

ANSIEDAD SOCIAL Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA CON Y SIN PRESENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS*Social anxiety and emotional regulation in adolescents in Lima Metropolitana with and without the presence of somatic symptoms*

Mario Santiago Bulnes Bedón*

Carmen Leni Alvarez Taco**

Carmen Morales Isasi***

Resumen

El presente estudio está dirigido a estudiar la ansiedad social y la regulación emocional en escolares adolescentes, en el contexto escolar y del desarrollo socio emocional, cuyas habilidades son consideradas como un factor importante en la salud psicológica y específicamente en la convivencia social. Los objetivos que se presentan son: 1) analizar la relación entre la ansiedad social y la regulación emocional en adolescentes de Lima metropolitana, 2) comparar las variables ansiedad social y regulación emocional entre adolescentes con y sin presencia de síntomas somáticos. La muestra estuvo conformada por un total de 376 adolescentes entre los 14 y 17 años de edad, de tercero a quinto año de secundaria, tanto varones (179 participantes) como mujeres (197 mujeres), de instituciones educativas estatales (198 participantes) y particulares (178 participantes). Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), de La Greca y Stone (1993); el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ-CA), de Gross y John (2003), y el Cuestionario para la Evaluación de Síntomas Físicos (PHQ-15), de Kroenke, Spitzer y Williams (2002). El diseño de la investigación es descriptivo correlacional y comparativo. Se llegó a las siguientes conclusiones: los instrumentos de evaluación cuentan con los requisitos psicométricos suficientes para poder asumir la validez de la interpretación de los resultados. La relación entre los factores de ansiedad social, tienen una relación débil y no significativa con los factores de regulación emocional. Existe diferencia significativa en la variable ansiedad social entre adolescentes con y sin síntomas físicos. En lo que respecta a la regulación emocional, no se observan diferencias significativas entre ambos grupos de adolescentes. Se encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a algunos componentes de la ansiedad social.

Palabras clave: ansiedad social, regulación emocional, síntomas físicos

Abstract

The present study is aimed to study social anxiety and emotional regulation in adolescent schoolchildren, in the school context and in socio-emotional development, whose skills are considered as an important factor in psychological health and specifically in social coexistence. The objectives presented are: 1) analyze the relationship between social anxiety and emotional regulation in adolescents in Lima Metropolitana, 2) compare the variables social anxiety and emotional regulation among adolescents with and without the presence of somatic symptoms. The sample consisted of a total of 376 adolescents between 14 and 17 years, from third to fifth year of high school, both male (179 participants) and women (197 women), from state educational institutions (198 participants) and private (178 participants). The instruments used were the following: the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A), by La Greca and Stone (1993); the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ-CA), by Gross and John (2003), and the Questionnaire for the Evaluation of Physical Symptoms (PHQ-15), by Kroenke, Spitzer and Williams (2002). The research design is descriptive correlational and comparative. The following conclusions were reached: the evaluation instruments have sufficient psychometric requirements to be able to assume the validity of the interpretation of the results. The relationship between social anxiety factors, have a weak and non-significant relationship with emotional regulation factors. There is a significant difference in the social anxiety variable among adolescents with and without physical symptoms. With regard to emotional regulation, no significant differences are observed between both groups of adolescents. Significant differences are found between men and women regarding some components of social anxiety.

Keywords: Social anxiety, emotional regulation, physical symptoms.

* Doctor en Letras, especialidad Psicología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Coordinador de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, UNIFE. mariobulnesb@unife.pe

**Doctora en Psicología y Magíster en Psicología Educativa. Profesora Principal en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Exdocente de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, UNIFE. leniaalvarezt@unife.pe

*** Dra. en Psicología - Psicoterapeuta Psicoanalítica - Psicoanalista. cmdei@speedy.com.pe

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se analiza la relación entre *la ansiedad social y la regulación emocional* en una muestra de adolescentes escolares de Lima metropolitana, y luego, sobre esta base se comparan dos grupos de adolescentes escolares, tomando como referencia la presencia o no de *síntomas somáticos* en dicha muestra.

Hay que tomar en cuenta que la ansiedad social y la regulación emocional se encuentran en el contexto del desarrollo socio emocional, el cual es un tema de amplio interés en el campo de la investigación psicológica en niños y adolescentes, toda vez que el desarrollo de dichas habilidades es considerado como un factor importante en los aspectos de la salud psicológica, tanto en lo que corresponde a los factores de la protección de la salud como a los factores de la promoción de la misma. A su vez, constituye un factor esencial en el ajuste psicosocial al medio, en el sentido que favorece tanto la relación interpersonal del adolescente, así como a su bienestar, en términos de salud psicológica y de aprendizaje académico o rendimiento escolar (De Miguel, 2014). Es más, habría que recordar que aparte del contexto familiar, el contexto escolar representado por las instituciones educativas, es el espacio de aprendizaje de la vida social con el que cuentan los niños y adolescentes, por lo que el aprendizaje que se desarrolla allí se convertirá en pautas de convivencia social.

Pero en este proceso de desarrollo socio emocional puede presentarse un proceso de desajuste, en el que evidentemente mucho tiene que ver el contexto inmediato en el cual vive el adolescente. Los síntomas de ansiedad pueden funcionar como señal de alarma que pone sobre aviso al niño que se encuentra en una situación límite, es decir, que su situación personal se encuentra en riesgo ante una realidad que exige habilidades aún no desarrolladas.

Sin embargo, hay que considerar dos aspectos sobre esto: a) dichos sentimientos, como la ansiedad, ocurren de forma normal en algún momento del desarrollo del niño, corresponden a las funciones adaptativas y evidentemente, cambian conforme el niño crece y pasa de la infancia a la adolescencia, a los cuales es reconocido como ansiedad socializadora o ansiedad normal, en la medida que acompaña en el

proceso de aprendizaje social; y b) corresponde a la forma patológica de la ansiedad, que en muchos casos, constituye una forma extrema de manifestación de la ansiedad, es decir, no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo sino más bien su intensidad y duración exceden los límites aceptables. En tales condiciones, ya se perdería la función adaptativa para convertirse en un problema para el niño o adolescente (Ruiz y Lago, 2005).

Independiente a las consideraciones antes mencionadas, es importante mencionar que los efectos de los síntomas de ansiedad expresados en forma persistente en un tiempo muy largo pueden derivar en daño de la valoración personal, es decir de la autoestima, así como de la adecuada relación interpersonal y del ajuste psicosocial.

Teóricamente, la *ansiedad social* es definida como un trastorno de mucha incidencia en la adolescencia (también en otras edades) que provoca una disfunción en la calidad de vida de quienes la experimentan y la desarrollan. También es estudiada bajo el concepto de fobia social, sin embargo, existe un aspecto controversial al respecto, ya que dicha *ansiedad social* suele aparecer a mediados de la edad adulta según el DSM – IV - TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) pero cuyo antecedente se puede ver en la niñez y en la adolescencia con un comportamiento de timidez e inhibición social. Es esta la razón por la cual el presente estudio parte de una preocupación por conocer los antecedentes dinámicos de la ansiedad social y su relación con los trastornos somáticos que de ella derivan.

Es evidente la gran motivación que tienen los adolescentes para insertarse a un grupo determinado, especialmente en el contexto escolar, en la cual la intensa ansiedad en situaciones de desenvolvimiento social resulta especialmente perturbadora de dicha relación, es decir, la ansiedad social puede afectar la calidad de vida de las personas que la padecen y suele asociarse a comportamientos relacionados con la depresión. En el que la familia no siempre actúa con corrección, sino más bien suelen actuar con hostilidad, presionando al adolescente a enfrentar la situación generadora de ansiedad sin la guía y apoyo necesario, lo que generalmente empeora la situación (Ballesteros, Conde y Geijo, 1996).

