



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*

# **Estudio sobre Ansiedad Social infantil**

**Alumno: María Cristina Vicente Fernández**

Tutor: Prof. Dña. Lourdes Espinosa Fernández

Dpto: Psicología

## Índice

RESUMEN/ ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
MÉTODO.....	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	7
Procedimiento.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN.....	13
LIMITACIONES.....	16
REFERENCIAS.....	17

## **Resumen**

El objetivo del presente estudio se centra en analizar la relación entre la ansiedad social y distintas variables, como la autoestima, la asertividad o el afrontamiento de problemas, entre otros. Para ello se utilizó una muestra de 124 sujetos con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. Se utilizaron los instrumentos: SASC-R (para la evaluación de la ansiedad social), A-EP (para medir la autoestima), CABS-II (para medir la asertividad), EAN (para medir afrontamiento), APQ (para la evaluación de la percepción que tienen del estilo educativo de sus padres) y un breve cuestionario sociodemográfico en el cual se les pedía datos como edad, sexo, si eran hijos únicos o si vivían con sus dos progenitores. Los resultados mostraron una relación inversa entre ansiedad social y variables como autoestima, implicación de los padres o asertividad. Se ha visto una relación positiva con variables como pasividad, afrontamiento improductivo de problemas, disciplina inconsistente o castigo físico, y en cambio, no se ha encontrado relación entre ansiedad social y variables como sexo, ser hijo único, paternidad positiva o afrontamiento centrado en el problema.

PALABRAS CLAVE: ansiedad social, autoestima, asertividad, estilo educativo percibido y estrategias de afrontamiento

## **Abstract**

This study focuses on the relationship between social anxiety and other variables, as self-esteem, assertiveness and coping with problems, among others. For this purpose a sample of 124 subjects aged between 8 and 12 years was used. Instruments were used: SASC-R (for assessing social anxiety), A-EP (to measure self-esteem), CABS-II (to measure assertiveness), EAN (to measure coping), APQ (for evaluation the perception of the educational style of their parents) and a brief demographic questionnaire in which they were asked data such as age, sex, if they were only children or if they lived with both parents. The results showed an inverse relationship between social anxiety and variables such as self-esteem, parental involvement or assertiveness. Has been a positive relationship with variables such as passivity, unproductive coping with problems, inconsistent discipline or physical punishment, however, was not found relationship between social anxiety and variables such as sex, being an only child, positive parenting or coping focused on the problem.

KEY WORDS: social anxiety, self-esteem, assertiveness, perceived educational style and coping strategies

## Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS) se caracteriza por ser un miedo intenso y persistente ante una o varias situaciones sociales en las que la persona se ve expuesta a la observación y/o evaluación por parte de los demás, anticipando un resultado negativo.

El sujeto con ansiedad social tiende a evitar las situaciones que teme y en caso de no poder hacerlo, intenta escapar o las soporta con un malestar elevado. En la mayoría de los casos, los síntomas fisiológicos del trastorno son tales como sentir un nudo en la garganta, ruborización, sudoración, temblor, palpitaciones, etc. En niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llantos, rabieta, quedarse paralizados, etc. y puede producirse en las reuniones con personas de su misma edad y no únicamente en la interacción con adultos.

Hace unos años había cierto consenso a la hora de diferenciar dos subtipos de TAS: generalizada y específica. El primer subtipo se produce ante la gran mayoría de situaciones sociales, en cambio, el segundo aparece de manera puntual ante una situación social concreta.

Cuanto más generalizado es el temor más riesgo existe de tener problemas de rendimiento académico, de presentar absentismo y abandono en la educación, y mayores serán las dificultades para establecer relaciones de amistad o de pareja (Caballo, Arias, Calderero, Salazar e Iruña, 2011).

Sin embargo, las modificaciones llevadas a cabo en el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5; APA, 2013) eliminan la especificación “generalizada” y es reemplazada por la de “relacionado solo con la ejecución” que se indicará cuando la ansiedad se limite a hablar o actuar en público.

La ansiedad social es, de acuerdo con los datos de la American Psychiatric Association (APA, 2002), el tercer trastorno con mayor frecuencia de ocurrencia, después de la Depresión mayor y la Dependencia del consumo de alcohol. El inicio típico para la ansiedad social ocurre durante la preadolescencia o la adolescencia temprana. En algunos casos, el trastorno tiene un inicio lento y en otros, el inicio puede ser repentino y suele ir precedido por un evento traumático (por ejemplo, una intensa sensación de vergüenza o miedo frente a los demás). La aparición súbita se asocia con una edad de inicio más tardía. Parece que la edad más temprana de inicio está asociada con una variedad más amplia de respuestas desadaptativas y, con frecuencia, con el temor por la interacción (Cederlund, 2013 citado en Ortiz-González, 2015).

