5,29*
Ansiedad-ANX	11 (13,58)	21 (22,82)	3,21
Obsesividad-OBS	17 (20,98)	19 (20,65)	0,03
Depresión-DEP	24 (29,63)	32 (34,78)	0,58
Preocupaciones por la salud-HEA	15 (18,51)	35 (38,04)	11,89**
Alienación-ALN	23 (28,39)	30 (32,60)	1,13
Pensamiento extravagante-BIZ	14 (17,28)	35 (38,04)	10,36**
Hostilidad-ANG	9 (11,50)	23 (24,40)	6,04*
Cinismo-CYN	6 (7,40)	20 (21,73)	7,31**
Problemas de conducta-CON	7 (8,64)	18 (19,56)	5,11*
Baja autoestima-LSE	16 (19,75)	18 (19,56)	0,01
Bajas aspiraciones-LAS	14 (17,28)	13 (14,13)	0,09
Malestar social-SOD	31 (38,27)	14 (15,21)	11,04**
Problemas familiares-FAM	14 (17,28)	36 (39,13)	11,78**
Problemas escolares-SCH	6 (9,80)	16 (18,50)	6,07*
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	21 (25,92)	18 (19,56)	0,42

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

$p < 0,05$), desviación psicopática ($\chi^2_1 = 12,72$; $p < 0,01$), paranoia ($\chi^2_1 = 6,55$; $p < 0,01$), esquizofrenia ($\chi^2_1 = 3,30$; $p < 0,05$), hipomanía ($\chi^2_1 = 6,46$; $p < 0,05$), preocupaciones por la salud ($\chi^2_1 = 11,89$; $p < 0,01$), pensamiento extravagante ($\chi^2_1 = 10,36$; $p < 0,01$), cinismo ($\chi^2_1 = 7,31$; $p < 0,01$), problemas de conducta ($\chi^2_1 = 5,11$; $p < 0,05$) y problemas familiares ($\chi^2_1 = 11,78$; $p < 0,01$).

El porcentaje de comorbilidad de los adolescentes con ansiedad social fue más alto que el de los adolescentes con otras psicopatologías en todos los índices referentes a la ansiedad y evitación experimentadas ante situaciones de actuación e interacción social: ansiedad en actuaciones en público ($\chi^2_1 = 22,23$; $p < 0,01$), evitación de situaciones en público ($\chi^2_1 = 16,21$; $p < 0,01$), ansiedad en situaciones de interacción social ($\chi^2_1 = 29,75$; $p < 0,01$), evitación de situaciones de interacción social ($\chi^2_1 = 11,40$; $p < 0,01$), total de ansiedad social ($\chi^2_1 = 12,41$; $p < 0,01$), total de ansiedad y evitación social ($\chi^2_1 = 21,84$; $p < 0,01$), evitación y malestar social ($\chi^2_1 = 29,75$; $p < 0,01$) y miedo a la evaluación negativa ($\chi^2_1 = 11,66$; $p < 0,01$). Por último, destacó la elevada comorbilidad del grupo con ansiedad social frente al grupo con otras psicopatologías en introversión social ($\chi^2_1 = 5,29$; $p < 0,05$), hostilidad ($\chi^2_1 = 6,04$; $p < 0,05$), malestar social ($\chi^2_1 = 11,04$; $p < 0,01$) y problemas escolares ($\chi^2_1 = 6,07$; $p < 0,05$) evaluados por el MMPI-A.

La tabla 2 presenta el porcentaje de comorbilidad encontrado en los grupos de ansiedad social específica y generalizada con los mismos problemas clínicos, así como la comparación entre ambos.