Por otro lado, el concepto de *regulación emocional* suele referirse a la habilidad que tienen las personas para atender, percibir, comprender y regular las emociones de manera adecuada y conveniente, es decir la capacidad para asimilar y comprender la realidad, para regular y modificar su estado de ánimo o el de los demás, promoviendo su crecimiento emocional e intelectual (Salovey y Mayer, 1990, citados en Navarro, Vara, Cebolla y Baños, 2018). Al respecto, se reconoce cómo las emociones, en su sentido esencial, pueden beneficiar la salud de los adolescentes, pero también en la misma proporción pueden provocar un daño, y esto tiene que ver con la capacidad personal para regular las emociones con éxito y eficacia en el desempeño de la vida cotidiana.

Sobre esto último, dada la importancia en la salud del niño y del adolescente, se ha podido observar, según Pérez y Guerra (2014), el incremento del estudio sobre la “regulación emocional como variable importante para el desempeño, ajuste y bienestar de las personas, incluyendo niños y adolescentes” (p. 369), toda vez que corresponde a las primeras etapas del desarrollo de toda persona y es considerada como una tarea esencial del desarrollo de la personalidad. Por otro lado, los mismos autores manifiestan que la regulación emocional también puede generar dificultades en la vida de las personas, es decir, puede resultar ineficaz y conducir hacia la pérdida del valor funcional de las emociones. En este caso, se estaría en presencia de un problema que podría llevarlo al fracaso de la regulación de las emociones, que podría configurar implicancias negativas para la salud mental y física de toda persona, vale decir, se estaría frente a un proceso desadaptativo.

Esta regulación emocional también es conocida y estudiada como inteligencia emocional, pero actualmente se prefiere definirla como regulación emocional, en la medida que refleja una gama más amplia del comportamiento. En este sentido, la regulación emocional tiene un papel crucial en el funcionamiento psicológico y en la salud mental, pero también, cuando se torna disfuncional puede generar problemas de orden psicológico y, eventualmente, generar trastornos clínicos, evidenciados en síntomas somáticos, que justamente motiva la presente investigación.

El presente estudio pretende demostrar que cuando existen problemas asociados a la ansiedad social en los adolescentes, estos problemas podrían estar indicando tempranamente la presencia de una fobia social asociada a un proceso desadaptativo, que tendría como indicador un desarrollo ineficaz de la regulación emocional, que más tarde se puede consolidar como un cuadro clínico, de tal manera que configure un desajuste psicosocial, que podría estar asociado a síntomas de malestar somático.

En cuanto a ansiedad social, a nivel nacional se cuentan con los siguientes antecedentes:

Huamán (2014) realizó un estudio sobre la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la fobia social en 367 adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria de la ciudad de Arequipa. El estudio es observacional, transversal y de diseño descriptivo simple. El instrumento aplicado es la escala de evitación y malestar social, y los resultados indican una prevalencia del 14,7 % de los adolescentes, la cual es una prevalencia superior a la descrita en la literatura mundial; los adolescentes que la padecen presentan antecedentes de patología familiar, frustración económica, frustración sentimental e inadecuadas relaciones sociales.

Zavaleta (2018) realizó la adaptación de la Escala de Ansiedad Social para adolescentes de la Ciudad de Chimbote, utilizando una muestra de 528 estudiantes varones y mujeres del tercero, cuarto y quinto grado de secundaria. En cuanto a la evidencia de validez, lo obtuvo aplicando el análisis factorial confirmatorio según los tres factores de la Escala en mención, confirmando la presencia de las tres dimensiones de la prueba original. En cuanto a la consistencia interna, la obtuvo a través de los coeficientes Omega y Alfa de Cronbach, en los que obtuvo coeficientes por encima de .600 a .707. Con estos resultados demostró tanto la validez como la confiabilidad de la Escala de Ansiedad Social, como requisito psicométrico aceptable para la muestra estudiada.

Zubeidat, Salinas y Sierra (2007) analizan las propiedades psicométricas de las escalas de miedo a la evaluación negativa y de evitación y malestar social en una muestra de 1012 escolares españoles, pero dentro del proceso también evaluaron las diferencias entre los adolescentes que presentaban ansiedad

social específica y la ansiedad generalizada. Respecto a las variables demográficas, a la ansiedad social, competencias psicosociales y algunos problemas clínicos, no encontraron diferencias significativas respecto a las variables demográficas y competencias psicosociales evaluadas en los escolares con algunos indicadores clínicos, Pero si encontraron diferencias en lo que respecta a la interacción social, en la cual el grupo correspondiente a la ansiedad generalizada puntuaba más alto en ansiedad social que el grupo que presentaba ansiedad social específica. Pero manifiestan los autores que encontraron más semejanzas que diferencias, con lo cual demostraron la similitud con los resultados de Rapee y Heimberg, en la medida que refieren que la naturaleza básica de la ansiedad social específica y generalizada son similares.

Vallés, Olivares y Alcázar (2014) realizaron un estudio sobre la competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social, en una muestra de 60 estudiantes del tercer año de secundaria, distribuidos en tres grupos: uno fue el grupo experimental y los otros dos fueron los grupos de control (control pasivo y control activo). Bajo el diseño experimental, se procedió a aplicar un programa de habilidades sociales para disminuir la ansiedad social o la fobia social, encontrándose que el grupo experimental que recibió el tratamiento obtuvo un mayor incremento en la conducta asertiva y de la autoestima.

En cuanto a la regulación emocional, los antecedentes nacionales son los siguientes:

Gonzales (2018) realizó un estudio sobre la relación entre el cuidado y el control parental con la regulación emocional en 187 adolescentes de Lima metropolitana, entre escolares de secundaria de instituciones educativas privadas y un mínimo porcentaje de estudiantes universitarios, con edades entre los 16 y 20 años. Se aplicó la prueba de Vínculo Parental (PBI) de Parker, Tuplin y Brown y la escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) de Gratz y Roemer. El diseño del estudio aplicado fue el descriptivo correlacional y se encontró como resultado una relación negativa entre el cuidado parental y las dificultades en la regulación emocional; y una relación positiva entre el control parental y la dificultad en la regulación emocional.

Algunas de las dimensiones de la regulación emocional de los adolescentes se correlacionaron solo con las escalas de una de las figuras parentales. A su vez, los adolescentes en general informaron tener una mayor percepción del cuidado parental como del control parental por parte de sus madres en lugar de sus padres. Las adolescentes mujeres reportaron un mayor puntaje en el control paterno que los adolescentes varones, mientras que estos últimos, mostraron una mayor dificultad para controlar su conducta ante emociones negativas en comparación a las adolescentes mujeres.

Navarro y otros (2018) realizaron un estudio en 399 adolescentes españoles para determinar las propiedades psicométricas del cuestionario de Regulación Emocional (ERQ-CA), de los cuales 178 eran adolescentes varones y 221 adolescentes mujeres. Para tal fin también se aplicó el cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional. En cuanto al cuestionario ERQ – CA, los autores corroboraron la existencia de dos factores al igual que la estructura original del cuestionario, vale decir que se confirmó la dimensión Reevaluación cognitiva y Supresión emocional. Se aplicó la validez convergente obteniendo correlaciones débiles con el Cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional, y a su vez niveles bajos de confiabilidad por lo que recomendaba una investigación al respecto para ver la conveniencia de su uso en la población estudiada. Sin embargo, este resultado difiere al realizado por Cabello (2012) en adultos, quien encontró una consistencia interna de $\alpha = ,75$ en reevaluación cognitiva y de $\alpha = ,79$ en supresión emocional.

