



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

Carrera de Psicología Clínica

**“ANSIEDAD SOCIAL Y HABILIDADES SOCIALES
EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE
LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY”**

Trabajo de grado previo a la obtención del título de:

Psicólogo Clínico

Autor:

José Felipe Albornoz García.

Director:

Mg. Sebastián Herrera Puente.

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente con gran respeto,
cariño y admiración a todas las personas
que sufren cualquier tipo de trastorno mental.

A los seres humanos que padecen esta enfermedad
tan cruel como es la ansiedad social,
mi solidaridad con todos ellos.

Por último, quiero dedicar de manera muy especial
a mis abuelos Teresa, Armando, Yolanda y José
por ser quienes me han hecho ser lo que soy.

Deseo que este estudio sirva de luz y guía
para prestar más atención y dar una mirada profunda,
quizás un poco más objetiva y empática con esta población,
es mi anhelo acercarme a crear conciencia
para ser una mejor comunidad universitaria.

Que nadie te diga que renuncies a tus sueños,
que no sirves, que por tus miedos no lograrás
levantarte, mirar adelante y seguir soñando;
no lo permitas, muchas veces son personas
que no desean verte triunfar.

AGRADECIMIENTOS

Hoy más que nunca quiero expresar profundamente especial gratitud a mi padre Felipe Albornoz Peña por darme la oportunidad de estudiar, de poder cuestionarme, de enseñarme que la honorabilidad, la integridad y la honradez son principios y virtudes ineludibles, que el fin no justifica los medios, y por brindarme el privilegio de aprender cada día a su lado.

A Belén Vintimilla por su apoyo incondicional en este largo y exhaustivo camino, en el cual me vio caer y levantarme demasiadas veces en esta travesía universitaria, sin su soporte emocional no lo hubiera logrado.

A mi abuelo José García por tener las palabras exactas en esos momentos de obnubilación y confusión.

A mi Director de Tesis, Mg. Sebastián Herrera Puente por ser quien me ha guiado en este estudio, por su amistad y calidad humana y por siempre darme la oportunidad de ser mejor y superarme cada día.

A la Mg. Viviana Vázquez Castro por haber sido el primer impulso a desarrollar esta investigación, por su cariño, por su paciencia, por su instrucción y todos sus conocimientos; estoy de sobremanera agradecido por ayudarme a creer en mí.

A las personas que conforman el Departamento de Bienestar Estudiantil de la UDA.

A mis amigos por su colaboración y aporte, y sobre todo por su preocupación al estar siempre pendientes alentándome.

A las personas que de una u otra manera, me ayudaron en la realización de este proyecto.

A mi querida Fusa por entregarme su amor lleno de calidez, paz y dejar pelitos de ternura en mi ropa, su compañía diaria ha hecho que mi estudio sea más sencillo, alegre y ameno desde que llegó a mi vida.

Es para mí una satisfacción muy grande; a todos ellos, estaré eternamente agradecido.

“La ansiedad mata relativamente a pocas personas, pero muchas aceptarían gustosas la muerte como una alternativa a la parálisis y el sufrimiento provocados por las formas más graves de ansiedad.”

David H. Barlow

RESUMEN

El presente estudio se enfocó en la relación de la ansiedad social y habilidades sociales en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay. La investigación contó con una muestra de 209 participantes de entre 18 y 31 años, se les aplicó el cuestionario CHASO y la escala LSAS - SR. Se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo y el corte de la investigación fue relacional. Los resultados indican que a mayores habilidades sociales menor ansiedad social, además que el nivel de ansiedad general se encuentra en un rango leve. Los niveles de ansiedad social estaban presentes en el 29% de los evaluados en un rango de moderado y severo. En cuanto a las habilidades sociales más usadas se encontraron: *expresar sentimientos positivos* y *pedir disculpas*, mientras que las menos frecuentes fueron: *afrontar situaciones de hacer el ridículo* e *interactuar con personas que me atraen*.

