

Ansiedad social, depresión y salud durante el ciclo vital en población portuguesa¹⁶

Dori Josefa Adoración Urbán

Máster Universitario en Traducción Institucional
Universidad de Alicante, España
Correo electrónico: dori.urban@ua.es

Cándido José Ingles

Doctor en Psicología
Universidad Miguel Hernández de Elche, España
Correo electrónico: cjingles@umh.es

Ornela Mateu-Martínez

Doctora en Psicología
Universidad Miguel Hernández de Elche, España
Correo electrónico: omateu@umh.es

José Manuel García Fernández

Doctor en Psicología
Universidad de Alicante, España
Correo electrónico: josemagf@ua.es

Recibido: 28/09/2021

Evaluado: 14/10/2021

Aceptado: 21/10/2021

Resumen

El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre ansiedad social, depresión y salud en la adolescencia, adultez y vejez en población portuguesa. Este estudio siguió una metodología cuantitativa con diseño transversal. El muestreo fue por conveniencia ($n=849$) entre 14 y 98 años ($M = 49.72$, $DT = 22.59$), distribuida en cuatro grupos de edad: 12-19, 20-39, 40-59 y 60 años o más. Las variables se evaluaron con: SPAI, *SF-36 Health Survey* y BDI. Se calcularon coeficientes de correlación de Pearson, teniendo en cuenta los tamaños del efecto. Se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre ansiedad social y depresión. Además, se encontraron correlaciones negativas y estadísticamente significativas con las dimensiones de salud, disminuyendo con la edad. En general, las correlaciones de éstas con depresión fueron mayores que con ansiedad social en todos los grupos etarios. Estos resultados apoyan una reducción de la ansiedad social, así como un aumento de la depresión a lo largo del ciclo de vida en Portugal.

Palabras clave

Ansiedad social, depresión, salud, adolescencia, adultez joven, adultez tardía, vejez, Portugal.

16 Para citar este artículo: Urbán, D. J. A., Inglés, C. J., Mateu-Martínez, O. y García-Fernández, J. M. (2022). Ansiedad social, depresión y salud durante el ciclo vital en población portuguesa. *Informes Psicológicos*, 22(2), pp. 269-284 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v22n2a16>

Social anxiety, depression and health during the life cycle in the Portuguese population

Abstract

The aim of this study was to examine the relationship between social anxiety, depression and health in adolescence, adulthood and old age in the Portuguese population. This study followed a quantitative methodology with a cross-sectional design. Sampling was for convenience ($n=849$) between 14 and 98 years old ($M= 49.72$, $SD= 22.59$), distributed in four age groups: 12-19, 20-39, 40-59 and 60 years or older. The variables were evaluated with SPAI, SF-36 Health Survey and BDI. Pearson's correlation coefficients were calculated, taking into account the effect sizes. Positive and statistically significant correlations were found between social anxiety and depression. In addition, negative and statistically significant correlations were found with the health dimensions, decreasing with age. In general, the correlations of these with depression were higher than with social anxiety in all age groups. These results support a reduction in social anxiety, as well as an increase in depression throughout the life cycle in Portugal.

Keywords

Social anxiety, depression, health, adolescence, young adulthood, late adulthood, old age, Portugal

Ansiedade social, depressão e saúde durante o ciclo de vida numa população portuguesa

Resumo

O objetivo deste estudo foi examinar a relação entre ansiedade social, depressão e saúde na adolescência, idade adulta e velhice numa população portuguesa. Este estudo seguiu uma metodologia quantitativa com delineamento transversal. A amostragem foi por conveniência ($n = 849$) entre 14 e 98 anos ($M = 49.72$, $DP = 22.59$), distribuídos em quatro faixas etárias: 12-19, 20-39, 40-59 e 60 anos ou mais. As variáveis foram avaliadas com: SPAI, SF-36 Health Survey e BDI. Os coeficientes de correlação de Pearson foram calculados, levando em consideração os tamanhos de efeito. Correlações positivas e estatisticamente significativas foram encontradas entre ansiedade social e depressão. Além disso, foram encontradas correlações negativas e estatisticamente significativas com as dimensões de saúde, diminuindo com a idade. Em geral, as correlações destes com a depressão foram maiores do que com a ansiedade social em todas as faixas etárias. Estes resultados suportam uma redução da ansiedade social, bem como um aumento da depressão ao longo do ciclo de vida em Portugal.

Palavras chave

Ansiedade social, depressão, saúde, adolescência, idade adulta jovem, idade adulta tardia, velhice, Portugal.