Aunque la prevalencia del TAS durante la edad adulta suele ser elevada, es incluso antes, en la adolescencia o preadolescencia cuando este tipo de ansiedad adquiere un relieve de

particular interés (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Sánchez-Arribas, 1999). Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que el TAS es un trastorno psicológico altamente prevalente en población infantil y juvenil, llegando a ser considerado como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase de la vida (Albao y Detweiler, 2001; García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008).

El trastorno presenta un curso crónico e interfiere tanto en el rendimiento escolar como en el desarrollo y funcionamiento individual (Beidel, Ferrell, Alfano y Yeganeh 2001).

Más de la mitad de los niños y adolescentes fóbicos sociales presentan una historia de algún otro trastorno de ansiedad, especialmente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación y fobias específicas. Muchos niños y adolescentes con fobia social presentan también ansiedad ante los exámenes y viceversa (Sandín, 1997 citado en Badós, 2005).

La severidad de las respuestas de ansiedad, el deterioro académico, el laboral y la respuesta de la persona al tratamiento psicológico se ve incrementada y afectada por la existencia de otros trastornos psicopatológicos en personas con ansiedad social (Ortiz-González, 2015). Así, la mayor parte de las investigaciones realizadas destacan el hecho de que es la presencia de trastornos comórbidos la razón que lleva a las personas con ansiedad social a solicitar tratamiento psicológico (Segool y Carlson, 2008; Schneier et al., 1992 citado en Ortiz-González, 2015).

En población infanto-juvenil, un nivel elevado de ansiedad social puede ejercer en niños y adolescentes un impacto negativo sobre el funcionamiento interpersonal y una percepción negativa de las relaciones de amistad y de apoyo social (La Greca y Lopez, 1998; Piqueras y Olivares, 2011).

En cuanto a las variables implicadas en este trastorno (su inicio, desarrollo o mantenimiento) únicamente podemos hablar de factores de riesgo ya que todavía no se dispone de modelos etiológicos probados empíricamente. Entre las que han sido examinadas podemos destacar la actitud y los patrones de conducta de los padres acerca de sus hijos, la timidez o las habilidades sociales (García-López et al, 2008).

Es importante prestar atención a la contribución de la familia en la etiología de la ansiedad social. Primero, porque al ser la edad de inicio de la ansiedad social temprana, muchas de las personas desarrollan este trastorno cuando la influencia de su familia es todavía importante. Y segundo, porque la familia es el primer lugar donde se aprende la conducta social y se

desarrollan los esquemas sobre uno mismo como ser social, en función de las primeras interacciones con sus figuras de apego (Ortiz-González, 2015).

La sobreprotección puede ser un factor de vulnerabilidad más importante que la falta de cariño. De hecho, las actitudes sobreprotectoras de los padres no solamente pueden actuar como factor predisponente, sino también jugar un papel en el mantenimiento de las respuestas de ansiedad social (Ortiz-González, 2015). Se ha visto que el estilo educativo de progenitores sobreprotectores, muy exigentes, poco o nada afectuosos, que no apoyan a sus hijos inhibidos, etc., es informado retrospectivamente con mayor frecuencia por los fóbicos sociales en comparación a controles normales y que puede ser un resultado del temperamento ansioso de los niños en interacción con la ansiedad de los padres. A su vez, este estilo educativo inhibe las relaciones satisfactorias entre padres e hijos, interfiere en el desarrollo de la independencia, autoconfianza y competencia social de estos, y facilita el surgimiento de una gran necesidad de aprobación. Unos padres muy exigentes pueden favorecer el desarrollo de una conciencia excesiva de sí mismo, de metas perfeccionistas y de la creencia de que los otros son críticos (Badós, 2005).

La Inhibición Conductual es otra variable que ha generado un número considerable de investigaciones sobre su relevancia en la construcción de la vulnerabilidad a desarrollar ansiedad social. Ha sido definida como una variable temperamental de inicio temprano que se caracteriza por generar timidez, retraimiento y evitación social, inquietud o malestar social así como miedo ante gente, objetos y/o situaciones desconocidas (García-Coll, Kagan y Reznick, 1984 citado en Ortiz-González, 2015).

Distintos trabajos han mostrado que presentar inhibición conductual en la niñez puede ser un factor de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad (entre ellos la ansiedad social) en la adolescencia y la edad adulta, así como que los niños de padres con trastornos de ansiedad tenían un mayor riesgo de presentar inhibición conductual y desarrollar tempranamente un trastorno de ansiedad, pero los datos disponibles no muestran la inhibición conductual ni como una condición necesaria ni como una condición suficiente para el desarrollo de la ansiedad social (Ortiz-González, 2015).