Palabras clave: ansiedad social, habilidades sociales, CHASO, LSAS – SR.



José Felipe Albornoz García



Mg. Juan Sebastián Herrera Puente

ABSTRACT

This study focused on the relationship between social anxiety and social skills in Clinical Psychology students at Universidad del Azuay. The research had a sample of 209 participants between 18 and 31 years of age. The CHASO questionnaire and the LSAS - SR scale were applied to them. A quantitative methodological approach was used, and the cut of the research was relational. The results indicate that the higher the social skills, the lower the social anxiety, in addition to the general anxiety level being in a mild range. The levels of social anxiety were present in 29% of those evaluated in a range of moderate and severe. Regarding the most used social skills, they were found *expressing positive feelings* and *apologizing*, while the least frequent were *facing situations of making a fool of myself* and *interacting with people who attract me*.

Key words: social anxiety, social skills, CHASO, LSAS – SR.

Translated by:



José Felipe Albornoz García



Mg. Juan Sebastián Herrera Puente



ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XII
ÍNDICE DE TABLAS.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	XIV
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	XVI
MARCO TEÓRICO.....	1
CAPÍTULO I.....	1
1. ANSIEDAD.....	1
1.1 Definiciones.....	1
1.2 Antecedentes Históricos de la Ansiedad.....	2
1.3 Clasificación.....	4
1.3.1 Trastorno de Ansiedad por separación:.....	5
1.3.2 Mutismo Selectivo:.....	5
1.3.3 Fobia Específica:.....	5
1.3.4 Trastorno de Ansiedad Social:.....	6
1.3.5 Trastorno de Pánico:.....	6
1.3.6 Agorafobia:.....	6
1.3.7 Trastorno de Ansiedad Generalizada:.....	7
1.3.8 Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias / Medicamentos:.....	7
1.3.9 Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica:.....	7
1.3.10 Otros trastornos de Ansiedad Especificados:.....	7
1.3.11 Otros trastornos de Ansiedad no Especificados:.....	8
1.4 Síntomas de la ansiedad.....	8
1.4.1 Subjetivo - Cognitivo:.....	8
1.4.2 Fisiológico – Somático:.....	9

1.4.3	Motor – conductual:	10
CAPÍTULO II	11
2.	ANSIEDAD SOCIAL.....	11
2.1	Definiciones.....	11
2.2	Antecedentes Históricos	13
2.3	Teorías	16
2.3.1	Condicionamiento Clásico	16
2.3.2	Perspectiva Construccionalista.....	17
2.4	Ansiedad social y universidad	18
2.5	Prevalencia de ansiedad social en estudiantes universitarios	21
2.6	Síntomas de la ansiedad social	24
2.6.1	Aspectos Fisiológicos:.....	24
2.6.2	Aspectos Cognitivos:.....	25
2.6.3	Aspectos Conductuales:	26
2.6.4	Aspectos Emocionales:	27
2.7	Epidemiología, curso evolutivo y etiología.....	28
2.7.1	Epidemiología y curso evolutivo.....	28
2.7.2	Etiología	30
a.	Factores evolucionistas	31
b.	Factores familiares, ambientales, evolutivos y temperamentales	31
c.	Factores neurobiológicos	33
d.	Factores psicológicos	36
e.	Factores socioculturales	37
2.8	Diagnóstico	38
CAPÍTULO III	41
3.	HABILIDADES SOCIALES.....	41
3.1	Definiciones.....	41
3.2	Antecedentes Históricos	42
3.3	Clases de las habilidades sociales.....	44
3.3.1	Interactuar con desconocidos	44
3.3.2	Expresar sentimientos positivos	44
3.3.3	Afrontar las críticas	44