Introducción

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno de ansiedad social (fobia social) se caracteriza por ansiedad o miedo intenso, persistente y desproporcionado a situaciones sociales donde la persona se expone al escrutinio de los demás, por lo que acaba evitando estas situaciones. La persona siente malestar y deterioro a nivel social y laboral.

Además, el DSM-5 (APA, 2013) define el trastorno depresivo persistente como un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo casi todos los días durante al menos dos años. Se caracteriza por alteraciones en el apetito, en el sueño, falta de energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o indecisión y sentimientos de desesperanza. Suele estar presente en personas que han experimentado sucesos vitales estresantes (Usuga Jerez et al., 2021) que interpretan como negativos y generan emociones negativas que activan mecanismos bioquímicos que merman la respuesta inmune y favorecen diversas patologías (Badillo Navarrete & Reyes Lagunes, 2020).

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. En cuanto a este estudio, se ha utilizado la Escala de Evaluación de la Salud SF-36, un instrumento para evaluar la salud en personas mayores de 16 años que comprende las siguientes dimensiones: función física, que pretende medir la

limitación para realizar diversas actividades físicas; desempeño físico, que mide la limitación de la salud en función del trabajo realizado; dolor físico, que mide cómo interfiere este dolor en sus actividades habituales; salud general, que mide la percepción holística de la persona sobre su salud; vitalidad, que mide los niveles de energía y fatiga; función social, que mide el impacto de la salud en las actividades sociales; desempeño emocional, que mide el impacto de los problemas emocionales en las actividades; y salud mental, que mide cuestiones sobre ansiedad, depresión, pérdida de control y bienestar psicológico. También incluye el cambio de percepción del estado de salud actual respecto al del año anterior, siendo el autocuidado clave en la salud, ya que el estado de salud de una persona depende sustancialmente de los cuidados que se procure, adoptando conductas saludables que contribuyen al autoconcepto y a la autoeficacia, a la resiliencia, al autocontrol y a la mejora de la calidad de vida. En un estudio sobre la relación entre salud mental y calidad de vida (e.g. Ornelas Ramírez y Ruiz Martínez, 2017) se concluye que en todos los grupos etarios la depresión se relaciona con una menor calidad de vida y que es necesario promover la socialización desde la infancia y el ejercicio físico desde la adolescencia para prevenir problemas de salud física y mental en un futuro.

La ansiedad social, la depresión y la salud son tres fenómenos interrelacionados. El trastorno de ansiedad social es una categoría psicológica muy frecuente, que afecta al 4% de la población mundial, tiene curso crónico, altas tasas de comorbilidad y está asociado con deficiencias en el rendimiento académico (Vilaplana-Pérez et al., 2021). La experiencia

de ansiedad social ocasional es una reacción normal que casi todos los individuos experimentan a lo largo de su vida y que puede ser adaptativa (Nikolic et al., 2020). Esta experiencia de ansiedad social adquiere carácter psicopatológico cuando el miedo a la evaluación negativa se refuerza mediante conductas de evitación que merman la calidad de vida del individuo (Kirk et al., 2019).

El estudio de Moreira de Sousa et al. (2018) en estudiantes universitarios en Portugal tenía como objetivo evaluar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina en comparación con estudiantes de otras facultades y el posible impacto de estos síntomas en su rendimiento académico. La muestra fue de 750 estudiantes (38.1% hombres y 61.9% mujeres), 512 de medicina y 238 de otras titulaciones, con una media de edad de 21.28 años. Cumplimentaron un cuestionario socio-demográfico y la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Se informó de altos niveles de ansiedad en estudiantes de medicina, que podría explicarse por el número más elevado de mujeres en este subgrupo (65.6%). En ambos casos los síntomas depresivos podrían estar asociados con un bajo rendimiento académico, aunque no se estableció una correlación evidente.

Posteriormente, Ribeiro et al. (2020) realizaron un estudio longitudinal sobre la influencia de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida de personas de más de 50 años participantes en el proyecto SHARE en Portugal. La muestra inicial fue de 1765 individuos, 1201 de los cuales participaron en el seguimiento. La edad media al inicio fue de 64.7 años (DT: 9.2; rango de edad: 50-95; 55.3%

mujeres). La puntuación media de depresión fue de 3.32 (DT: 2.53) y la puntuación media de ansiedad fue de 9.32 (DT: 3.26). Los instrumentos administrados fueron la escala de Calidad de vida en personas mayores (CASP-12); la escala de Depresión Euro-D para personas mayores y 5 ítems del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) para medir la ansiedad. El estudio relacionó directamente los niveles elevados de depresión y ansiedad con una peor calidad de vida, indicando, específicamente, su detección y tratamiento en la adultez tardía para una mejor calidad de vida, tanto a corto como a largo plazo.