La vivencia de experiencias negativas en situaciones sociales (burlas, ridículo, desprecio, rechazo, marginación, etc.), interactuarían con variables temperamentales y de personalidad. Estas experiencias parecen ser informadas por una mayor proporción de fóbicos sociales (40-58%) que de sujetos normales (20%) y pueden ocurrir con distintas personas (padres, maestros,

compañeros) y en distintas situaciones y etapas de la vida; la infancia y la adolescencia serían especialmente importantes en este último caso (Badós, 2005).

La mayoría de las personas con ansiedad social muestran grados muy elevados de rigidez y de hipersensibilidad al rechazo, así como una baja autoestima (Ortiz-Gonzalez, 2015).

También el hecho de ser hijo único podría relacionarse con la timidez, ya que dispondría de menos modelos o posibilidades de interacción social y aumentaría las probabilidades de aprendizaje observacional de la ansiedad social (Badós, 2005).

La autoestima es un componente crítico que influye en el ajuste psicológico y social de la persona. Así, numerosos autores (Baños y Guillén, 2000 citado en Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004; Rodríguez-Naranjo y Caño-González, 2012; Salazar-Torres, 2013; Black y Andreasen, 2015; Ortiz-González, 2015 entre otros) asocian los niveles de autoestima con los niveles de ansiedad social, exponiendo que personas que padecen ansiedad social suelen tener, por lo general, niveles más bajos de autoestima.

Existe cierto consenso entre muchos autores (Inglés, Méndez, Hidalgo, Rosa y Orgiles, 2003; Olivares-Rodríguez, Rosa-Alcázar y Piqueras-Rodríguez, 2005; Ortíz-González, 2015 entre otros) de que la asertividad es uno de los constructos relacionados más frecuentemente con la ansiedad social, y por ello se incluye el entrenamiento en asertividad dentro de programas de ansiedad social.

En cuanto al tratamiento, la terapia conductual puede ser muy eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad social, e implica la exposición mediante técnicas de desensibilización sistemática y saturación. La terapia cognitivo conductual puede usarse para corregir pensamientos disfuncionales acerca del temor al fracaso, humillación o vergüenza. El terapeuta también puede ayudar a restaurar la autoestima del paciente que, por lo general, es baja (Black y Andreasen, 2015).

Es por esto que en este estudio nos centraremos en las variables: autoestima, asertividad, afrontamiento y percepción del estilo educativo de los padres para ver en qué medida influye en los niveles de ansiedad social. Esperando encontrar relaciones inversas entre la autoestima, la asertividad, un afrontamiento positivo de los problemas y una buena percepción del estilo educativo con la presencia de ansiedad social en una muestra de niños.

## Método

### *Participantes*

Para llevar a cabo este estudio se contó con la participación de 124 niños del Colegio Mayol Sociedad Cooperativa de Castilla La Mancha (CLM) de Toledo, cuyas edades se encontraban entre los 8 y los 13 años. De ellos, 53 eran niños y 71 eran niñas, con una edad media global de 9,81 años. La distribución por edades fue la siguiente: 26 niños/as de 8 años, 30 de 9 años, 24 de 10 años, 31 de 11 años, 12 de 12 años y 1 niño de 13 años, siendo ligeramente superior el número de niñas que de niños en cada grupo de edad.

### *Instrumentos*

Se utilizaron 5 instrumentos para la evaluación de diferentes aspectos, como la ansiedad social, la autoestima, las estrategias de afrontamiento, la asertividad y la percepción que tienen del estilo educativo de sus padres. De forma específica, los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- a. Escala de ansiedad social para niños-revisada (*Social Anxiety Scale for Children-Revised*, SASC-R; La Greca y Stone, 1993). Esta prueba está diseñada para niños cuyas edades están comprendidas entre siete y doce años. La escala evalúa la ansiedad social en relación al funcionamiento con iguales, y lo hace según tres dimensiones: 1. miedo a la evaluación negativa por parte de los iguales (FNE); 2. ansiedad y evitación social en situaciones novedosas o ante personas desconocidas (SAD-N); y 3. ansiedad y evitación social ante gente en general, ya sean iguales, conocidos o extraños. Para la contestación de los ítems se emplea una escala tipo Likert de 3 puntos.