3.3.4	Interactuar con personas que me atraen	45
3.3.5	Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas	45
3.3.6	Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad	45
3.3.7	Pedir explicaciones a una persona por su comportamiento.....	46
3.3.8	Pedir disculpas por errores propios	46
3.3.9	Defender los propios derechos	46
3.3.10	Rechazar peticiones.....	47
3.4	Componentes de las habilidades sociales	47
3.5	Habilidades sociales y ansiedad social	48
3.6	Dificultad de habilidades sociales en estudiantes universitarios	49
3.6.1	Estudios relacionados a las habilidades sociales en estudiantes universitarios ..	50
3.7	Etiología.....	52
CAPÍTULO IV		54
4.	METODOLOGÍA	54
4.1	Objetivos de la Investigación	54
4.1.1	Objetivo General	54
4.1.2	Objetivos Específicos.....	54
4.2	Tipo de estudio	54
4.3	Población y muestra.....	55
4.3.1	Población.....	55
4.3.2	Muestra.....	55
4.4	Criterios de inclusión y exclusión	55
4.5	Instrumentos	56
4.5.1	Ficha sociodemográfica.....	56
4.5.2	Evaluación de Las Habilidades Sociales: El “Cuestionario De Habilidades Sociales” (CHASO)	57
4.5.3	Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS – SR)	57
4.6	Procedimiento de la investigación.....	58
4.6.1	Aplicación de los instrumentos	58
4.6.2	Evaluación de los instrumentos.....	59
4.6.3	Análisis de datos.....	59
4.6.4	Obtención de resultados	59
CAPÍTULO V.....		60

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	60
5.1 Análisis estadístico	60
5.2 Participantes.....	60
5.3 Resultado 1: Ansiedad social en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay	61
5.4 Resultado 2: Habilidades sociales en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay	64
5.5 Relación con características demográficas	65
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado.....	90
Anexo B: Ficha sociodemográfica.....	92
Anexo C: Cuestionario CHASO.....	95
Anexo D: Escala LSAS – SR.....	96
Anexo E: Formato Digital de la Evaluación.....	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Elementos componentes de la habilidad social	47
Figura 2. Puntuación de ansiedad social	62
Figura 3. Niveles de ansiedad	62
Figura 4. Distribución de datos en las subescalas de la ansiedad social.....	63
Figura 5. Perfil de habilidades sociales.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la investigación.....	55
Tabla 2. Característica de los participantes.....	61
Tabla 3. Estadísticos descriptivos	63
Tabla 4. Habilidades sociales y ansiedad según sexo	65
Tabla 5. Habilidades sociales y ansiedad según estado de la carrera	66
Tabla 6. Habilidades sociales y ansiedad según tipo de familia	67
Tabla 7. Habilidades sociales y ansiedad según diagnóstico de ansiedad social.....	68
Tabla 8. Habilidades sociales y evitación (Ansiedad social).....	69
Tabla 9. Habilidades sociales y temor (Ansiedad social)	70

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, es muy común en las universidades, que los estudiantes presenten dificultad en el contacto social, con profesores y compañeros, y, sobre todo, en situaciones de evaluación, lo que ocasiona que experimenten una alta sensibilidad a las críticas, esto afectaría significativamente su desempeño académico, prolongando el tiempo de permanencia del estudiante en la universidad o generando su deserción. En el Ecuador no existen muchos estudios sobre la problemática de la ansiedad social tratada a nivel universitario, por esa razón y por la importancia de la misma, se considera trascendente realizar un diagnóstico temprano, para evitar que ésta influya negativamente en la salud física y mental de las personas y para, a futuro, proveer a los estudiantes de estrategias de afrontamiento que faciliten su vida estudiantil.

La ansiedad social tiene gran repercusión en el desempeño, puesto que las personas que la padecen experimentan constantes temores irracionales que los inmovilizan, entre los miedos más frecuentes están: el temor a quedarse con la mente en blanco durante una exposición, recibir valoraciones negativas de profesores y compañeros y no culminar trabajos a tiempo.