En este caso, se encontraron muy pocas diferencias significativas entre los dos grupos de ansiedad social respecto a su comorbilidad con la mayoría de los índices clínicos; tan solo en diez: ansiedad en actuaciones en público ($\chi^2_1 = 6,36$; $p < 0,05$), evitación de situaciones en público ($\chi^2_1 = 5,23$; $p < 0,05$), ansiedad en situaciones de interacción social ($\chi^2_1 = 5,23$; $p < 0,05$), evitación de situaciones de interacción social ($\chi^2_1 = 7,64$; $p < 0,01$), total de ansiedad social ($\chi^2_1 = 8,96$; $p < 0,01$), total de evitación social ($\chi^2_1 = 6,54$; $p < 0,01$), total de ansiedad y evitación social ($\chi^2_1 = 10,32$; $p < 0,01$), evitación y malestar social ($\chi^2_1 = 7,54$; $p < 0,05$), paranoia ($\chi^2_1 = 4,50$; $p < 0,01$), introversión social ($\chi^2_1 = 9,27$; $p < 0,01$) y baja autoestima ($\chi^2_1 = 6,82$; $p < 0,05$); en todos los casos, el porcentaje de comorbilidad del grupo de ansiedad social específica fue inferior al de ansiedad generalizada.

Discusión y conclusiones

El objetivo del estudio fue examinar en una población comunitaria adolescente la comorbilidad de la ansiedad social con diversos problemas clínicos en comparación a la mostrada por otras psicopatologías; asimismo, se pretendió comparar la comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada. Este tipo de estudios tiene sentido cuando la comparación de categorías de sujetos, respecto a su comorbilidad con otros problemas psicopatológicos, se realiza entre pares de grupos de riesgo con distintas psicopatologías claramente diferenciados. La dificultad está en establecer los subgrupos de ansiedad social (específica y generalizada) debido a su vaga conceptualización en el *DSM-IV*. Como consecuencia, los subtipos de ansiedad social han sido operacionalizados mediante diferentes criterios. Desde un punto de vista metodológico, el establecimiento de un criterio para establecer categorías psicopatológicas va a depender en gran medida del tipo de muestra utilizada y de los instrumentos de evaluación, lo cual da lugar a una disparidad de resultados. Por ello, propusimos nuestro propio cri-

terio cuantitativo de separación, basado en la *SIAS* como instrumento capaz de distinguir entre ansiedad social específica y generalizada (Heimberg, Mueller, Holt, Hope, y Liebowitz, 1992). A pesar de que Mattick y Clarke (1998) defienden que la *SIAS* tiene la función de evaluar la fobia social generalizada o situaciones de relación social y la Escala de Fobia Social (*SPS*) lo hace para el subtipo no generalizado, Heimberg et al. (1992) y Ries et al. (1998) defienden que la *SIAS* permite discriminar entre los dos subtipos de fobia social. Stein et al. (2001) diagnostican ansiedad social generalizada cuando los sujetos presentan temor a siete de las doce situaciones sociales evaluadas. No obstante, debemos reconocer que el uso de un solo instrumento para establecer categorías de ansiedad social es algo limitado pero, en todo caso, este problema debería ser resuelto en otros estudios.

El *YSR/II-18* ha sido ampliamente utilizado por permitir establecer una taxonomía cuantitativa. El punto de corte elegido (media más 1 1/2 desviaciones típicas) daría lugar, bajo el supuesto de normalidad, a una prevalencia del 6,60% para el conjunto de problemas psicopatológicos identificados por el *YSR/II-18*. Esta prevalencia teórica no es tan reducida como la que habría resultado de aplicar criterios más restrictivos (por ejemplo, la media más 2 desviaciones típicas o el percentil 98 que se aplica a las escalas de síndromes del *YSR/II-18*), pero tampoco sería tan alta como la que daría lugar el empleo del percentil 90, propuesto por Achenbach y Rescorla (2000) para los síndromes internalizante, externalizante y puntuación total.

La aplicación de un solo instrumento (*SIAS* o *YSR/II-18*) de evaluación para determinar los grupos de ansiedad social y el grupo de otras psicopatologías se explica por limitaciones de procedimiento derivadas de trabajar con una muestra comunitaria (número de instrumentos utilizados, horas de evaluación disponibles, autorización por parte de padres, etc.). La propia naturaleza epidemiológica y comunitaria del estudio hace que no se pueda hablar del diagnóstico diferencial de la misma forma que en un estudio clínico, en donde se utilizan distintas técnicas de evaluación para diagnosticar a los sujetos en el contexto de un proceso de evaluación extenso e individualizado. En cualquier caso, el porcentaje total de adolescentes con ansiedad social (8,43%) obtenido es muy similar al informado por Olivares (2004).