Esta escala está constituida por 22 ítems, de los cuales sólo se tienen en cuenta 18

- b. Cuestionario para la Evaluación de la Autoestima en educación primaria (Ramos, Giménez, Muñoz-Adell, Lapaz, 2006). Esta prueba proporciona una medida global de la autoestima en niños. Está pensada para niños con edades comprendidas entre los 9 y 13 años y se puede aplicar de forma global o individual. El cuestionario consta de 17 ítems, de los cuales, 4 están formulados de forma inversa. Las opciones de respuesta para esta prueba son: “Si”, “A veces”, “No”
- c. CABS Tipo II. Escala de comportamiento asertivo para niños (Wood, Michelson y Flynn, 1978/1983) Este cuestionario evalúa el comportamiento social de los niños a través de respuestas asertivas, pasivas o agresivas. Los ítems se refieren a situaciones



sociales en las que el niño da o recibe quejas, cumplidos, termina o mantiene conversaciones, etc. El sujeto debe elegir ante esa situación la respuesta que más se asemeja a su forma de actuar, pudiendo elegir entre 3 opciones de respuesta, en la que una de ellas es claramente asertiva, otra pasiva y la restante, agresiva. La prueba consta de un total de 24 ítems.

- d. Escala de Afrontamiento para niños (EAN; Morales-Rodríguez, Trianes, Blanca, Miranda, Escobar, Fernández-Baena, 2012) La escala recoge diferentes estrategias de afrontamiento infantil ante cuatro problemas relacionados con el contexto familiar, la salud, las tareas escolares o las relaciones sociales. Este cuestionario consta de 35 ítems con respuesta tipo Likert de 3 puntos (“nunca, algunas veces y muchas veces”). De las respuestas aportadas por los sujetos se obtienen dos puntuaciones globales: 1. afrontamiento centrado en el problema (solución activa, comunicar a otros el problema, búsqueda de información y guía, y actitud positiva) y 2. afrontamiento improductivo (indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, y evitación cognitiva y conductual)
- e. Alabama Parenting Questionnaire (APQ, Frick, 1991, adaptado al castellano por Servera, 2007) Mide la percepción que tienen los hijos del estilo educativo que emplean sus padres con ellos. Lo hace a través de cinco dimensiones (implicación de los padres, paternidad positiva, pobre supervisión, disciplina inconsistente y castigo corporal). Consta de 42 ítems de respuesta tipo Likert de 5 puntos (nunca, casi nunca, a veces, a menudo, siempre)
- f. Cuestionario Sociodemográfico elaborado para este estudio donde se recoge información sobre el sexo, la edad, si son hijos únicos o si viven con ambos padres.

### *Procedimiento*

Se contactó con el equipo directivo de Educación Infantil y Primaria del Colegio Mayol S. Coop, de C-LM para informarle sobre los contenidos y objetivos del estudio y el rango de edad de los que serían los participantes. Éste recibió de buen agrado la propuesta para realizar el estudio con sus alumnos, por lo que se procedió a enviarles por correo el consentimiento informado que los padres tendrían que leer y firmar para dar su consentimiento a que su hijo/a participase en el estudio. En total se repartieron algo más de 200 consentimientos de los cuáles se recibieron 124 que usamos como muestra para el estudio.

Los cuestionarios se aplicaron en grupo en horario escolar y la persona encargada estuvo en todo momento presente resolviendo las posibles dudas que pudieran surgir. Al comienzo se hizo especial hincapié en que los cuestionarios eran totalmente anónimos, con el fin de que los niños respondieran con total libertad.

Para la realización de este estudio, se pidió autorización a la Comisión de Ética de la Universidad de Jaén, recibiendo su aprobación. Se adjunta informe en el Anexo I.

## Resultados

Para calcular los resultados, se ha utilizado el programa estadístico SPSS. Para las diferencias de medias se ha utilizado el estadístico paramétrico t-Student, y en aquellos casos en los que no se han cumplido alguno de los supuestos exigidos para los análisis paramétricos se han utilizado los correspondientes no paramétricos (U de Mann-Whitney ó Kruskal-Wallis). En un primer momento se muestran los datos referentes a la distribución de los participantes según los datos sociodemográficos; a continuación, medias y desviaciones típicas con respecto a las subescalas del cuestionario SASC-R y por último, se presentan los resultados hallados referentes a las correlaciones (correlación de Pearson) entre la variable ansiedad social y el resto de variables evaluadas. En este proceso se ha trabajado con un nivel de confianza del 95%.

### *Distribución de las variables*

En la tabla 1, se muestra la distribución de participantes en función del sexo, edad, y si viven con sus dos padres o son hijos únicos.

Tabla 1  
*Distribución de participantes según variables sociodemográficas*

EDAD	SEXO		HIJO ÚNICO		VIVEN CON PADRES	
	Niño	Niña	Si	No	Si	No
8	12	14	4	21	24	1
9	12	18	3	27	28	2
10	9	15	6	19	21	4
11	11	20	7	24	29	2
12	9	4	1	12	11	2
TOTAL	53	71	21	103	113	11

En la Tabla 2, se muestran las medias y las desviaciones típicas que encontramos entre las variables sociodemográficas y las puntuaciones que se obtuvieron en el cuestionario SASC-R, en sus tres subescalas.