Nieto (2016) realizó un estudio para conocer la influencia de la regulación emocional y del afrontamiento desadaptativo sobre el consumo intensivo del alcohol. Los participantes fueron 125 adolescentes de Madrid. Los resultados obtenidos a través los estadísticos de regresión lineal, evidencian que la edad y la dificultad en el control de impulsos predicen el inicio del consumo de alcohol, es más, se encuentra que el consumo habitual de tabaco es predictor del consumo intensivo de alcohol. Se obtuvo una correlación moderada alta entre las dificultades de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento desadaptativas.

MARCO TEÓRICO

Ansiedad social

Se puede decir que la ansiedad es una experiencia emocional que acompaña en todo momento de la vida de la persona y cumplen una función adaptativa, es por eso por lo que algunos lo asumen como algo familiar. Tomado en este sentido, se puede decir que es un fenómeno normal y constituye la base para el modelamiento del comportamiento y del aprendizaje, constituyéndose en un aspecto fundamental en el desarrollo de la personalidad. Si bien su presencia puede ser por lo general desagradable, en el sentido que se asocia con el temor y el miedo, constituye una señal de alerta ante un acontecimiento valorado como amenaza, sin embargo, también puede ser un componente significativo de la personalidad normal, especialmente en el proceso de socialización de los niños y adolescentes, en la medida que experimentan límites en la socialización parental (Musitu y Cava, 2001). Estos mismos autores consideran que la ansiedad social es normal o sana en la medida que permite solucionar algún problema de manera eficaz y no constituye en experiencias negativas en la vida de las personas. Pero será patológica en cuanto afecta de manera desmedida en su intensidad, atrayendo toda su preocupación y postergando otras actividades personales significativas.

Se puede decir que, en exceso, la ansiedad es una señal de desajuste y compromete la eficacia en su relación con los demás y consigo mismo; muchas veces acompaña a la presencia de alguna enfermedad psicosomática por lo que en este contexto se puede configurar el concepto de ansiedad social y fobia social.

Ansiedad social y fobia social

La Greca y Lopez (1998), en su estudio sobre la ansiedad social y la fobia social, desarrollan una diferenciación de estas. Refieren que cuando la ansiedad se manifiesta en el plano de las relaciones interpersonales con características de miedo persistente a exponerse públicamente, configura la ansiedad social, pero cuando dicha experiencia es extrema, en un nivel de distrés, configura la fobia social. De tal manera que la diferencia es de intensidad y persistencia experimentada.

Estos parámetros conceptuales, unido a la información de Watson y Friend (1969), quienes elaboraron las bases psicométricas de la escala de Ansiedad Social y Fobia Social, permiten comprender dicha realidad como una experiencia distresante, en la cual la expresión de miedo y evitación a situaciones sociales se encuentra asociada al temor a ser evaluado negativamente por los demás.

Hay que señalar que La Greca y Lopez (1998) fueron influidos por Watson y Fried para la construcción de las escalas de ansiedad social y fobia social. La Greca y Lopez describen igualmente la fobia social como una forma extrema de ansiedad social, para lo cual proponen dos subtipos diferenciados de la ansiedad social: generalizado y no generalizado. En lo que respecta al primer subtipo, refieren que se encuentra asociado con el miedo a las relaciones interpersonales, mientras que el no generalizado, o también denominado específico se relaciona, mayormente, con el miedo a las situaciones de rendimiento. Es más, la ansiedad social generalizada es más perturbadora que la ansiedad social no generalizada o específica.

Desarrollo de la ansiedad social y trastorno de la ansiedad social en la adolescencia

Se puede decir que todos los sujetos se encuentran dotados de un sistema biológico, mediante el cual y a través de un proceso de aprendizaje, pueden llegar a experimentar ansiedad o temor. Este sistema funciona en la vida normal como una señal de alerta de encontrarse bajo una situación límite (Ruiz y Lago, 2005), pero también se encuentra presente en el proceso de socialización parental (Musitu y García, 2004), específicamente, en el proceso de ajuste psicosocial.

Según estos autores, el miedo o la ansiedad ocurren en forma normal en el proceso de desarrollo de cada sujeto, sin embargo, las causas y las formas en que se manifiestan dentro del proceso de ajuste a su medio, es cambiante en función a las edades.

No siempre ha existido la preocupación por investigar sobre la ansiedad social en niños y adolescentes, toda vez que lo confundían con la timidez, además, los padres tenían la esperanza de que fueran comportamientos transitorios. Sin embargo, en la actualidad se sabe que una forma extrema de

experimentar ansiedad y miedo puede determinar un trastorno de ansiedad. Justamente Ruiz y Lago (2005) manifiestan que dichos trastornos se entrelazan con los trastornos afectivos, es decir, en la ansiedad social extrema también se ven afectados los aspectos afectivos.

Se puede sentir de manera intensa el malestar sin causa aparente que lo justifique, el que está acompañado de un sentimiento de aprensión que puede incluir aspectos cognitivos y somáticos, con pérdidas irreparables en lo que respecta a la autoestima.

Para lograr entender el mecanismo de la regulación emocional, es necesario reconocer el papel que juegan las emociones en la salud de la persona, toda vez que constituye una variable importante en el ajuste y bienestar de la vida adulta (Pérez y Guerra, 2014).

Como se puede observar, la regulación emocional es descrita más claramente como el proceso mediante el cual los sujetos, y en este caso los adolescentes, modulan sus emociones para alcanzar metas u objetivos, adecuarse al contexto social y conseguir o promover su bienestar como el del entorno próximo (Gross & John, 2003, citado por Pérez y Guerra, 2014).

Hervás y Vázquez (2006) describen la regulación emocional como un proceso inherente al funcionamiento del ser humano que implica la activación de los estados emocionales, en la medida que diferentes sucesos o experiencias pueden alterar dichos estados y dar inicio a la ejecución de ciertas estrategias de regulación dirigidas a modificarlos. Es decir, las emociones se encuentran relacionadas funcionalmente con las necesidades de las personas, de tal manera que la manifestación de dichas emociones, desde el punto de vista negativo, puede afectar e interferir en la vida cotidiana, pero desde el punto de vista positivo se asocia al bienestar y a la salud mental.

Las emociones asumen un rol funcional como regulador de las experiencias y a su vez como determinante del comportamiento intra e interpersonal, toda vez que las emociones pueden estar asociadas a experiencias agradables o desagradables, por ejemplo, las emociones que presentan un contenido desagradable suelen presentarse ante una amenaza o pérdida o cuando afecta algún objetivo o meta

personal, y las emociones de contenido agradable se presentan ante logros personales.

En los trabajos realizados por Pérez y Guerra (2014) se pone en evidencia que realizar un estudio sobre las emociones desde el punto de vista de la complejidad de sus funciones es muy difícil, por ello, abordarlo bajo el constructo de regulación emocional constituye una de las formas de unificar dichos estudios, y así responder a toda la complejidad que se menciona, volviéndose más viable y claro.