El análisis de las diferencias de medias en las puntuaciones de la *SIAS* en función de las variables demográficas tan solo ha señalado diferencias significativas en las variables sexo y curso escolar. Estos resultados coinciden con los de Olivares, Ruiz, Hidalgo y García-López (1999) o Wittchen et al. (1999), quines informan que las chicas muestran niveles de ansiedad social más elevados que los chicos. Con respecto al curso escolar, Magee et al. (1996) habían señalado diferencias significativas relativas al nivel de estudios, aunque apenas existen investigaciones que hayan considerado esta variable.

Los resultados referentes a la comorbilidad indicaron que los adolescentes con ansiedad social muestran un porcentaje de comorbilidad significativamente mayor que los adolescentes con otras psicopatologías tan sólo en los índices clínicos relacionados con la ansiedad y evitación en situaciones sociales. Este resultado es lógico, ya que dichos índices fueron evaluados por instrumentos específicos de ansiedad y fobia social (*LSAS*, *SAD* y *FNE*), los cuales guardan relación evidente con el grupo de ansiedad social establecido mediante la *SIAS*. Estos índices de ansiedad y evitación de situaciones sociales se asemejan a los trastornos de ansiedad que mostraron alta comorbilidad con la ansiedad social en el

trabajo de Magee et al. (1996). Así, el primer grupo también presentó un porcentaje de comorbilidad significativamente superior al del segundo en otros índices (introversión social, hostilidad, malestar social y problemas escolares) evaluados por el *MMPI-A*, asociándose éstos al ámbito de las relaciones de interacción social.

Los índices relativos al ámbito social, evaluación negativa y baja autoestima que presentaron alta comorbilidad con la ansiedad social se relacionarían con los déficit en habilidades sociales asociadas a la ansiedad social (Baños et al., 2003). No obstante, la mayoría de estos estudios empleó muestras de adultos. Tal como se

Tabla 2
Comorbilidad del grupo de ansiedad social específica frente al de ansiedad social generalizada con distintos índices clínicos