Tabla 2  
*Puntuaciones medias*

GRUPO	N	FNE		SADN		SADG		
		Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>SEXO</b>	Niño	53	14,15	3,592	10,62	2,255	6,09	1,701
	Niña	71	13,97	3,836	11,39	2,754	6,15	1,895
<b>EDAD</b>	8	26	14,23	3,502	10,77	2,388	5,92	1,875
	9	30	15,90	3,527	12,17	2,335	6,43	1,924
	10	24	13,92	3,189	12,00	2,949	6,88	1,985
	11	31	12,42	3,905	9,71	2,003	5,52	1,411
	12	13	13,54	3,573	10,62	2,468	5,92	1,498
	<b>DOS PADRES</b>	Si	113	13,96	3,739	11,10	2,521	5,98
	No	11	14,91	3,562	10,73	3,165	7,64	2,063
<b>HIJO ÚNICO</b>	Si	21	13,76	3,315	11,05	2,924	6,19	1,914
	No	103	14,11	3,809	11,07	2,510	6,12	1,795

DT: Desviación típica

FNE: miedo a la evaluación negativa por los iguales

SADN: ansiedad y evitación social en situaciones novedosas o ante personas desconocidas

SADG: ansiedad y evitación social ante gente en general

#### *Diferencias en función de la edad, sexo, si viven con los dos padres y si son o no hijos únicos*

En cuanto a las diferencias en función del sexo, aplicando el estadístico t-Student no se ha encontrado diferencias significativas entre niños y niñas en las puntuaciones obtenidas en ansiedad en ninguna de las subescalas.

Lo mismo ocurre con la variable “edad”, no se han encontrado evidencias estadísticas suficientes como para afirmar que esta variable influye en la ansiedad social.

En cuanto a las relaciones existentes entre la variable “vivir con ambos padres” y las variables del SASC-R, los resultados que se vieron tras aplicar el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney fueron que, solo se observan diferencias significativas entre la variable “vivir

con los dos padres” y la “SADG” (ansiedad y evitación social ante gente en general) ( $U = 332$ ,  $Z = -2,59$ ,  $p = 0,01$ ). Las diferencias con las variables FNE y SADN no fueron significativas. Los niños que sólo viven con uno de sus progenitores sacaron puntuaciones por lo general más altas en esta subescala (SADG)

En relación a la variable “Hijo Único”, se utilizó la prueba de la U de Mann-Whitney con la cual no se hallaron diferencias significativas entre las variables, por lo que no tenemos evidencias estadísticas suficientes para afirmar que el hecho de ser hijo único influya en los niveles de Ansiedad Social.

#### *Relaciones entre ansiedad social y autoestima*

Con respecto a la autoestima, según el coeficiente de correlación de Pearson, la autoestima se relaciona de manera negativa y significativa con las subescalas FNE ( $r = -0,371$ ,  $p < 0,01$ ), SADN ( $r = -0,371$ ,  $p = 0,05$ ) y SADG ( $r = -0,371$ ,  $p < 0,01$ ), lo que indica que a mayor puntuación en ansiedad menor puntuación en autoestima

#### *Relaciones entre ansiedad social y asertividad*

El cuestionario de Asertividad CABS-II contiene 3 subescalas: Asertividad, pasividad y agresividad.

En cuanto a la variable “Asertividad” utilizando también el coeficiente de correlación de Pearson, encontramos una relación inversa con las tres subescalas del SASC-R, FNE ( $r = -0,368$ ,  $p < 0,01$ ), SADN ( $r = -0,244$ ,  $p < 0,01$ ) y SADG ( $r = -0,389$ ,  $p < 0,01$ ). Esto indicaría que a mayores niveles de asertividad, menores serán los niveles de ansiedad social.

Con las respuestas pasivas se da una relación positiva entre las subescalas de ansiedad y las respuestas pasivas, FNE ( $r = 0,381$ ,  $p < 0,01$ ), SADN ( $r = 0,326$ ,  $p < 0,01$ ) y SADG ( $r = 0,486$ ,  $p < 0,01$ ). Esto indicaría que a mayor proporción de repuestas pasivas, encontraremos puntuaciones también mayores en ansiedad social.

Sin embargo, en relación con las respuestas agresivas encontramos un  $p > 0,05$  en todas las subescalas, por lo que no tenemos evidencias estadísticamente significativas de que la correlación sea distinta de cero, es decir, no podemos afirmar que realmente exista una correlación entre el hecho de responder ante los problemas con conductas negativas y los niveles de ansiedad social.