Es por esa razón, que nos vemos en la necesidad de poner interés en ésta dificultad y saber cuál es la prevalencia en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, por la razón de que a una población considerable de alumnos les cuesta exponer en clases, dar exámenes orales, comunicarse correctamente con profesores y compañeros; además de presentar valoraciones negativas de sí mismos, porque son un grupo a quienes fácilmente se identifica y que suelen ser confundidos como “vagos” o “despreocupados”, de esa manera, éstas evaluaciones les causa mayor ansiedad.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la existencia de ansiedad social y dificultades en habilidades sociales en los estudiantes de la Escuela de Psicología Clínica, a través de la aplicación del cuestionario CHASO y la escala LSAS – SR., los antecedentes de las mismas serán relacionarlos con los datos sociodemográficos, de esa manera aportaremos un estudio que podría ayudar a prevenir los distintos riesgos físicos y psicológicos a los que los estudiantes tienen que enfrentar. Presentaremos y participaremos de esta información al Departamento de Bienestar Estudiantil “MI UDA” de la Universidad del Azuay.

Esta investigación ha quedado definida en cinco capítulos en los cuales se abordarán diferentes temáticas, cada uno de los cuales se intentará desarrollar los objetivos específicos que se han planteado en este estudio. Para poder comprender esta problemática de una forma clara, en el primer capítulo es necesario enfocarse en enunciar las definiciones, la clasificación, los antecedentes históricos y síntomas de la ansiedad con conceptos básicos sobre los cuales se cimentará nuestra investigación. El segundo capítulo analizaremos argumentos que permitirá ponernos en contexto sobre el problema de la ansiedad social y su relación con el entorno universitario, conjuntamente sus definiciones, antecedentes históricos, bases teóricas, síntomas, causas y diagnóstico. Con el fin de determinar las dificultades en habilidades sociales en estudiantes universitarios el tercer capítulo será referente a las habilidades sociales, sus definiciones, antecedentes y causas. El cuarto capítulo hablará acerca de la metodología utilizada para el estudio, los objetivos de la investigación, las herramientas e instrumentos y la explicación de las mismas, su aplicación y evaluación y el procedimiento que fue llevado a cabo. Finalmente, el quinto capítulo se evidenciarán los resultados obtenidos en el estudio y su análisis. Luego se verificará el cumplimiento de los objetivos y la aprobación o rechazo de nuestra hipótesis. Todo esto permitirá tener una visión más amplia y así, facilite la comprensión y su respectiva reflexión para darle más importancia al tema tratado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el estudio de la salud mental, el análisis de los adolescentes y jóvenes adultos es de particular importancia para la investigación, debido a que el grupo de universitarios, presenta más problemas mentales frente a otros grupos. La ansiedad es un estado mental que numerosos alumnos han tenido que experimentar durante su camino por la universidad. Ribas (2017), menciona que, en la actualidad, se estima que un 20,5% de la población mundial padece de algún trastorno de ansiedad.

Según la BBC News Mundo (2019), el Royal College of Psychiatrists quienes son los reguladores de la actividad psiquiátrica en el Reino Unido, aseguran que alrededor del 5% de la población padece esta enfermedad mental, actualmente se desconoce si el mismo ha aumentado en este último tiempo o si ahora se le presta más atención a esta población, sin embargo, lo que sí se ha llegado a determinar, es que quienes presentan el doble de posibilidades de poseer este trastorno son las mujeres.

La época universitaria suele ser muy estresante para los estudiantes, que son considerados un grupo de riesgo para la ansiedad, debido a los requerimientos que presentan a la largo de su paso por la universidad, cómo sus exigencias académicas, sociales y psicológicas, es un período de transición para los jóvenes, en donde se enfrentan a una serie de retos personales, donde se consolidan sus proyectos de vida, se adquiere una mayoría de edad, se asumen responsabilidades sociales, lo que implica el aumento de presiones psicosociales y por ende una mayor vulnerabilidad a los trastornos como la ansiedad (Cardona-Arias et al., 2015).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003 de Colombia, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general fue de 40,1%, siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más afectados; entre dichos trastornos, los más altos correspondieron a ansiedad. Las edades promedio de inicio de fobia social, agorafobia y trastorno de pánico fueron 14, 16 y 18 años, respectivamente (Alba, 2010) (Cardona-Arias et al., 2015). Por esta razón, podemos decir que la ansiedad es un tema principal e importante dentro de la salud mental de jóvenes estudiantes a tratar.