La regulación emocional

Existen varios modelos teóricos que explican las funciones de la regulación emocional. Según Hervás y Vázquez (2006) el primero de ellos es el de Larsen, denominado “modelo de control cibernético de los estados de ánimo”. Estos mismos autores agregan que además se tiene el modelo homeostático de Forgas, que no se aleja mucho del modelo de Larse, y el modelo basado en la adaptación social, desarrollado por Erber, Wegner y Therriault, el cual considera que la regulación emocional cumple una función de ajuste del sujeto a la situación social de un determinado momento.

Sin embargo, el modelo de Gross (1998, citado por Hervás y Vázquez, 2006) sobre la regulación emocional es el que tiene una mayor aceptación, ya que lo particular del modelo es que la regulación emocional se encuentra en función a las circunstancias en la cual las estrategias de regulación se incorporan al proceso de generación de la emoción. De acuerdo a esto, Gross propone la existencia de cinco estadios diferentes en el proceso de generación y regulación de una emoción, dividiéndola según las estrategias manifiestas en dos grupos: a) el primer grupo corresponde a la regulación centrada en los antecedentes de la emoción, y b) el segundo grupo correspondiente a la regulación centrada en la respuesta emocional.

Tomando en consideración el informe que realiza Hervás y Vázquez (2006) en el que se presenta de manera detallada dicho proceso, se asume que existen cinco fases: (a) selección e identificación de la situación, (b) cambio situacional, (c) focalización de la atención, (d) cambio cognitivo y (e) modulación de la respuesta emocional.

De tal manera que, de estas cinco fases, se puede distinguir que las cuatro primeras corresponden

a los antecedentes de la generación de la respuesta emocional, mientras que el quinto corresponde a la regulación centrada en la respuesta emocional. Es decir, las diferentes situaciones que experimenta el sujeto pueden generar varias alternativas de respuesta que podrá elegir o cambiar de acuerdo a sus necesidades de regulación emocional.

Hervás y Vázquez (2006) explican el proceso de la siguiente forma: primero, el sujeto puede elegir si exponerse a una situación o no (primera fase), seguidamente, cuando el sujeto elige la situación a la cual se expondrá, puede configurarla a partir de sus acciones (segunda fase). Luego, cuando el sujeto ya ha cambiado la situación como a él le parece conveniente, la persona puede elegir a qué prestar más atención y a qué menos, con el objetivo de poder regular su estado emocional (tercera fase). Tomando como referencia los estímulos atendidos, el sujeto extraerá un significado general de la situación (cuarta fase).

En relación a la quinta fase, que corresponde a la modulación de la respuesta emocional en la que se aplican las estrategias centradas en dichas respuestas, el sujeto elige la mejor estrategia de regulación emocional en función de cómo se actúe sobre los componentes de las emociones cuando estas se sienten. Para tal efecto Gross se centra principalmente en las estrategias de regulación emocional de reevaluación y supresión para modificar dichas emociones, tomando la supresión como una estrategia de regulación emocional contrapuesta a la reevaluación cognitiva.

Síntomas somáticos en adolescentes

Primero, habría que establecer el concepto de somatización para los efectos de la presente investigación. Según Lipowki (1999, citado por Moral y Alvarado, 2011), la somatización es “la tendencia a experimentar y comunicar síntomas y malestares somáticos que no se explican mediante hallazgos clínicos o de laboratorio, por lo que no es posible atribuirlos a una enfermedad física ni buscar solución médica” (p. 206).

Sin embargo, la definición también gira en torno a desórdenes afectivos, estrés emocional, estrés psicosocial o angustia, que de alguna forma derivan en la búsqueda de atención médica, sin causas orgánicas que lo expliquen, pero sí se relaciona a factores psicológicos. Casualmente esto último se

asocia a términos relacionados con las enfermedades psicosomáticas según el DSM - IV (APA, 2000).

Para los efectos de la presente investigación, el término de síntoma psicosomático es utilizado como dolencia física (dolor de estómago, espalda, brazos, piernas y cabeza, vértigo, falta de aire, estreñimiento e indigestión, entre otros) de base psicológica. Al respecto, Sánchez y Guerrero (2017) manifiestan que existe una relación entre los síntomas psicosomáticos, por una parte, y la ansiedad y la depresión, por la otra, en personas con diferentes enfermedades. Por otro lado, si bien el trastorno psicosomático puede ser analizado a través de sus factores predisponentes, determinantes y desencadenantes, sin embargo, habría que acentuar la importancia del contexto familiar, en la medida que se trata de adolescentes escolares, es más, los autores mencionados también plantean la existencia de una relación entre la sobreparticipación emocional de los padres y la conducta frágil de niños y adolescentes. En otras palabras, la intensa atención y cuidado o la disminución de las mismas pueden reforzar las quejas somáticas.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la relación entre la ansiedad social y la regulación emocional en adolescentes de Lima metropolitana.
- Comparar la ansiedad social y la regulación emocional entre los adolescentes de Lima metropolitana con y sin presencia de síntomas somáticos.

Objetivos específicos

- Analizar la relación entre la ansiedad social y la reevaluación cognitiva en adolescentes con y sin síntomas somáticos de Lima metropolitana.
- Analizar la relación entre la ansiedad social y la supresión de las emociones en adolescentes con y sin síntomas somáticos de Lima metropolitana.
- Establecer las diferencias en la regulación emocional de los adolescentes con y sin presencia de síntomas somáticos.
- Establecer las diferencias de la ansiedad social de los adolescentes con y sin presencia de síntomas somáticos

VARIABLES DE ESTUDIO:

- **Ansiedad social:** Es el malestar que se siente en las situaciones sociales y también la evitación activa o deseo de evitar dichas situaciones (Watson y Friend, 1969; citados por Inglés, Méndez, Hidalgo, Rosa y Orgilés, 2003).
- **Regulación emocional:** Es la habilidad para percibir, comprender y regular las emociones, promoviendo el crecimiento emocional e intelectual (Salovey y Mayer, 1990, citados por Fernández y Extremera, 2005).

VARIABLE DE COMPARACIÓN:

- **Síntomas somáticos:** son indicadores de malestar físico en las personas, experimentándose un sufrimiento físico y emocional importante.

MÉTODO

Es una investigación cuantitativa de nivel *descriptivo*, de tipo básica y sustantiva en la medida que se pretende conocer la relación entre las variables y las diferencias por grupos seleccionados. En primer lugar, se aplica un diseño *correlacional* y luego un diseño descriptivo comparativo (Sánchez y Reyes, 2006).

Composición de la muestra

El muestreo utilizado es el no probabilístico de tipo intencional, en el que se han considerado dos criterios de inclusión: (1) Adolescentes de instituciones educativas de Lima metropolitana; y (2) síntomas somáticos, definido por la presencia o ausencia significativa de estos síntomas según la evaluación realizada y expresada en las puntuaciones más altas y bajas de la muestra.

La muestra final total estuvo conformada por un total de 376 adolescentes entre los 14 y 17 años de edad, de tercero a quinto año de secundaria, tanto varones (179) como mujeres (197), de instituciones educativas estatales (198) y particulares (178) de Lima metropolitana.

Instrumentos

En este estudio se aplicaron tres instrumentos de recolección de datos, los cuales fueron sometidos a un proceso de análisis psicométrico para obtener evidencias de la validez de la interpretación de sus resultados.

Análisis psicométrico de la escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A). La escala fue elaborada por La Greca y Stone (1993, citado en La Greca & López, 1998) y luego fue adaptada a otros contextos, partiendo por la traducción lingüística respectiva (Olivares, Ruíz, Hidalgo, García-López, Hernández, Rosa & Piqueras, 2005). Esta traducción fue utilizada por otros autores como Jiménez, Valencia y Sánchez (2013) en adolescentes mexicanos, y por Samaniego y Buenahora (2016) en adolescentes paraguayos, entre otros.