### *Relaciones entre ansiedad social y estrategias de afrontamiento*

Con respecto al cuestionario EAN, nos encontramos con dos variables: Afrontamiento centrado en el problema y Afrontamiento improductivo del problema. En el primer caso, no se encuentra una correlación significativa entre esta variable y la ansiedad, sin embargo, en la segunda (afrontamiento improductivo del problema) sí aparece una correlación positiva y significativa con todas las subescalas de ansiedad, FNE ( $r = 0,319$ ,  $p < 0,01$ ), SADN ( $r = 0,235$ ,  $p < 0,01$ ) y SADG ( $r = 0,318$ ,  $p < 0,01$ )

### *Relaciones entre ansiedad social y estilo educativo percibido*

Siguiendo con el cuestionario Alabama Parenting Questionnaire, la primera variable que nos encontramos es la implicación de las madres en la educación, percibida por los hijos, y según los resultados no podemos afirmar que existan correlaciones entre las variables FNE y SADN y la variable “implicación de las madres”. Sin embargo, sí aparece una correlación significativa entre esta variable y la SADG ( $r = -0,261$ ,  $p < 0,01$ ). En este caso se encuentra una relación inversa entre ambas.

Lo mismo ocurre en la siguiente variable, “Implicación de los padres”. Según los datos encontrados, no parece haber relaciones con respecto a las variables FNE y SADN, pero sí, con la variable SADG ( $r = -0,258$ ,  $p < 0,01$ ). Se vuelve a encontrar una relación inversa entre ellas, es decir, que ante el aumento de una, la otra disminuye.

En cuanto a la paternidad positiva, nos encontramos con  $p > 0,05$  en la relación de esta variable con las tres subescalas del SASC-R, por lo que no tenemos evidencia estadística suficiente para admitir que la correlación sea distinta de cero, o lo que es lo mismo, no podemos afirmar que exista correlación entre ambas a un 95% de confianza.

La siguiente variable que se nos presenta es “pobre supervisión”, y se han encontrado correlaciones entre ésta y las variables FNE ( $r = 0,311$ ,  $p < 0,01$ ) y SADG ( $r = 0,322$ ,  $p < 0,01$ ). Se percibe una relación positiva entre ellas, por lo que si una de ellas aumenta, la otra aumentará también.

En cambio, no podemos afirmar que exista correlación entre esta variable y la subescala SADN, ya que nos encontramos con un p-valor muy superior a 0,05.

Con la siguiente variable, “Disciplina inconsistente” ocurre lo mismo que con la variable anterior, sólo encontramos relaciones entre la variable “Disciplina inconsistente” y las subescalas del SASC-R: FNE ( $r = 0,181$ ,  $p < 0,05$ ) y SADG ( $r = 0,204$ ,  $p < 0,05$ ). Se aprecia una relación positiva entre éstas por lo que si una aumenta, la otra aumentará también. En cambio, con un  $p > 0,05$  no podemos afirmar que exista correlación entre la variable “Disciplina Inconsistente” y la subescala SADN.

Por último, tenemos la variable “castigo físico” con la cual encontramos relación positiva entre el empleo del castigo físico y las puntuaciones de ansiedad social en las subescalas FNE ( $r = 0,252$ ,  $p < 0,01$ ) y SADG ( $r = 0,261$ ,  $p < 0,01$ ). Sin embargo, con  $p > 0,05$  no podemos afirmar que la relación entre SADN y Castigo físico sea distinta de cero, por lo que no podemos afirmar que exista dicha relación.

## Discusión

Este estudio ha planteado las posibles relaciones entre la Ansiedad Social (evaluada a través del cuestionario SASC-R), la autoestima (medida a través de la prueba AEP), la asertividad (evaluada con el cuestionario CABS-II), el afrontamiento (evaluado con el cuestionario EAN), la percepción que tienen los niños del estilo educativo de sus padres (medida a través del cuestionario APQ) y variables de tipo sociodemográfico, como la edad, el sexo, el hecho de ser hijo único, o si vive en casa con sus dos progenitores o sólo con uno de ellos.

Comenzando por las variables de tipo sociodemográfico, no se han hallado datos estadísticamente significativos con respecto a las variables “sexo”, “edad” y “ser o no hijo único” por lo que no tenemos evidencia estadística suficiente para afirmar que el hecho de pertenecer a un género o a otro, la edad, o ser hijo único o no serlo, influyan de modo alguno con los niveles de ansiedad social. Sin embargo, sí se halló una pequeña relación entre el hecho de vivir con un sólo progenitor y una de las subescalas del SASC-R (ansiedad o evitación ante gente en general), encontrado que los niños que sólo viven con uno de sus padres tienen puntuaciones, por lo general, algo más altas en esta subescala.