El principal problema de este proyecto de investigación, es la ansiedad social, este ha sido reconocida como el tercer trastorno patológico más habitual en las sociedades occidentales y es el

tercer trastorno psiquiátrico más común en los Estados Unidos, solo después de la depresión mayor y la dependencia de alcohol (Rosellini, 2013). Es uno de los problemas interpersonales que más afecta a las personas a nivel mundial con una prevalencia anual de aproximadamente 7% (Bandelow y Michaelis, 2015).

El TAS es un fenómeno cuyo estudio se ha incrementado en las últimas décadas. El crecimiento se debe en su mayoría al impacto que tienen las dificultades para relacionarse en diferentes ámbitos como personales y profesionales, donde los individuos se desenvuelven diariamente para su progreso (Gómez-Ortíz et al., 2016).

Su origen es interesante puesto que la ansiedad es una emoción adaptativa y se supondría sentir ansiedad social es una situación normal en la vida de la gente, es decir, tener síntomas como: el aumento de la frecuencia cardíaca, la dificultad de hablar con fluidez, preocupaciones sobre lo que otras personas pensarán de uno mismo. Ahora, si esta sintomatología tiene un impacto que sea negativo por su frecuencia e intensidad, de esa manera estaríamos hablando de un trastorno (Hope et al., 2010).

Moran (2018), indica que los resultados de estudios epidemiológicos y descriptivos sobre AS también revelan que la población de estudiantes universitarios es uno de los grupos más vulnerables. Por su parte, Agudelo-Vélez et al., (2009) corroboraron los resultados obtenidos por Galli (2005) sobre la alta prevalencia de trastornos de ansiedad social en universitarios y el efecto sobre el rendimiento, la deserción y el abandono académico, el bienestar emocional, entre otras variables. Strahan y Conger (1998) comunicaron que el 33% del grupo reclutado para su investigación con alumnos de la carrera de psicología, mostraban haber padecido síntomas de TAS, así mismo para el estudio de Russell y Shaw (2009), demostraron que el 10% de encuestados quienes eran estudiantes universitarios reportaron padecer ansiedad social de moderada a severa.

Dentro del contexto ecuatoriano hay una escasa información en cuanto investigaciones relacionadas a la ansiedad social en los estudiantes universitarios, por esa razón hemos querido desarrollar este destacado tema, con una investigación que pretenda ser guía y que brinde datos relevantes con la finalidad de darle más importancia y aporte a los problemas psicosociales y, de esa manera, ayudar a estudiantes, educadores y a todo su entorno.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. ANSIEDAD

1.1 Definiciones

La palabra ansiedad se deriva del latín "anxietas", el cual significa estado de agitación, inquietud o aflicción del ánimo, asimismo de un malestar físico y psicológico ante una posible amenaza.

Reyes (2010), menciona que en su uso cotidiano la ansiedad significa un estado de ánimo que es temporal o breve de angustia, una acción del cuerpo ante una situación de abundante tensión, una aspiración profunda, el miedo existente al darse cuenta de la existencia de un posible peligro y, además, es una situación de salud de condición mórbida de un potencial trastorno. (p.10)

Según los autores Spielberger et al., (1984), definen a la ansiedad como “una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo” (p.263). Sin embargo, varios autores prefieren definirla de una forma más simplista cómo una reacción propia de un organismo frente la exposición a un estímulo que lo considera peligroso (Belloch et al., 2009).