En todos los casos, se replica el modelo de tres factores resultantes de la escala original: miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas, y ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general.

En el presente estudio se realizó la traducción lingüística del instrumento original, contrastando dicha traducción con la realizada por Olivares y otros (2005), a partir de los 22 ítems (18 ítems autodescriptivos y 4 distractores o neutros que no se cuentan en la puntuación total) que contiene el instrumento.

La validación de la escala realizada en este estudio parte del análisis del contenido de la prueba, en el que se utiliza el criterio de expertos. Al aplicar el coeficiente V de Aiken, se encuentran valores por encima de ,80 para todos los ítems.

El análisis de la estructura interna se realizó aplicando el análisis factorial, partiendo por el análisis factorial exploratorio en el que se obtuvieron valores relevantes en el test de esfericidad de Bartlett (Aprox. Chi-cuadrado = 3119,691; $p < ,001$), en el Test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = ,923) y el determinante ($< ,001$), con lo que se confirma la existencia de tres factores.

El análisis de la estructura factorial confirmatorio indica que el primer factor explica el 39,668 % de la varianza total, el segundo factor explica el 12,062 % y el tercer factor el 6,532%.

Al realizar el análisis de consistencia interna de la escala SAS-A, aplicando el coeficiente alfa de Cronbach, se encontró que el factor 1 (Miedo a la evaluación negativa) alcanza un coeficiente de ,884,

el factor 2 (Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas) alcanza un coeficiente de ,830, y el factor 3 (ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general) alcanza un coeficiente de ,768, resultados que indican elevados coeficientes alfa de Cronbach. De igual forma, los valores de la correlación ítem-test corregida son mayores a ,200,

lo que evidencia que todos los ítems guardan relación con la prueba total. Finalmente, el coeficiente alfa de Cronbach de la escala total es de ,907.

Los resultados del análisis de la estructura interna (factorización) y de la consistencia interna (Alfa de Cronbach) de la escala SAS-A se señalan en la tabla 1.

Tabla 1
Componente factorial y confiabilidad de escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A)

Ítem	Análisis factorial			Confiabilidad	
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	rite	Alfa si se elimina ítem
8. Me preocupa lo que los demás piensen de mí.	,845			,763	,856
12. Me preocupa lo que los demás digan de mí.	,813			,737	,860
3. Me preocupa que se burlen de mí.	,760			,664	,869
6. Me preocupa que mis compañeros/as hablen de mí a mis espaldas.	,706			,668	,869
14. Me preocupa que otros no me quieran.	,652			,644	,871
17. Siento que los demás se burlan de mí.	,616			,680	,868
9. Pienso que a los demás no les agrado.	,527			,575	,879
13. Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas.		,793		,697	,786
10. Me pone nervioso/a cuando hablo con gente de mi edad que no conozco bien.		,770		,719	,783
4. Me da vergüenza estar rodeado de personas que no conozco.		,714		,651	,794
20. Me pongo nervioso/a cuando estoy con personas distintas a las que siempre trato.		,714		,689	,790
15. Me quedo callado/a cuando estoy con un grupo de personas.		,608		,572	,807
5. Sólo hablo con personas que conozco bien.		,587		,424	,831
1. Me preocupa hacer algo inadecuado en una situación nueva		,407		,318	,847
21. Siento vergüenza incluso cuando estoy con compañeros que conozco muy bien.			,724	,531	,732
22. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo.			,661	,600	,696
19. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo ya que podrían decirme que no.			,629	,633	,677
18. Si en un debate doy mi opinión, temo no gustar a los demás.			,544	,512	,743

Análisis psicométrico del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA). Este cuestionario fue elaborado por Gross y John (2003, citado en Gullone & Taffe, 2012) y estaba dirigido a la población adolescente y adulta, pero Gullone y Taffe realizaron la revisión de este instrumento con la finalidad de adecuar la estructura de los ítems para la población infantil y adolescente (de 10 a 18 años) de Melbourne, Australia.

Navarro y otros (2018) realizaron la traducción al español con el correspondiente análisis psicométrico del cuestionario ERQ-CA para adolescentes españoles. En el presente estudio, se adaptó la versión española de los autores mencionados para los adolescentes de Lima metropolitana, en la cual se confirma la misma estructura factorial.

La validación de la escala realizada en este estudio parte del análisis del contenido de la prueba, en el que se utilizó el criterio de expertos. Al aplicar el coeficiente V de Aiken, se encuentran valores por encima de ,80 para todos los ítems.

El análisis de la estructura interna se realizó aplicando el análisis factorial, partiendo por el análisis factorial exploratorio en el que se lograron valores relevantes en el test de esfericidad de Bartlett (Aprox. Chi-cuadrado = 755,553; $p < ,001$) y en el Test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = ,720), con lo que se confirma la existencia de dos factores.

El análisis de la estructura factorial confirmatorio indica que el primer factor explica el 28,869 % de la varianza total y el segundo factor explica el 17,345 %.

Al realizar el análisis de la consistencia interna del cuestionario ERQ-CA, aplicando el coeficiente alfa de Cronbach, se encontró que el factor 1 (Reevaluación cognitiva) alcanza un coeficiente de ,732 y el factor 2 (Supresión) alcanza un coeficiente de ,830, resultados que indican moderados coeficientes alfa de Cronbach. De igual forma, los valores de la correlación ítem-test corregida son mayores a ,200, lo que evidencia que todos los ítems guardan relación con la prueba total.

Los resultados del análisis de la estructura interna (factorización) y de la consistencia interna (Alfa de Cronbach) del cuestionario ERQ-CA se señalan en la tabla 2.

Tabla 2
Componente factorial y confiabilidad del cuestionario de regulación emocional para adolescentes (ERQ-CA)

Ítem	Análisis factorial		Confiabilidad	
	Factor 1	Factor 2	ítem	Alfa si se elimina ítem
10. Cuando quiero sentir con menor intensidad una emoción negativa, cambio mi manera de pensar acerca de esa situación.	,809		,599	,655
8. Controlo mis emociones cambiando mi manera de pensar acerca de la situación en la que estoy.	,663		,496	,688
3. Cuando quiero sentir menos intensamente una emoción negativa (como tristeza o enfado) cambio lo que estoy pensando.	,640		,439	,703
5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar sobre esa situación de una forma que me ayude a mantener la calma.	,619		,417	,714
7. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva, cambio mi manera de pensar acerca de la situación.	,575		,437	,703
1. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva (como alegría o felicidad) cambio lo que estoy pensando.	,551		,435	,703
6. Controlo mis emociones, no expresándolas.		,768	,531	,382
4. Cuando tengo emociones positivas, pongo mucho cuidado en no expresarlas.		,681	,297	,576
2. Me reservo mis emociones para mí mismo.		,665	,383	,503
9. Cuando siento emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.		,453	,279	,578

Análisis psicométrico del cuestionario para la evaluación de síntomas físicos (PHQ-15). Este cuestionario fue propuesto por Kroenke, Spitzer y Williams (2002) y comprende una relación de 15 síntomas somáticos que a su vez conforman una versión ampliada del cuestionario de salud del paciente

(PHQ), instrumento que evalúa ocho diagnósticos específicos del DSM-IV.

La versión española utilizada en este estudio fue propuesta por Ros, Comas y García-García (2010) para pacientes ambulatorios españoles diagnosticados

con trastorno de depresión y/o ansiedad, con más de 17 años de edad. En este caso, el PHQ-15 ha sido aplicado a adolescentes de Lima metropolitana.