Tradicionalmente se ha relacionado la autoestima con la fobia o ansiedad social (Baños y Guillén, 2000 citado en Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004; Black y Andreasen, 2015; Ortiz-González, 2015; Rodríguez-Naranjo y Caño-González, 2012; Salazar-Torres, 2013) y en el

presente estudio, se ha encontrado cierta relación entre la ansiedad social y la autoestima, sobre todo en las subescalas de ansiedad social, FNE y SADG (miedo a la evaluación negativa por parte de los iguales y ansiedad y evitación social ante gente en general). En éstas se ha encontrado, una correlación inversa con la autoestima, lo que hace suponer que a mayores niveles de autoestima, menores serán los niveles de ansiedad experimentados por los sujetos.

Con respecto al cuestionario CABS-II, éste mide de un total de 24 situaciones a las que el sujeto puede hacer frente en su día a día, cuántas son contestadas de forma asertiva, pasiva y agresiva. En este estudio hemos medido los tres tipos de respuesta y su relación con la ansiedad social obteniendo los siguientes resultados:

En relación con las respuestas de tipo asertivo se observó una correlación inversa con las tres subescalas del cuestionario de ansiedad social, lo que indica que a mayor número de respuestas asertivas aportadas por los sujetos, menores eran sus puntuaciones en ansiedad social. Esto puede ser debido a que la asertividad es una estrategia, un componente dentro del concepto de habilidades sociales (García-Rojas, 2010) y es posible que un buen manejo de las habilidades sociales nos haga comportarnos de manera más eficiente a nivel social. En cambio, ocurre lo contrario, con las respuestas pasivas de esta misma escala. En este caso, se encontró una correlación positiva entre éstas y las tres subescalas del SASC-R, esto es, a mayor número de respuestas pasivas encontradas, mayores eran también las puntuaciones obtenidas en la escala de ansiedad social. Esta relación positiva era esperable, puesto que responder de forma pasiva puede ser un indicio de algún déficit de habilidades sociales, lo que puede desencadenar en una forma de comunicarse menos ágil que puede provocar nerviosismo en el sujeto e incluso ansiedad social. Sin embargo, con respecto a las respuestas agresivas, no se han encontrado evidencias estadísticas suficientes para afirmar que las respuestas agresivas estén relacionadas con la ansiedad social.

Pasamos ahora al cuestionario de Afrontamiento EAN. De este cuestionario se obtienen 9 puntuaciones generales y 2 puntuaciones globales (suma de las nueve anteriores). En este estudio se ha trabajado con las dos puntuaciones globales, que hacen referencia a un afrontamiento centrado en el problema y a un afrontamiento improductivo del problema. Este cuestionario plantea un problema y diversos modos de hacerle frente, los niños debían de apuntar con qué frecuencia utilizaban las diversas estrategias para solucionar el problema. En este caso, no se obtuvieron evidencias estadísticamente significativas para la primera variable (afrontamiento centrado en el problema) por lo que, no podemos afirmar que el hecho de manifestar una actitud positiva, buscar una solución activa, buscar información o comunicar el

problema a otros (subescalas de esta variable) estén relacionados de forma positiva o negativa con la ansiedad social. En cambio, sí se obtuvieron relaciones para la segunda variable (afrentamiento improductivo del problema), esto es, evitación cognitiva y conductual, conductas agresivas, indiferencia o reservarse el problema para uno mismo. Se ha encontrado una relación positiva con las tres subescalas del SASC-R. Es posible que esto se deba a que los sujetos con altas puntuaciones en afrontamiento improductivo del problema, usen de forma habitual estrategias tales como la evitación (tanto conductual como cognitiva) o la agresividad (por poner algunos ejemplos) como forma de solución de conflictos, quizá porque no dispongan de otro tipo de repertorio conductual y no sepan resolver los problemas de una manera más productiva. Esto puede hacerles menos competentes a nivel social, lo que podría desembocar en ansiedad social.

Pasamos ahora al cuestionario APQ, que mide la percepción que tienen los hijos sobre el estilo educativo de sus padres.

Las primeras puntuaciones que se obtienen son la implicación de madres y padres en la educación de los hijos. En estas variables se han encontrado resultados muy similares dado que no se han encontrado correlaciones entre éstas y las subescalas del SASC-R, FNE y SADN. En cambio, sí hemos encontrado relación entre estas variables y la subescala SADG, o ansiedad y evitación ante gente en general, de hecho, se ha encontrado una relación inversa, lo que indicaría que, a menores puntuaciones en estas variables, es decir, a menor percepción de implicación de los padres, mayores puntuaciones se obtienen en esta subescala del SASC-R. Esto puede deberse a que los padres aportan un apoyo social vital en la vida de los hijos ante eventos estresantes (Martínez-González, Inglés-Saura, Piqueras-Rodríguez y Ramos-Linares, 2010), es decir, es posible que la falta de esa implicación o apoyo, podría desembocar en el desarrollo de ansiedad social.

En cuanto a la variable Paternidad Positiva, no tenemos evidencias estadísticas suficientes para afirmar que exista una relación entre esta variable y las escalas del cuestionario SASC-R.