La ansiedad alude a la combinación de diversas manifestaciones tanto físicas como mentales, las cuales no se asignan a un riesgo verdadero, más bien se presenta como una dificultad o una situación que es constante y está siempre presente, la cual puede convertirse en un temor intenso, además, se perciben propiedades de origen neurótico como síntomas histéricos u obsesivos (Sierra et al., 2003b).

Belloch (2009), cree que el término de la ansiedad hace referencia a la existencia influyente de los síntomas que están relacionados con el trastorno de ansiedad, los cuales son intensos, imaginarios, irracionales, persistentes y también pueden llegar a convertirse en angustiosos y perturbadores para la persona.

El autor Reyes (2010), asegura que la ansiedad surge por una reacción ante una amenaza o una situación de profundo estrés, que hace que el organismo se ponga en defensa propia, lo que ayuda a el aprendizaje. Este proporcionará al crecimiento de la personalidad, motivará al individuo a poder visualizar y alcanzar metas. A diferencia, la que es considerada como una ansiedad patológica es completamente desproporcionada, si ésta se presenta en exceso es nociva, compromete la eficacia y conduce a múltiples enfermedades.

1.2 Antecedentes Históricos de la Ansiedad

Ansiedad y angustia eran dos términos que estaban muy relacionados, los cuales se derivan de la raíz angh, con significado a estreches y apuro o malestar. Por medio de la influencia latina se diferenció entre anxietas y angor, luego la psiquiatría francesa distinguió entre anxieté que significaba malestar del espíritu y angoisse que era inquietud, constricción epigástrica y dificultades respiratorias. Después la psiquiatría española separó ansiedad de predominio psíquico y angustia de predominio físico (Belloch et al., 2009).

Después se empezó a hablar entre la diferencia entre miedo y ansiedad, este último es un estado mental variable y no cuenta con una amenaza externa que sea identificada, mientras que el miedo se asocia a algún tipo de estímulo externo que amenaza de forma reconocible. A veces los estímulos de respuesta también pueden ser internos, pero son más difíciles de distinguir por la persona que los externos (Epstein 1972). Además, el miedo conduce a evitar o a escapar de una situación amenazante en particular a diferencia de la ansiedad que es un estado de miedo o de activación que no se descifra muy fácilmente por no tener una línea clara en la sensación de alerta.

Según Barlow, la ansiedad es una mezcla de emociones afectivas y cognitivas que se orientan hacia el futuro, el miedo es una alarma ante un peligro inminente por componentes automáticos en lo que se define como reacciones de alarma y defensa y tiene una orientación actual, es decir del presente (Sandín y Chorot, 1991a.).

La naturaleza anticipatoria es una propiedad de suma importancia en la ansiedad, su respuesta señala el peligro y la anticipa, por esa razón la ansiedad adopta un valor funcional importante (biológico - adaptativa), sin embargo, cuando la misma se convierte en desadaptativa, se anticipa a un peligro no existente que es imaginario o irreal. Así, la ansiedad no solo dirige su

atención hacia un peligro objetivo y real, sino que ocurre también de forma irracional. Desde esta perspectiva, la ansiedad se la puede considerar como una respuesta necesaria y normal o como ansiedad patológica que es una respuesta desadaptativa (Belloch, 2009). Spielberger y cols (1984), definieron a la ansiedad patológica como una manifestación más grave, de nivel intenso y de duración persistente que la ansiedad normal.

Lo que conocemos al día de hoy como ansiedad, antiguamente se lo describía como neurosis, término utilizado y empleado por el médico y químico de origen escocés William Cullen en 1769, consideraba que las neurosis: la irritabilidad, el nerviosismo o el estado de ánimo deprimido etc., eran trastornos procedentes de la alteración del sistema nervioso (Pinillos et al., 1966).