Se recogieron evidencias de la validez del contenido de los ítems, aplicando el coeficiente V de Aiken a partir de la revisión del instrumento realizada por 6 expertos en el área de la Salud, obteniéndose puntuaciones por encima de ,80 para todos los ítems.

También se realizó la correlación intraprueba, aplicando el coeficiente Rho de Spearman, en el cual se reportan correlaciones bajas, positivas y significativas (tabla 3), lo que corrobora la independencia de los síntomas somáticos que componen la estructura de la prueba.

Tabla 3
Correlación intraprueba del cuestionario para la evaluación de síntomas físicos (PHQ-15)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2	,158**	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3	,187**	,347**	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4	,249**	,185**	,153**	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5	,234**	,229**	,185**	,210**	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
6	,178**	,224**	,189**	,098	,300**	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7	,315**	,166**	,245**	,271**	,406**	,309**	--	--	--	--	--	--	--	--
8	,096	,105*	,110*	,154**	,163**	,200**	,237**	--	--	--	--	--	--	--
9	,194**	,240**	,169**	,147**	,309**	,379**	,354**	,134**	--	--	--	--	--	--
10	,117*	,216**	,245**	,147**	,215**	,273**	,271**	,113*	,351**	--	--	--	--	--
11	,071	,124*	,034	,158**	,058	,137**	,114*	,141**	,132*	,093	--	--	--	--
12	,182**	,017	,064	,085	,161**	,084	,177**	,111*	,046	,104*	-,022	--	--	--
13	,344**	,146**	,225**	,165**	,299**	,173**	,390**	,184**	,201**	,196**	,046	,402**	--	--
14	,237**	,323**	,366**	,223**	,324**	,211**	,323**	,126*	,271**	,212**	,145**	,081	,277**	--
15	,175**	,293**	,205**	,246**	,246**	,140**	,207**	,095	,173**	,142**	,068	,045	,155**	,469**

En cuanto a las correlaciones ítem-prueba total, se observa en la tabla 4 que los ítems que guardan

una mayor relación con el puntaje total son los ítems 7 (Mareos) y 14 (Sentirse cansado o con pocas energías).

Tabla 4
Correlación ítem-prueba total del cuestionario para la evaluación de síntomas físicos (PHQ-15)

Ítem	r	Sig.	Ítem	r	Sig.	Ítem	r	Sig.
1	,497	,000	6	,453	,000	11	,232	,000
2	,534	,000	7	,609	,000	12	,291	,000
3	,530	,000	8	,234	,000	13	,518	,000
4	,486	,000	9	,528	,000	14	,651	,000
5	,596	,000	10	,466	,000	15	,547	,000

Para comprobar la confiabilidad del instrumento en términos de consistencia interna, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Se encontró que el valor del alfa de la prueba total es de ,792, y los valores de la correlación ítem-test corregida son mayores a ,200, lo que evidencia que todos los ítems guardan relación con la prueba total (tabla 5), salvo el ítem 11. Sin

embargo, como se puede observar, el valor de dicho ítem es cercano a ,200, y su eliminación no afecta sobremanera el resultado final, por lo que se optó por mantenerlo para encontrar la representatividad de todos los síntomas físicos señalados por los autores del PHQ-15.

Tabla 5
Alfa de Cronbach del cuestionario para la evaluación de síntomas físicos (PHQ-15)

Ítem	rite	Alfa si se elimina ítem	Ítem	rite	Alfa si se elimina ítem	Ítem	rite	Alfa si se elimina ítem
1	,399	,780	6	,426	,778	11	,182	,793
2	,411	,780	7	,572	,766	12	,220	,792
3	,402	,780	8	,250	,792	13	,471	,775
4	,356	,786	9	,449	,776	14	,537	,768
5	,490	,772	10	,398	,780	15	,402	,781

RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos se inició con el análisis psicométrico de los instrumentos de recolección de datos, encontrándose evidencias de la validez y la confiabilidad de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos aplicados.

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la estructura factorial de los tres instrumentos, los que mantienen los ítems conformados en sus versiones originales.

En el caso del PHQ-15, por ser un instrumento que permitió conformar dos grupos de comparación (con y sin indicadores de síntomas físicos).

Seguidamente, se aplicó la prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Shapiro-Wilks, por ser considerada actualmente como una prueba que ofrece mejores resultados (Razali & Wah, 2011). Como se puede observar en la tabla 6, los coeficientes obtenidos tienen significancia estadística por debajo de ,05, por lo que se rechaza la existencia de una distribución normal de los resultados y con ello, se propone aplicar pruebas no paramétricas para el análisis estadístico de las relaciones de las variables y de las comparaciones entre los adolescentes que presentan y no presentan síntomas físicos.

Tabla 6
Test de bondad de ajuste a la curva normal de Shapiro-Wilks (S-W) de la ansiedad social y la regulación emocional

Factores	M	DS	S-W
Ansiedad social			
Miedo a la evaluación negativa	15,86	5,75	,951**
Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas	18,55	5,14	,988**
Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general	8,43	3,16	,947**
Ansiedad social total	42,85	11,78	,971**
Regulación emocional			
Reevaluación cognitiva	19,01	4,19	,986**
Supresión	12,10	3,04	,988**

n = 376 ** p < ,01

Análisis correlacional. Para encontrar la relación estadística entre la ansiedad social y la regulación emocional, se aplicó el coeficiente r de Spearman (prueba no paramétrica). Como se puede observar en la tabla 7, no existe una relación estadísticamente significativa entre los componentes de la ansiedad social y el resultado de la prueba total con los componentes de la regulación emocional.

Tabla 7
Correlación de Spearman entre la ansiedad social y la regulación emocional

Ansiedad social	Regulación emocional			
	Reevaluación cognitiva		Supresión	
	r	Sig.	r	Sig.
Miedo a la evaluación negativa	-,028	,593	,007	,895
Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas	,078	,129	,063	,226
Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general	,031	,550	,092	,073
Ansiedad social total	,033	,522	,065	,211

n = 376

Análisis comparativo. La muestra total de 376 participantes fue organizada en dos grupos (con y sin síntomas físicos) asumiendo dos criterios: (1) Categorías brindadas por los autores del PHQ-15 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002), y (2) Percentiles (Pc) 25 y 75 de los puntajes obtenidos en la aplicación de la prueba en la muestra señalada.

Bajo ambos criterios, la categoría mínima que implica la presencia no significativa de síntomas físicos abarca los puntajes por debajo de cuatro, mientras que la categoría alta (con presencia significativa de síntomas físicos) la componen las puntuaciones por encima de 11 (Pc 75) que, de acuerdo con los autores del instrumento, corresponde a la categoría media y alta.

Para realizar la comparación de la ansiedad social y la regulación emocional entre los adolescentes que presentan y no presentan síntomas físicos significativos, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (prueba no paramétrica). Adicionalmente se compararon a los adolescentes según sexo (varones y mujeres) y tipo de institución educativa (estatal y

particular) a la que pertenecen. En estos últimos casos, también se compararon los puntajes obtenidos de la evaluación de los síntomas físicos como variable de intervalo.

En la tabla 8 se presentan los resultados de las comparaciones de la ansiedad social (de sus componentes y la prueba total) y de los componentes de la regulación emocional, según la presencia o no de síntomas físicos.

Como se puede observar, existen diferencias estadísticamente significativas en los componentes de la ansiedad social, así como en la ansiedad social total, demostrándose que los adolescentes con presencia de síntomas físicos significativos evidencian mayores niveles de ansiedad social. En el caso de la regulación emocional, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos señalados.