Instrumento Índices clínicos	Grupos		χ^2 χ^2_1
	Ansiedad social específica n (%)	Ansiedad social generalizada n (%)	
YSR/11-18			
Ansiedad/depresión	12 (27,90)	11 (28,94)	0,01
Retraimiento	10 (23,25)	16 (42,10)	3,30
Síntomas somáticos	9 (20,93)	7 (18,42)	0,08
Problemas sociales	13 (30,23)	10 (26,31)	0,15
Problemas de pensamiento	10 (23,25)	7 (18,42)	0,28
Problemas de atención	6 (13,95)	5 (13,15)	0,01
Conducta delincuente o de ruptura de normas	2 (4,65)	0 (0,00)	2,57
Comportamiento agresivo	8 (18,60)	6 (15,78)	0,11
Síndromes internalizantes	10 (23,25)	13 (34,21)	1,19
Síndromes externalizantes	2 (4,65)	2 (5,26)	0,01
LSAS			
Ansiedad en actuaciones en público	13 (30,23)	22 (57,89)	6,36*
Evitación de situaciones en público	10 (23,25)	18 (47,36)	5,23*
Ansiedad en situaciones de interacción social	13 (30,23)	21 (55,26)	5,23*
Evitación de situaciones de interacción social	9 (20,93)	19 (50,00)	7,64**
Total de ansiedad social	13 (30,23)	24 (63,15)	8,96**
Total de evitación social	8 (18,60)	17 (44,73)	6,54*
Total de ansiedad y evitación social	10 (23,25)	22 (57,90)	10,32**
SAD			
Evitación y malestar social	12 (27,90)	22 (57,89)	7,54**
FNE			
Miedo a la evaluación negativa	9 (20,93)	14 (36,84)	2,52
MMPI-A			
Hipocondría-Hs	8 (18,60)	6 (15,78)	0,14
Depresión-D	11 (25,58)	16 (42,10)	2,38
Histeria-Hy	4 (9,30)	8 (21,05)	1,99
Desviación psicopática-Pd	4 (9,30)	3 (7,89)	0,05
Masculinidad-Feminidad-Mf	25 (58,13)	25 (65,78)	0,24
Paranoia-Pa	6 (13,95)	13 (34,21)	4,50**
Psicastenia-Pt	11 (25,58)	9 (23,68)	0,03
Esquizofrenia-Sc	12 (27,90)	8 (21,05)	0,59
Hipomanía-Ma	4 (9,30)	3 (7,89)	0,03
Introversión social-Si	6 (13,95)	17 (44,73)	9,27**
Ansiedad-ANX	6 (13,95)	5 (13,15)	0,01
Obsesividad-OBS	9 (20,93)	8 (21,05)	0,00
Depresión-DEP	10 (23,25)	14 (36,84)	1,65
Preocupaciones por la salud-HEA	9 (20,93)	6 (15,78)	0,40
Alienación-ALN	11 (25,58)	12 (31,57)	0,45
Pensamiento extravagante-BIZ	9 (20,93)	5 (13,15)	0,85
Hostilidad-ANG	5 (11,62)	4 (10,52)	0,03
Cinismo-CYN	3 (6,97)	3 (7,89)	0,02
Problemas de conducta-CON	3 (6,97)	4 (10,52)	0,25
Baja autoestima-LSE	4 (9,30)	12 (31,57)	6,82*
Bajas aspiraciones-LAS	6 (13,95)	8 (21,05)	0,71
Malestar social-SOD	13 (30,23)	18 (47,36)	2,85
Problemas familiares-FAM	5 (11,62)	9 (23,68)	2,30
Problemas escolares-SCH	2 (4,65)	4 (10,52)	1,11
Indicadores negativos de tratamiento-TRT	7 (16,27)	14 (36,84)	3,51

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

esperaba, el grupo de adolescentes con otras psicopatologías mostró un porcentaje de comorbilidad significativamente más alto que el grupo de adolescentes con ansiedad social en una variedad de problemas clínicos (evaluados por el *YSR/II-18* y *MMPI-A*), estando éstos menos relacionados con las situaciones de interacción interpersonal y respondiendo a diferentes problemas psicopatológicos.

Por otro lado, se encontraron muy pocas diferencias entre los dos grupos de ansiedad social en cuanto al porcentaje de comorbilidad con otros problemas clínicos. El grupo de ansiedad social generalizada superó al otro en tan sólo once índices, donde la mayoría de ellos alude a la ansiedad y evitación asociadas a situaciones de actuación e interacción social. Quizás nuestra propuesta de operacionalización de los grupos de ansiedad social mediante un doble criterio estricto y cuantitativo, aplicado sobre la *SIAS*, podría explicarnos el porqué de las escasas diferencias significativas encontradas entre ambos grupos. No obstante, estos resultados también destacan el hecho de que las diferencias entre ambos subtipos de ansiedad social sean debidas al patrón de ansiedad asociado a las propias situaciones sociales, evaluadas por instrumentos específicos para la fobia y ansiedad social. También se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a los índices paranoia, introversión social y baja autoestima evaluados por el *MMPI-A*, siendo los jóvenes con ansiedad social generalizada quienes mostraban niveles más elevados. Todas estas diferencias pueden ser entendidas como indicativas de una mayor afectación de los sujetos con ansiedad social generalizada. Estos resultados se asemejan a los de Mennin et al. (2000), quienes encontraron que la ansiedad social generalizada estaba asociada a un porcentaje