Antunes et al. (2020) realizaron un estudio transversal con el objetivo de caracterizar los hábitos de vida, los niveles de ansiedad y las necesidades psicológicas básicas en población portuguesa adulta durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. La muestra fue de 1404 participantes con una edad media de 36.4 años (DT: 11.7; rango de edad: 18-89; 69.6% mujeres). Se administraron tres instrumentos: el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), la Escala de Satisfacción de las Necesidades Psicológicas Básicas en General (BNSGS) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El estudio encontró valores más altos de ansiedad Estado-Rasgo en el grupo de 18 a 34 años en comparación con el resto de los grupos de edad.

La novedad del presente estudio se justifica por la inexistencia de estudios previos que relacionen las variables de ansiedad social, depresión y salud a lo largo del ciclo vital en población portuguesa.

El objetivo general de este estudio fue analizar el curso evolutivo de la ansiedad

social, la depresión y la salud, así como la relación entre estas tres variables en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.

Este propósito general se articula en los siguientes objetivos específicos:

1. Examinar la relación entre ansiedad social y depresión en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.
2. Examinar la relación entre ansiedad social y salud en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.
3. Examinar la relación entre depresión y salud en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.
4. Examinar la relación entre ansiedad social, depresión y salud en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.

Teniendo en cuenta los trabajos referenciados, se formulan de forma tentativa las siguientes hipótesis, en tanto en cuanto no hay evidencia empírica previa hallada en Portugal:

Hipótesis 1: existe una relación bilateral entre ansiedad social y depresión en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.

Hipótesis 2: se verifica una relación bilateral entre ansiedad social y salud en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.

Hipótesis 3: se constata una relación bilateral entre depresión y salud en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.

Hipótesis 4: cabe esperar la existencia de una relación entre ansiedad social, depresión y salud en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez.

Materiales y métodos

Como se muestra en la Tabla 1, la muestra fue compuesta por 849 individuos, seleccionados por conveniencia, con edades comprendidas entre los 14 y los 98 años ($M = 49.72$, $DT = 22.59$). Para una presentación más legible, se optó por presentar las edades de los individuos agrupadas en cuatro grupos de edad: de 12 a 19 años (adolescencia), 20 a 39 años (adultez joven), de 40 a 59 años (adultez tardía) y de 60 años o más (vejez). La mayoría de los individuos de la muestra fueron mujeres (60.1%, $n = 510$), con nivel educativo desde formación de base o neoelectores (12.8%, $n = 109$) hasta maestría/doctorado (17.2%, $n = 146$), y la casi la mitad con estado civil casado (44.7%, $n = 377$).

Tabla 1
Muestra en términos de: Edad, Sexo, Nivel de estudios y Estado Civil

		No	%
Edad	12-19 años	105	12.4%
	20-39 años	217	25.6%
	40-59 años	217	25.6%
	60 años o más	310	36.5%
Sexo	Masculino	338	39.8
	Femenino	510	60.1
Nivel de estudios ¹	Neoelector	109	12.8
	1er ciclo	179	21.1
	2do ciclo	189	22.3
	3er ciclo	137	16.1
	Enseñanza secundaria	72	8.5
	Enseñanza superior	17	2.0
	Maestría / Doctorado	146	17.2
Estado civil	Soltero/a	246	29.2
	Casado/a	377	44.7
	Unión de hecho	10	1.2
	Divorciado/a	56	6.6
	Viudo/a	154	18.3

Instrumentos

Inventario de ansiedad y ansiedad social (SPAI; Turner et al., 1989).

El SPAI es un instrumento basado en los criterios de diagnóstico clínico de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 1980), que ha demostrado buenas propiedades psicométricas, sensibilidad de diagnóstico, especificidad y discriminación (Peters, 2000; Roberson-Nay et al., 2007;

Turner et al., 1989). De este instrumento se utilizó sólo la escala unidimensional de Fobia Social, que evalúa las respuestas de ansiedad causadas por diferentes situaciones sociales, en el contacto con desconocidos, las figuras de autoridad, los individuos del sexo opuesto y las personas en general. Está constituida por 32 ítems como, por ejemplo, “Sinto-me nervoso quando estou numa situação social e os outros esperam que eu me implique nalguma atividade” y “Sinto-me tão nervoso quando tenho que participar em reuniões sociais que evito essas situações” La escala tiene 21 submúltiplos relativos a cada una de estas situaciones, con respuesta múltiple tipo Likert de 1 (*Nunca*) a 7 (*Siempre*). A pesar de la existencia de varios estudios de adaptación

a diferentes países, como en España (García-López et al., 2001; Ingles et al., 2001; Ingles et al., 2005) o Brasil (Picon et al., 2003; Picon et al., 2005a, 2005b, 2006) se verificó que este instrumento no se encontraba adaptado para la población portuguesa. En este estudio, la subescala de *ansiedad social* del SPAI, presentó una consistencia interna (alfa de Cronbach) fue $\alpha = .92$.

Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961).

El BDI es un instrumento compuesto por 21 ítems de respuesta cerrada de elección múltiple, que evalúa síntomas o actitudes depresivas. Los ítems reflejan 21 manifestaciones diferentes de la depresión y está organizado en seis parámetros que evalúan síntomas depresivos de tipo afectivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico y funcional (sueño, apetito, libido y peso). La versión utilizada, traducida y adaptada a la población portuguesa por Vaz Serra y Pio de Abreu (1973) se administró para población adolescente y adulta. En este estudio se utilizó la puntuación total del BDI, cuya consistencia interna (alfa de Cronbach) fue $\alpha = .90$.

SF-36 Health Survey (Ware et al., 1993).

El SF-36 fue desarrollado para medir el estado de salud (física y mental) de grandes poblaciones mayores de 16 años. Consta de 36 preguntas divididas en ocho subdimensiones que a su vez se agrupan en dos dimensiones (salud física y salud mental). Estos dos componentes se obtuvieron a partir del análisis

factorial de componentes principales después de que los datos hubieran sido sometidos a rotaciones ortogonales (Ferreira, 2000a, b).

Dimensión física

Función física (FF): Esta subdimensión pretende medir desde la limitación para realizar actividades físicas menores (como bañarse o vestirse) hasta las actividades más exigentes, pasando por actividades intermedias como levantar o llevar las compras de la tienda, subir escaleras, inclinarse, arrodillarse, agacharse o incluso caminar una determinada distancia.

Desempeño físico (DF): mide la limitación de la salud en términos del tipo y de la cantidad de trabajo realizado. Incluye la limitación del tipo habitual de tareas realizadas, la necesidad de reducir la cantidad de trabajo y la dificultad para realizar las tareas.

Dolor físico (FD): representa no sólo la intensidad y la incomodidad causadas por el dolor, sino también el alcance en que interfiere en las actividades habituales. Su percepción difiere entre las personas según factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales (Cerquera Córdoba et al., 2019).

Salud General (SG): pretende medir el concepto de percepción holística de la salud, incluyendo no solo la salud actual sino también la resistencia a la enfermedad y la apariencia saludable, volviéndose así, a los ojos de los encuestados y con relación al resto de preguntas, menos redundante.

Alteración en el estado de salud (AES): pide a la persona que informe, en base a la experiencia previa, cuánto ha cambiado su salud en general con respecto al año anterior.

Dimensión mental

Vitalidad (VIT): incluye niveles de energía y de fatiga. Esta escala nos permite captar mejor las diferencias de bienestar.

Función social (FS): pretende captar la cantidad y la calidad de las actividades sociales, así como el impacto de los problemas físicos y emocionales en las actividades sociales del entrevistado.

Desempeño emocional (DE): tiene como objetivo evaluar el impacto de los problemas emocionales en las actividades de la persona encuestada.

Salud mental (SM): incluye cuestiones relacionadas con cuatro de las dimensiones más importantes de la salud mental. Son las de ansiedad, depresión, pérdida de control en términos comportamentales o emocionales y bienestar psicológico. El estudio de Hernández Flores et al. (2020) relacionó grados elevados de ansiedad e inestabilidad emocional con las dimensiones de neuroticismo y extraversión, lo que podría hacer patente un déficit de control de impulsos.

Este cuestionario fue sometido a una evaluación psicométrica por Severo et al. (2006), teniendo en cuenta una muestra 1326 adultos, representativa de residentes de la ciudad de Oporto. Estos autores, para evaluar la pérdida de poder discriminatorio al utilizar solo las dos dimensiones generales, compararon el área bajo

la curva ROC de los modelos de regresión logística con las ocho dimensiones y los modelos con las dos dimensiones generales para los cuatro grupos, y encontraron los siguientes resultados: el *alfa de Cronbach* global de la dimensión física fue $\alpha = .82$ y de la mental fue $\alpha = .87$. Los dos componentes explicaron el 70.4% de la variabilidad. El primer componente se correlacionó con los cuatro elementos del dominio físico ($r = [.69; .83]$) y el segundo componente con los cuatro ítems del dominio mental ($r = [.65; .88]$). La desviación estándar más grande del *bootstrapping* para los factores de los componentes principales fue de .05. Las nuevas dimensiones generales detectaron las diferencias teóricas esperadas entre los grupos. No se encontraron diferencias significativas entre las áreas bajo la *curva* ROC de los modelos de regresión logística con las dimensiones generales y las subdimensiones. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) en este estudio variaron de $\alpha = .85$ (*vitalidad*) a $\alpha = .97$ (*función física*).