En la última parte del siglo XIX, Sigmund Freud, empieza a desarrollar de forma más clara y significativa en concepto de neurosis y de psicopatología de la ansiedad. Este autor opina que la ansiedad se la debe considerarse dentro de una teoría de señal de peligro, en la cual consistía en una reacción emocional de peligro, y además que es el componente central de la neurosis. Su teoría estaba en contra de los supuestos de Cullen, porque él definía a la neurosis como un trastorno de origen no orgánico (Spielberger y cols., 1984).

Por la herencia Freudiana se constata que en el (DSM-I) y (DSM-II) publicados en 1952 y 1968 respectivamente, se entendía a los trastornos asociados a la ansiedad como trastornos psiconeuróticos, en el cual la ansiedad desempeñaba un papel principal. No es sino hasta el (DSM-III), que los trastornos de ansiedad cobran una importancia radical a diferencia de sus predecesores, en donde son definidos con gran especificidad y operatividad de criterios, siendo más organizado, detallado, descriptivo, válido y fiable, además el término neurosis se suprime (Barlow, 1988).

Con el avance del DSM-III los clínicos, ensayistas e investigadores empezaron a “hablar el mismo idioma”, es decir, antes de la presentación de este manual diagnóstico, los datos de investigaciones eran muy complicadas de contrastar por la escasa fiabilidad que había de los diagnósticos.

La ansiedad, en psicopatología, constituye un elemento primordial, puesto que está presente en la gran mayoría de los trastornos tanto psicológicos como psicosomáticos; así como también, estos trastornos, simbolizan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos

psiquiátricos, siendo así una de las principales causas por las que las personas visitan a un especialista de atención primaria (Belloch et al., 2009). Sandín y Chorot, (1995) consideran que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastornos psicopatológicos. Puede presentar diversas manifestaciones, síndromes o cuadros clínicos.

1.3 Clasificación

En la actualidad, los sistemas de clasificación que contienen los criterios para el diagnóstico de los trastornos psicológicos y psiquiátricos son ampliamente utilizados en el ámbito de la salud.

La clasificación de los Trastornos de Ansiedad se encuentra en los manuales de clasificación diagnóstica según: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, of American Psychiatric Association (APA), y Classification of Mental and Behavioural Disorders CDI-10, of World Health Organization.

En este estudio utilizaremos la clasificación diagnóstica el (DSM-5) de la APA (2013), la cual describe la siguiente clasificación:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado

- Trastorno de ansiedad no especificado

A continuación, detallaremos cada uno de ellos:

1.3.1 Trastorno de Ansiedad por separación:

Es una respuesta emocional del niño, se caracteriza por la incapacidad de quedarse y estar a solas, en el que presenta angustia o desesperación incesante al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado estrechamente, generalmente por sus padres, ésta angustia no es normativa sino más bien excesiva sobre lo esperado del desarrollo del niño. Sienten miedo excesivo por los posibles peligros que puedan sufrir las personas por las quienes siente aprecio, a más de las situaciones que pueda llevar a la separación o pérdida de los miembros de su familia, lo que ocasiona la presencia de ansiedad, molestia psicológica, síntomas físicos, pesadillas, no asistir a la escuela o quedarse solo en casa. Este trastorno es un fenómeno normal y esperable del desarrollo infantil, puede presentarse a los 6 u 8 meses de edad, mínimo cuatro semanas en niños y adolescentes y seis meses en adultos (APA, 2013).

1.3.2 Mutismo Selectivo:

El mutismo selectivo se distingue por una inhabilidad persistente de hablar, conversar o responder en situaciones sociales, por ejemplo, en la escuela, a pesar de que puede hablar en otras situaciones de interacción. El mutismo selectivo se considera un cuadro clínico que no es muy frecuente, sin embargo, el no hablar tiene consecuencias importantes, que trae consigo un impacto perjudicial a largo plazo en el progreso académico, laboral y social, si no es tratado rápidamente. Los síntomas son generalmente específicos al contexto. Inicia a los 5 años de edad. En los criterios diagnósticos la duración de la alteración es de mínimo un mes, ésta no se limita al primer mes de escuela (APA, 2013).