mayor de ansiedad social, evitación, ansiedad general y estado de ánimo depresivo que la específica. Hofmann y Roth (1996) informaron que la ansiedad social generalizada en adolescentes muestra mayor comorbilidad con la baja autoestima que la específica. En nuestro estudio, los índices referentes a la actuación e interacción social podrían corresponder a los problemas de ansiedad, mientras que la introversión social y baja autoestima pertenecerían a los problemas del estado de ánimo. No obstante, los datos aportados en población adolescente son escasos y muchas veces contradictorios, dependiendo de la procedencia y del tipo de muestra utilizada. Mientras que Wittchen et al. (1999) hablan de una alta comorbilidad con la ansiedad social generalizada de los adolescentes, en población norteamericana no se apreciaron diferencias de comorbilidad entre las dos formas (Hofmann et al., 1999). Además, los pocos datos existentes en población infanto-juvenil no diferencian claramente entre las dos formas respecto a su comorbilidad con trastornos de ansiedad, estado de ánimo y abuso y dependencia de sustancias.

En conclusión, los resultados han revelado una mayor comorbilidad del grupo de adolescentes con ansiedad social frente al grupo con otras psicopatologías en aquellos índices clínicos relacionados con la ansiedad y evitación asociadas a situaciones de interacción social, mientras que el segundo grupo supera al primero en otros problemas clínicos menos relacionados con la interacción social. El grupo con ansiedad social generalizada mostró un porcentaje de comorbilidad significativamente mayor al grupo con ansiedad social específica en los índices clínicos referentes a las situaciones de actuación e interacción social, así como en los índices paranoia, autoestima e introversión social.

Referencias

- Achenbach, T.M., y Rescorla, L.A. (2000). *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. rev.). Washington, DC: Autor.
- Baños, R.M., Botella, C., Guillén, V., y Benedito, M. (2003). Fobia social: comorbilidad y diagnóstico diferencial. En C. Botella, R.M. Baños y C. Perpiñá (eds.): *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp. 37-64). Barcelona: Paidós.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M.P., Dal-Ré, R. et al. (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.
- Butcher, J.N., Williams, C.L., Graham, J.R., Archer, R.P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S. et al. (1992). *MMPI-A, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K., y Stein, M.T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I., y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Essau, C.A., Conradt, J., y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- 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.
- Heimberg, R.G., Mueller, G.P., 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 Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- Hofmann, S.G., Albano, A.M., Heimberg, R.G., Tracey, S., Chorpita, B.F., y Barlow, D.H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.
- Hofmann, S.G., y Roth, W.T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy*, 27, 79-91.
- Jiménez-Gómez, F., y Ávila-Espada, A. (2003). *MMPI-A, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes*. Madrid: TEA.
- 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.
- Lecrubier, W., y Weiller, E. (1997). Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 17-21.
- Lemos, S.G., Fidalgo, A.M., Calvo, P., y Menéndez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4, 21-48.
- Lewinsohn, P.M., Zinbarg, R., Seeley, J.R., Lewinsohn, M., y Sack, W.H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.

- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- 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.
- Mattick, R.P., y Clarke, J.C. (1998). Developmental and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattick, R.P., y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., y Jack, M.S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: Symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of Anxiety disorders*, 14, 325-343.
- 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.
- 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.
- Olivares, J., Rosa, A.I., y Olivares, O.J. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 565-580.
- Olivares, J., Rosa, A.L., y Piqueras, J.A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1-8.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M.D., y García-López, L.J. (1999, Noviembre). An analyses of the factor structure of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) in Spanish population. Comunicación presentada en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada, España.
- Pini, S., Cassano, G.B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A., y Montgomery, S.A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 42, 169-80.
- Ramos-Alvarez, M.M., Valdés-Conroy, B., y Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 773-787.
- 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.
- Stein, M.B., Fuetch, M., Müller, N., Höttler, M., Lieb, R., y Wittchen, H.U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Stein, M.B., y Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- 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. (2007). Psychometric properties of the Social Interaction Anxiety Scale and separation criterion between Spanish youths with and without subtypes of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 603-624.
- Zubeidat, I., Sierra, J.C., y Fernández-Parra, A. (2006). Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79/80, 9-21.