Procedimiento

Para la selección de la muestra, se contactó con varias instituciones con el fin de solicitar autorización para administrar cuestionarios a sus integrantes, a saber, escuelas, centros de formación, residencias de mayores, etc. Otra parte de la muestra se recogió mediante el método de bola de nieve. Estas opciones se consideraron teniendo en cuenta la necesidad de obtener una muestra de gran tamaño y de grupos de edad tan diversos. Tras recibir la autorización de las instituciones, se recabó el consentimiento informado en caso de mayores de edad y el consentimiento parental en el caso de

menores. La administración de todos los instrumentos fue contrabalanceada en cada grupo de participantes.

según su franja de edad: el grupo 1 (G1 adolescencia) constituido por personas de 12 a 19 años; el grupo 2 (G2 adultez joven) de 20 a 39 años; el grupo 3 (G3 adultez tardía) de 40 a 59 años; y el grupo 4 (G4 vejez) constituido por personas de 60 años o más.

Resultados

Las respuestas de las personas participantes se codificaron y analizaron mediante el programa de tratamiento estadístico SPSS, versión 24. Teniendo en cuenta la amplitud de la edad de la muestra, se optó, por distribuir previamente a quienes participaban en cuatro grupos

Como se muestra en la Tabla 2, había una mayor representación del sexo femenino ($N = 510$; 60.1%) y un mayor número de personas de 60 años o más ($N = 310$; 36.5%). Se evaluó la homogeneidad de la distribución de frecuencias mediante las pruebas de Chi-Cuadrado. Se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los ocho grupos de género y franja de edad, $\chi^2 = 7.796$; $p = .050$.

Tabla 2
Número (y porcentajes) de participantes por sexo y grupo de edad

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
G1	12-19 años	55	50	105
		6.5%	5.9%	12.4%
G2	20-39 años	84	133	217
		9.9%	15.7%	25.6%
G3	40-59 años	83	134	217
		9.8%	15.8%	25.6%
G4	60 años o más	117	193	310
		13.8%	22.7%	36.5%
Total		339	510	849
		39.9%	60.1%	100.0%

La Tabla 3 presenta los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de ansiedad social, depresión y estado de salud. Para coeficientes de correlación de Pearson, Cohen (1988) sugiere que valores $\geq .10$ y $< .30$ indican

una relación de pequeña magnitud o un tamaño del efecto pequeño, y valores entre $.30$ -. 49 y $>.50$ indican relaciones de magnitud o tamaño del efecto moderados y relaciones de magnitud o tamaño del efecto grande, respectivamente.

Las puntuaciones en ansiedad social se relacionaron positiva y significativamente con las puntuaciones en depresión. Además, la magnitud de la relación entre ambas variables fue grande en la adolescencia (12-19 años) y adultez joven (20-39 años), y moderada a partir de los 40 años. Como era de esperar, las puntuaciones de ansiedad social y depresión se relacionaron negativa y significativamente con las diferentes dimensiones de la salud en los cuatro grupos de edad

analizados, situándose el tamaño del efecto de estas correlaciones por debajo del límite inferior ($< .30$) propuesto por Cohen (1988).

En general, el tamaño o magnitud de las correlaciones entre la ansiedad social y las dimensiones de salud, medidas a través del SF-36 tendía a disminuir con la edad, siendo mayor en la adolescencia y menor en el grupo de individuos de 60 años o más.

Tabla 3
Correlaciones entre ansiedad social, depresión y dimensiones de salud

	Salud								
	Ansiedad social	Desempeño físico	Función física	Dolor físico	Salud General	Vitalidad	Papel social	Desempeño emocional	Salud Mental
12-19									
Ansiedad social	---	-.19 *	-.27 **	-.38 **	-.33 **	-.50 **	-.31 **	-.30 **	-.40 **
Depresión	.53 **	-.42 **	-.50 **	-.47 **	-.38 **	-.55 **	-.51 **	-.56 **	-.70 **
20-39									
Ansiedad social	---	-.14 *	-.11 *	-.20 **	-.32 **	-.43 **	-.37 **	-.20 **	-.50 **
Depresión	.51 **	-.32 **	-.32 **	-.48 **	-.43 **	-.65 **	-.61 **	-.50 **	-.71 **
40-59									
Ansiedad social	---	-.23 **	-.20 **	-.26 **	-.27 **	-.32 **	-.26 **	-.28 **	-.34 **
Depresión	.35 **	-.49 **	-.59 **	-.58 **	-.57 **	-.61 **	-.59 **	-.64 **	-.69 **
60 o más									
Ansiedad social	---	-.12 *	-.12 *	-.13 *	-.19 **	-.22 **	-.20 **	.13 *	-.24 **
Depresión	.31 **	-.57 **	-.54 **	-.51 **	-.67 **	-.70 **	-.60 **	-.52 **	-.70 **