Tabla 8
Comparación de la ansiedad social y la regulación emocional según la presencia o no de síntomas físicos (SF)

Factores	Rango promedio		U	Sig.
	Con SF (n = 96)	Sin SF (n = 98)		
Ansiedad social				
Miedo a la evaluación negativa	117,15	78,25	2817,500	<,001
Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas	110,04	85,22	3500,500	,002
Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general	111,76	83,53	3335,000	<,001
Ansiedad social total	117,02	78,38	2830,000	<,001
Regulación emocional				
Reevaluación cognitiva	103,52	91,61	4126,500	,139
Supresión	91,85	103,04	4161,500	,163

Al comparar la ansiedad social, la regulación emocional y la presencia de síntomas físicos entre los y las adolescentes de Lima metropolitana, se observa en la tabla 9 que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al miedo a la evaluación negativa y, a la ansiedad y evaluación social ante extraños o situaciones sociales nuevas, demostrándose

que son las mujeres las que presentan mayores evidencias de desarrollar estos componentes de la ansiedad social en comparación a los varones. Esto mismo se evidencia en los resultados de la evaluación global de la ansiedad social.

Si bien no existen diferencias estadísticamente significativas en los componentes de la regulación emocional entre varones y mujeres, sí se observan dichas diferencias en cuanto a la presencia de síntomas físicos, encontrándose en las mujeres una mayor presencia de estos síntomas.

Tabla 9

Comparación de la ansiedad social, la regulación emocional y la presencia de síntomas físicos entre los adolescentes según sexo

Factores	Rango promedio		U	Sig.
	Varones (n = 179)	Mujeres (n = 197)		
<i>Ansiedad social</i>				
Miedo a la evaluación negativa	170,25	205,09	14364,000	,002
Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas	176,75	199,17	15529,000	,045
Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general	180,60	195,68	16217,000	,176
Ansiedad social total	170,84	204,55	14470,500	,003
<i>Regulación emocional</i>				
Reevaluación cognitiva	191,55	185,73	17086,000	,603
Supresión	197,58	180,25	16007,000	,121
Presencia de síntomas físicos	138,45	233,97	8673,000	<,001

En la tabla 10 se presentan los resultados del análisis estadístico comparativo de la ansiedad social, la regulación emocional y la presencia de síntomas físicos entre estudiantes de instituciones educativas estatales y particulares. Al respecto se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos mencionados, en cuanto a los componentes de la ansiedad social ni en el resultado total de la evaluación de esta variable.

Las diferencias estadísticamente significativas sí se dan al medir la regulación emocional, cuyos componentes (reevaluación cognitiva y supresión) son mayores en los estudiantes de instituciones educativas estatales, en comparación a los que pertenecen a las instituciones educativas particulares.

De igual forma, existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de síntomas físicos, evidenciándose que son los adolescentes de instituciones educativas particulares los que presentan mayor cantidad de estos síntomas.

Tabla 10

Comparación de la ansiedad social, la regulación emocional y la presencia de síntomas físicos entre los adolescentes según tipo de institución educativa

Factores	Rango promedio		U	Sig.
	Estatad (n = 198)	Particular (n = 178)		
<i>Ansiedad social</i>				
Miedo a la evaluación negativa	179,67	198,32	15874,000	,096
Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas	196,51	179,59	16036,500	,131
Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general	194,93	181,35	16349,000	,224
Ansiedad social total	188,56	188,44	17611,000	,992
<i>Regulación emocional</i>				
Reevaluación cognitiva	218,49	155,13	11683,000	<,001
Supresión	200,04	175,66	15337,000	,029
Presencia de síntomas físicos	157,84	222,60	11551,500	<,001

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio es conocer la relación entre la ansiedad social y la regulación emocional, pero además se analiza las diferencias de dichos constructos entre adolescentes que presentan síntomas somáticos con los que no los presentan o lo hacen mínimamente.

El primer análisis estadístico realizado corresponde al proceso de validación de los instrumentos, encontrándose que la escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A), el cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) y el cuestionario de síntomas físicos (PHQ-15) cuentan con evidencias suficientes para poder asumir la validez de la interpretación de sus resultados.

Después de realizar el análisis estadístico de los instrumentos, se procedió a efectuar el análisis estadístico de los datos obtenidos. En este sentido, se encontró que la relación entre los factores de la ansiedad social (miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas, y ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general) tienen una relación débil y no significativa con los factores de la regulación emocional (reevaluación cognitiva y supresión emocional).

Estos resultados se pueden interpretar de la siguiente forma: La ansiedad social (La Greca & Lopez,

1998) se expresa por un miedo persistente en el plano de las relaciones interpersonales tanto en situaciones nuevas como en las ya conocidas, de tal forma que, en el caso del adolescente, esta ansiedad se vive de manera más intensa, en experiencias límites que son constantes dentro de su proceso de ajuste psicosocial. Sin embargo, habría que recordar que entre las características propias de la adolescencia se encuentra la dificultad para el autocontrol, la impaciencia, manifestaciones de rebeldía en la búsqueda de su independencia, entre otras condiciones personales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, 2002), las cuales son incluso aceptadas por ellos mismos y por los demás, es decir, el adolescente no percibe un problema en la expresión de su ansiedad, al contrario, asume que son otras personas las que no entienden su punto de vista y por tanto, creen que son otros los que deben cambiar y no ellos.

Al igual que en la expresión de la ansiedad social, en lo que respecta a la regulación emocional (definida como el manejo y control de las emociones que parte del reconocimiento de la existencia de un problema emocional), se observa que el adolescente no es capaz de reconocer que tiene problemas en el plano afectivo como parte natural de su proceso de desarrollo, produciéndole ansiedad social, sin embargo, no busca estrategias para regular sus emociones a fin de alcanzar un ajuste psicosocial saludable.

Esta falta de reconocimiento que se tiene un problema conlleva a que el adolescente viva

constantemente con niveles altos de ansiedad social, que, si bien es una sensación desagradable y natural en el proceso de formación personal, no buscan respuestas de cambio o autocontrol en esa situación, ya que centra el problema en la conducta de otros y no en la de él.

En esta misma línea, al comparar las diferencias de la ansiedad social entre adolescentes con y sin síntomas físicos, se encuentra que sí existen diferencias significativas en todos los componentes de la ansiedad social, demostrándose que aquellos adolescentes que presentan dichos síntomas tienen niveles altos de ansiedad social.

Como refiere Musitu y Cava (2001), la ansiedad se presenta en el proceso de socialización de niños y adolescentes que, si bien puede ser una experiencia desagradable, también puede ser valorado como un componente significativo de la personalidad normal. Sin embargo, es necesario considerar las diferencias individuales en la medida que algunas personas pueden ser más emocionales que otras, de tal forma que esta particularidad lo llevan a sobredimensionar sus experiencias de ajuste social con implicaciones en su propio cuerpo; por ello se observa que los adolescentes que alcanzan niveles altos de ansiedad social son los que expresan dicha ansiedad con manifestaciones psicósomáticas, las que según Lipowki (1999, citado por Moral y Alvarado, 2011), implican la expresión de un malestar sin causa física que la explique.