Referente a las variables “Pobre supervisión”, “Disciplina Inconsistente” y “Castigo físico” se han hallado resultados muy similares. La pobre supervisión se refiere a no conocer a los amigos de sus hijos, no poner horarios de salidas, salir por la noche sin supervisión de un adulto, etc. Por su parte, la disciplina inconsistente haría referencia a levantar los castigos antes de que se cumplan, o incluso no castigar si el niño ha hecho algo malo, castigar más o menos en función del estado de ánimo en que se encuentren los padres, etc. Por último, el castigo físico haría referencia a la utilización de la violencia como forma de castigo. Se ha encontrado una relación



positiva entre estas variables y las subescalas FNE y SADG, lo que indicaría que a mayores puntuaciones en “pobre supervisión” y “disciplina inconsistente” y “castigo físico” mayores serán las puntuaciones en FNE (miedo a la evaluación negativa por parte de los iguales) y SADG (ansiedad y evitación ante gente en general). Es posible que estas variables creen un clima negativo en el hogar que creen situaciones que generen más ansiedad en niños más vulnerables psicológica o biológicamente a ella.

### **Limitaciones**

En el presente estudio se han hallado puntuaciones estadísticamente significativas dentro de lo esperado (en relación con la autoestima, la asertividad, etc.), sin embargo, las correlaciones han sido por lo general, débiles, es decir, próximas a cero. Es posible que esto se deba a que la muestra era demasiado pequeña, sería interesante, en próximos estudios, utilizar una muestra más amplia.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: EDITORIAL MEDICA panamericana
- Bados, A. (2005). *Fobia Social*. Universidad de Barcelona
- Beidel, D.C., Ferrell, C., Alfano, C.A. y Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831-846
- Black, D. W. y Andreasen, N. C. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México, D. F.: El Manual Moderno.
- Caballo, V. E., Arias, B., Calderero, M., Salazar, I. C. y Irurtia, M. J. (2011). Acoso escolar y ansiedad social en niños (I): Análisis de su relación y desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19 (3), 591-609
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22, (3), 401-422
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela M. M. y Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16, (3), 501-533
- García-Rojas, A. D. (2010). Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *Revista de Educación*, 12, 225-240.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I., Orgiles, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 8, 1, 1-21
- Leary, M.R. (1991). Social anxiety, shyness and related constructs. En J. Robinson, P. Shaver y L. Wrightsman (Eds.). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 56-94). Nueva York: Academic Press

- Martínez-González, A. E., Inglés-Saura, C. J., Piqueras-Rodríguez, J. A. y Ramos-Linares, V. (2010). Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, 111-138.
- Morales-Rodríguez, F. M., Trianes, M. T., Blanca, M. J., Miranda, J., Escobar, M. & Fernández-Baena, F. J. (2012). Escala de Afrontamiento para niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de psicología*, 28, 475-483.
- Olivares-Rodríguez, J., Rosa-Alcázar, A. I., Piqueras-Rodríguez, J. A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17, 1, 1-8
- Olivares-Rodríguez, J., Piqueras-Rodríguez, J. A. y Rosa-Alcázar, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18, 207-212.
- Ortiz-González, P. (2015). *Efectos del entrenamiento en adolescentes con fobia social generalizada*. (Tesis Doctoral) Universidad de Murcia.
- Ramos, R., Giménez, A. I., Muñoz-Adell, M. A. y Lapaz, E. (2006). *A-EP Cuestionario de Autoestima para Educación Primaria*. Madrid: TEA.
- Rodríguez-Naranjo, C., Caño-González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 3, 389-403
- Salazar-Torres, I. C. (2013). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos*. (Tesis Doctoral) Universidad de Granada.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., Chorot, R., Valiente, R.M., Santed, M.A. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R): Fiabilidad, validez y datos normativos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 827-847
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.

## ANEXO I



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
Vicerrectorado de Investigación

### COMISIÓN DE ÉTICA

**Tipo de actividad :** TFG

**Referencia:** MAY.16/9

**Título de la actividad:** Estudio sobre ansiedad infantil

**Convocatoria y/o entidad a la que se presenta:** TFG

**- tutora :** Lourdes Espinosa Fernandez

**Tipo de experimentación o actividad sometida a informe:** Investigación en humanos

**Informe que se emite :** FAVORABLE

**Observaciones:**

Jaén, 30 de mayo de 2016



  
Amelia Aránega Jiménez  
Presidenta de la Comisión de Ética

Vicerrectorado de Investigación Desarrollo Tecnológico e Innovación

Campus Las Lagunillas, s/n. Edificio B-1 Rectorado – Telf. 953 212597 – Fax 953 211968 – E-mail: vicinv@ujaen.es