Nota. Las correlaciones designadas con ** son significativas al nivel .01 (bilateral). Las correlaciones designadas con * son significativas al nivel .05 (bilateral).

La magnitud de las correlaciones entre depresión y los diferentes indicadores de salud fue grande en todos los casos en el grupo de personas de 60 años o más. Este patrón de resultados fue similar en el grupo de adultez tardía (40-59 años); sin embargo, en este caso hubo una correlación de tamaño moderado (depresión-desempeño físico). En el

grupo de adolescencia hubo seis coeficientes de correlación grandes y tres de tamaño moderado. Además, en el grupo de adultez joven (20-39 años) hay cuatro correlaciones de tamaño moderado y cuatro de tamaño grande. Por lo tanto, la relación entre depresión y salud es mayor en la vejez, seguida de la adultez tardía, la adolescencia y la adultez joven.

En general, las correlaciones entre la depresión y las dimensiones de salud fueron más grandes que las correlaciones entre la ansiedad social y las dimensiones de salud para todos los grupos de edad.

En conclusión, la relación entre ansiedad social y depresión es positiva y estadísticamente significativa. Además, la magnitud de esta relación es grande en la adolescencia (12-19 años) y en la adultez joven (20-39 años), siendo moderada a partir de los 40 años. La ansiedad social y la depresión se relacionan negativa y significativamente con las dimensiones de la salud en los cuatro grupos de edad analizados. La magnitud de la relación entre la ansiedad social y las dimensiones de la salud disminuye a lo largo del ciclo vital. La relación entre la depresión y la salud es más grande en la vejez, seguida por la adultez tardía, la adolescencia y la adultez joven. La relación entre depresión y salud es más grande que la relación entre ansiedad social y salud en todos los grupos de edad analizados en este estudio.

Discusión

En este estudio se estableció como objetivo principal analizar el curso evolutivo de la ansiedad social, de la depresión y de la salud a lo largo del ciclo vital, así como la relación entre estas tres variables en una muestra de población portuguesa en la adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez, teniendo en cuenta los tamaños del efecto (Cohen, 1988) para determinar la magnitud de las relaciones

encontradas. A pesar de la existencia de estudios sobre ansiedad y su relación con la depresión, la relación de la ansiedad social con la depresión y el estado de salud parece menos explorado en el contexto portugués. Así, además de contribuir a los avances en esta área, se pretende profundizar en el estudio de la ansiedad social en Portugal.

Las correlaciones entre ansiedad social y depresión fueron positivas y estadísticamente significativas, lo que confirmó la primera hipótesis, es decir, se verificó una relación bilateral entre ansiedad social y depresión para la muestra. La magnitud de la relación entre ambas variables fue grande en la adolescencia (12-19 años) y adultez joven (20-39 años) y moderada a partir de los 40 años. Como cabía esperar, las puntuaciones de ansiedad social y depresión correlacionaron negativa y significativamente con las diferentes dimensiones de la salud en los cuatro grupos de edad analizados.

Asimismo, se la segunda hipótesis fue apoyada por los resultados encontrados, es decir, la existencia de una relación entre las variables ansiedad social y salud. El tamaño o magnitud de las correlaciones entre la ansiedad social y las dimensiones de salud medidas a través del SF-36 tendía a disminuir con los años, siendo mayor en la adolescencia y menor en el grupo de individuos de 60 años o más.

Además, también se la tercera hipótesis también fue confirmada, es decir, se constató una relación entre depresión y salud. Esta era mayor en la vejez, seguida por la adultez tardía, la adolescencia y la adultez joven. En general, las correlaciones entre la depresión y las dimensiones de salud fueron más grandes que

las correlaciones entre la ansiedad social y las dimensiones de salud en todos los grupos de edad.

Del mismo modo, los resultados encontrados permitieron apoyar la cuarta hipótesis sobre la relación entre las variables ansiedad social, depresión y salud, y entre estas y otra variable demográfica como es la franja de edad, con una muestra compuesta por una gran cantidad de participantes.