Sin embargo, en lo que respecta a la regulación emocional, no se observan diferencias significativas de sus componentes (reevaluación cognitiva y supresión) entre ambos grupos de adolescentes. En el caso de la reevaluación cognitiva, según Navarro y otros (2018), esta se manifiesta como la posibilidad del adolescente de construir significados nuevos de las situaciones desagradables vividas, con la finalidad de contrarrestar el impacto emocional negativo o también, incrementar el resultado emocional positivo. En este sentido, independientemente de la presencia de síntomas físicos, los adolescentes logran manifestar en un nivel promedio, que son capaces de desarrollar estrategias de reevaluación cognitiva. De igual forma sucede con la supresión, la cual es definida por Navarro y otros, como la capacidad para inhibirse y modificar el comportamiento durante una experiencia emocional desagradable.

Si bien este estudio estuvo centrado en la evaluación de la correlación entre la ansiedad social y la autorregulación emocional, así como la comparación de estos constructos entre adolescentes con y sin síntomas físicos, se consideró pertinente realizar un análisis complementario de las tres variables asumiendo la existencia de diferencias según sexo y tipo de institución educativa a la que pertenecen.

En cuanto a la comparación según sexo, se encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a algunos componentes de la ansiedad social. Se observa que las adolescentes mujeres expresan un mayor temor a la evaluación negativa, sienten ansiedad en situaciones nuevas y ante extraños conduciéndolas a tratar de evadir dichas situaciones, lo que finalmente, eleva sus niveles de ansiedad social total en comparación con los adolescentes varones. Al respecto, Marín, Robles, González-Forteza y Andrade (2012) hacen referencia a diferencias entre varones y mujeres que podrían ayudar a entender los resultados encontrados en este estudio. Dichos autores manifiestan que los varones prestan menos atención a sus estados afectivos, en cambio, las adolescentes mujeres desarrollan mayores niveles de culpa, vergüenza o autoagresión, lo que justifica el resultado encontrado en este estudio sobre una mayor presencia de ansiedad social en comparación a los varones.

Este tipo de comportamiento conlleva a que dichas adolescentes mujeres evidencien una mayor tendencia, en comparación a los varones, a canalizar dicha ansiedad a través de la presencia de síntomas físicos, sin causa aparente que los justifique.

En lo que respecta a la regulación emocional, no se encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres, esto quiere decir que tienen el mismo nivel de respuesta para reevaluar cognitivamente las situaciones difíciles y con ello contrarrestar el impacto negativo, así como al suprimir o inhibir su comportamiento en una situación conflictiva, aunque los recursos utilizados pueden ser diferentes según el sexo.

Finalmente, con respecto a las diferencias entre los estudiantes de colegios estatales y particulares, se observa que, a nivel de la ansiedad social, no existen diferencias significativas, pero sí se encuentran evidencias de diferencias en la regulación emocional

(reevaluación cognitiva y supresión) y en la presencia de síntomas físicos. Son los adolescentes de colegios estatales los que cuentan con un mayor nivel de regulación emocional y los de colegios particulares evidencian una mayor presencia de síntomas físicos.

Tomando en consideración lo planteado por Herrera, Lagrou y Lens (2002), es importante entender que los factores individuales se articulan con los ambientales o sociales en el proceso de inserción social. En este caso, dicha inserción se ve mediada por el tipo de institución educativa (estatal y particular) en la que se encuentre el adolescente, cuyas diferencias no solo son económicas, también son culturales tanto de los mismos colegios como de las familias.

A partir de esta premisa, se asume que el contexto educativo (familiar y escolar) de los adolescentes de colegios estatales es de mayor exigencia (del entorno) y mayor responsabilidad (personal) en comparación a lo que ocurre en los colegios particulares. Es evidente la existencia de un contexto de riesgo en el caso de los estudiantes de colegios estatales, el cual explicaría el comportamiento firme de muchos padres, así como la capacidad de ajuste a situaciones adversas que desarrollan los adolescentes, expresándose esto en una mayor presencia de la regulación de sus emociones.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Recuperado de <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- Ballesteros, M., Conde, M. y Geijo, M. (1996). Consideraciones clínicas sobre la comorbilidad de los trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24(6), 339-352.
- De Miguel, P. (2014). Enseñanza de habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 17-26.
- Fernández, P. y Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 19(3), 63-93.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF (2002). *Adolescencia. Una etapa fundamental*. Nueva York: Autor.
- Gonzales, C. (2018). *Historia vincular y regulación emocional en adolescentes de 16 a 20 años* (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, PUCP). Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/12313>
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409-417. doi:10.1037/a0025777
- Herrera, D., Lagrou, L. y Lens, W. (2002). Inserción social en adolescentes: Un estudio sociopsicológico. *Persona*, 5, 167-190.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Huamán, L. (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a fobia social en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria, Arequipa*, Enero – 2014 (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa). Recuperada de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4299/MDhumala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Inglés, F., Méndez, M., Hidalgo, M., Rosa, A. y Orgilés, M. (2003). Cuestionario, Inventarios y Escalas de Ansiedad Social para adolescentes: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 1 – 21.
- Jiménez, L., Valencia, A. y Sánchez, R. (2013). Escala de Ansiedad Social para Adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 72-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525008>
- Kroenke, K., Spitzer, R. & Williams, J. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258–266. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/f949/fc80a33510fd8a2c98afe1a534a39ba00982.pdf>
- La Greca, A. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*, 26(2), 83-94. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022684520514>

- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Revista de Salud Mental*, (35), 521-526.
- Moral, J. y Alvarado, B. (2011). Validez y confiabilidad de la escala de síntomas somáticos revisada en adultos mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 206-222.
- Musitu, G. y Cava, M. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro
- Musitu, G. y García, F. (2004). *ESPA29. Escala de Estilos de Socialización Parental en la adolescencia*. Madrid: Ediciones TEA.
- Navarro, J., Vara, M., Cebolla, A. y Baños, R. (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 9-15. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.1.1
- Nieto, M. (2016). *Influencia de las dificultades de regulación emocional y del afrontamiento desadaptativo sobre el consumo intensivo de alcohol en adolescentes* (Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas). Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/10102/TFM000410.pdf?sequence=1>
- Olivares, J., Ruíz, J., Hidalgo, M., García-López, L., Hernández, M., Rosa, A. & Piqueras, J. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 85-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701005>
- Pérez, Y. y Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n3/ped11314.pdf>
- Razali, N. & Wah, Y. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorovsmirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267205556_Power_Comparisons_of_Shapiro-Wilk_Kolmogorov-Smirnov_Lilliefors_and_Anderson-Darling_Tests
- Ros, S., Comas, A. y García – García, M. (2010). Validación de la versión española del Cuestionario PHQ – 15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 345-357.
- Ruiz, A. y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Samaniego, A. y Buenahora, M. (2016). Variables relacionadas con ansiedad social en adolescentes: un modelo de regresión lineal múltiple. *Interacciones*, 2(2), 109-122.
- Sánchez, P. y Guerrero, F. (2017). Actualización del trastorno psicósomático en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, XXI(1), 32–38. Recuperado de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi01/04/n1-032-038_PetraSanchez.pdf
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Lima: Editorial Universitaria.
- Vallés, A., Olivares, J. y Alcázar, A. (2014). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. *Liberabit*, 20(1), 41-53.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457.
- Zavaleta, Y. (2018). Propiedades Psicométricas de la Escala de Ansiedad Social en adolescentes de instituciones públicas de Nuevo Chimbote (Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo, UCV) Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12561>
- Zubeidat, I., Salinas, J. y Sierra, J. (2007). Escala de miedo a la evaluación negativa y escala de evitación y malestar social: Fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 18(1), 57 – 81. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n1/v18n1a05.pdf>

Fecha de recepción: 28 de setiembre de 2018

Fecha de aceptación: 17 de octubre de 2018