Este estudio presenta varias limitaciones de las que deben ocuparse futuras investigaciones. En primer lugar, se utilizó un diseño transversal, lo que limita en gran medida su objetivo principal; a saber, analizar la relación entre ansiedad social, depresión y salud a lo largo del ciclo de vida. Futuras investigaciones deberían utilizar diseños longitudinales a través de los cuales se puedan extraer conclusiones con mayor rigor metodológico. En segundo lugar, se empleó un muestreo por conveniencia o no probabilístico, cuestión que amenaza la validez externa de los resultados hallados en este estudio. Futuras investigaciones deberían emplear muestreos aleatorios o probabilísticos con el fin de incrementar la validez externa de los resultados encontrados en este estudio.

En tercer lugar, si bien el establecimiento de los cuatro grupos de edad (adolescencia, adultez joven, adultez tardía y vejez) se realizó de acuerdo con investigaciones previas, es importante tener en cuenta que los resultados pueden variar si se utilizan otros rangos de edad. Estudios futuros deberían reducir el número de años de participantes en cada grupo de edad utilizando, por ejemplo, agrupaciones en intervalos de 10 años (de 20 a 29 años, de 30 a 39

años, etc.) para obtener así conclusiones más precisas. En cuarto lugar, en futuras investigaciones sería conveniente profundizar en las relaciones entre las variables analizadas mediante análisis estadísticos más potentes como análisis multinivel, regresión múltiple, etc.

En quinto lugar, los resultados de este estudio no pueden generalizarse a muestras comunitarias de otras culturas o etnias, ya que las investigaciones han demostrado que los estereotipos culturales proporcionan la expresión diferencial de la ansiedad social tanto en la adolescencia (Ingles et al., 2008; Zhou et al., 2008) como en la adultez (Norasakkunkit & Kallik, 2002). De manera similar, el efecto de la cultura sobre la sintomatología depresiva también se ha demostrado en la adolescencia (Gee, 2004; Roberts & Sobhan, 1992) y en la adultez (Lawrence et al., 2006; Leong et al., 2003). Finalmente, en este estudio, solo se utilizaron cuestionarios de autoinforme para evaluar la ansiedad social, la depresión y la salud. Las investigaciones futuras deberían emplear, además de estas, otras medidas como las entrevistas clínicas, que permitirían extraer resultados más rigurosos.

A pesar de estas limitaciones y consideraciones, el presente estudio puede considerarse pionero ya que es la primera vez que, en Portugal, se pretende analizar la tríada ansiedad social, depresión y salud atendiendo a las diferencias de edad, así como examinar la relación que mantienen estas variables entre ellas desde la adolescencia hasta la vejez. Conocer la relación y la evolución de la ansiedad social y la depresión a lo largo del ciclo vital de la población portuguesa, así como su relación con las diferentes dimensiones de la salud puede tener implicaciones

prácticas para los investigadores tales como la prevención de trastornos y enfermedades a lo largo del ciclo vital, especialmente en la vejez, y la intervención temprana a fin de evitar la cronificación de estos trastornos y el empeoramiento del bienestar y de la calidad de vida relacionada con la salud.

Fondos

Esta investigación no recibió financiación externa.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

R

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition*. American Psychiatric Association.
- Antunes, R., Frontini, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P. & Rebelo-Gonçalves, R. (2020). Exploring Lifestyle Habits, Physical Activity, Anxiety and Basic Psychological Needs in a Sample of Portuguese Adults during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(12), 436. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124360>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Badillo Navarrete, B. A. & Reyes Lagunes, L. I. (2020). Percepción de Estrés Hospitalario: Redes Semánticas Naturales Modificadas. *Informes Psicológicos*, 20(1), 201-212. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n1a13>
- Beck, A. T., Ward, C. & Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Cerquera-Córdoba, A. M., Uribe-Rodríguez, A. F., Matajira-Camacho, Y. J. & Salas-Catalán, M. A. (2019). Caracterización del dolor osteomuscular y apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. *Informes Psicológicos*, 19(2), 25-41. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a02>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). New Jersey: Erlbaum.
- Ferreira, P. (2000a). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1760/1337>
- Ferreira, P. (2000b). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127. Recuperado de <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1770/1347>
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. & Turner, S. (2001).

- Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance and Distress scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59. <https://doi.org/10.1023/A:1011043607878>
- Gee, C. B. (2004). Assessment of anxiety and depression in Asian American youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 269-271. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3302_7
- Hernández-Flórez, N. E., Leal-Leal, G. A., Mogollón-Canal, O. M., Moreno-Salgado, A. K., Rodríguez-Rivera, D. M., Vergel-Rodríguez, C. A. & Álvarez-Vidal, L. M. (2020). Variables de personalidad y estilos de vida saludable en estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria Minuto de Dios en el centro regional Cúcuta. *Informes Psicológicos*, 20(2), 83-94. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a6>
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. & Méndez, F. X. (2005). Interpersonal difficulties in adolescence: A new self-report measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 11-22. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.1.11>
- Inglés, C. J., Marzo, J. C., Hidalgo, M. D., Zhou, X. & García-Fernández, J. M. (2008). Factorial invariance of the Questionnaire about Interpersonal Difficulties for Adolescents across Spanish and Chinese adolescent samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 41, 89-103. <https://doi.org/10.1080/07481756.2008.11909824>
- Inglés, C. J., Méndez, F. X. & Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 91-104. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.2.2001.3907>
- Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J. & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.002>
- Lawrence, V., Murray, J., Banerjee, S., Turner, S., Sangha, K., Byng, R., Bhugra, D., Huxley, P., Tylee, A. & Macdonald, A. (2006). Concepts and causation of depression: A cross-cultural study of the beliefs of older adults. *The Gerontologist*, 46, 23-32. <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.23>
- Leong, F. T. L., Okazaki, S. & Tak, J. (2003). Assessment of depression and anxiety in East Asia. *Psychological Assessment*, 15(3), 290-305. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.3.290>
- Moreira de Sousa, J., Moreira, C. A. & Telles-Correia, D. (2018). Anxiety, Depression and Academic Performance: A study amongst portuguese medical students versus non-medical students. *Acta Medica Portuguesa* 31(9), 454-462. <https://doi.org/10.20344/amp.9996>
- Nikolic, M., Majdandzic, M., Colonesi, C., Vente, W. de, Möller, E. & Bögels S. (2020). The unique contribution of blushing to the development of social anxiety disorder symptoms: results from a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(12), 1339-1348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13221>

- Norasakkunkit, N. & Kalick, L. (2002). Culture, ethnicity and emotional distress measures: The role of self-construal and self-enhancement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 56-70. <https://doi.org/10.1177/0022022102033001004>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Omelas-Ramírez, A. & Ruíz-Martínez, A. O. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333152922001>
- Picon, P. (2003). Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social. En R.M. Caminha, R. Weiner, M. Oliveira (orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática* (pp. 129-144). Portugal: Casa do Psicólogo.
- Picon, P., Gauer, G.J., Fachel, J.M., & Manfro, G.G. (2005a). Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 40-50. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000100005>
- Picon, P., Gauer, G.J., Hirakata, V.N., Haggstram, L.M., Beidel, D.C., Turner, S.M., & Manfro, G.G. (2005b). Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Revista Brasileira de Psiquiatria Sao Paulo*, 27, 124-130. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200010>
- Picon, P., Gauer, G.J., Fachel, J.M., Beidel, D.C., Seganfredo, A.C., & Manfro, G.G. (2006). Versão para o português do Inventário de Fobia Social e Ansiedade: Análise de itens e consistência interna numa amostra de 1.014 estudantes universitários brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55, 114-119. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000200004>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Rodríguez-Blázquez, C., Calderón-Larrañaga, A. & Forjaz, M. J. (2020). Anxiety, Depression and Quality of Life in Older Adults: Trajectories of Influence across Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9039. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239039>
- Roberts, R. E. & Sobhan, M. (1992). Symptoms of depression in adolescence: A comparison of Anglo, African, and Hispanic Americans. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 639-651. <https://doi.org/10.1007/BF01538736>
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C. & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/968/641>
- Turner, S. M., Stanley, M. A., Beidel, D. C. & Bond, L. (1989). The social phobia and anxiety inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(3), 221-234. <https://doi.org/10.1007/BF00960494>
- Usuga-Jerez, A. J., Lemos-Ramírez, N. V., Pinzón-Ardila, J. L., Pérez-Rivero, P. F. & Uribe-Rodríguez, A. F. (2021). Sucesos

vitales estresantes, ansiedad y depresión en estudiantes de una universidad privada de Bucaramanga. *Informes Psicológicos*, 21(2), 61-74. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v21n2a04>

Vilaplana-Pérez, A., Pérez-Vigil, A., Sidorchuk, A., Brander, G., Isomura, K., Hesselmark, E. & Fernández de la Cruz, L. (2021). Much more than just shyness: The impact of social anxiety disorder on educational performance across the lifespan. *Psychological Medicine*,

51(5), 861-869. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003908>

Zhou, X., Xu, Q., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. & La Greca, A. M. (2008). Reliability and Validity of the Chinese Version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 185-200. <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0079-0>