1.3.3 Fobia Específica:

Este trastorno se describe por un temor constante a un objeto o situación en específico, por lo que lo evita, debido a un significativo malestar en su vida. Los individuos que la presentan, sienten un temor irracional al riesgo real, presentan una mayor activación fisiológica cuando se exponen a la situación fóbica. Las fobias específicas se dividen en cuatro subtipos que son: Ambiental: temor intenso a las alturas, a la playa, al agua. Situacional: miedo a los espacios

abiertos, espacios cerrados, a volar. Animal: miedo a las arañas, serpientes, perros, pájaros, insectos. Sangre - heridas – inyecciones – daño en específico: ver sangre, temor a los procedimientos médicos o dentales. La evitación o ansiedad que presentan estas personas se presentan como mínimo 6 meses, la enfermedad se desarrolla entre los 7 y 11 años de edad. Los tipos más comunes son el animal y el ambiental (APA, 2013).

1.3.4 Trastorno de Ansiedad Social:

Trastorno caracterizado por miedo o ansiedad intensa, excesiva y persistente habitualmente en situaciones de interacción social en las que podría causarle estrés, la persona se expone a la posibilidad de ser examinado y observado en actividades diarias por los demás individuos o asistir a reuniones con desconocidos, todo esto, sostenido por un temor que le resulta vergonzoso, abochornante, humillante y acompañado de ser calificado negativamente por los demás, así como de rechazo social. Por lo que la persona prefiere evitar las interacciones con el entorno. Estos síntomas deben interferir significativamente, causándole un malestar de por lo menos un mínimo de seis meses en la rutina normal del sujeto, en sus relaciones sociales, en el ambiente laboral o académico (APA, 2013).

1.3.5 Trastorno de Pánico:

Este trastorno consiste en la aparición de inesperadas crisis de angustia acompañada de miedo y malestar intenso las cuales son recurrentes, al menos a un ataque de pánico le sigue la intranquilidad y preocupación insistente ante el suceso de pasar nuevamente por un ataque y sus posibles consecuencias, durante un mes. Son interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y cognitivas como la frecuencia cardíaca, sudoración, ahogo, sofocos, náuseas, mareo, escalofríos, desmayos, temblores, miedo a perder el control o a volverse loco y miedo a morir. La edad de inicio de los síntomas está entre los 20 a 24 años, siendo en la infancia muy rara (APA, 2013).

1.3.6 Agorafobia:

Las personas que sufren agorafobia presentan un temor patológico y evitación a los lugares públicos como también de estar fuera de su casa, debido a la posibilidad de experimentar niveles desproporcionados de ansiedad o ataques de pánico. La falta de una salida inmediata es la causante de este trastorno. La persona evita escenarios por el miedo a pensamientos intrusivos al desarrollo de síntomas, lo que sería un motivo de vergüenza. Los espacios a rehuir son estar en espacios

abiertos o cerrados, el uso de transporte público, estar solo lejos de casa, estar en medio de una multitud de personas y formar una fila. Necesitan la presencia de un acompañante para sentirse en la manera de lo posible más seguros, debido al escenario que les causa desesperación. Estos síntomas se presentan como tiempo mínimo de seis meses (APA, 2013).

1.3.7 Trastorno de Ansiedad Generalizada:

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en un estado de anticipación aprensiva, la persona posee una preocupación excesiva, difícil de controlar. Uno de sus síntomas más característicos es quedarse con la mente en blanco o la dificultad de encontrar la posibilidad de concentrarse, lo que representa un trabajo arduo de controlar. Otros síntomas físicos que están relacionados con el trabajo y su rendimiento escolar son: nerviosismo, inquietud, tensión muscular, fatiga o agotamiento, irritabilidad, excitabilidad, alteraciones del sueño, así también, presentan quejas cognitivas, sobre todo una falta de confianza con su trabajo y rendimiento escolar. La ansiedad puede estar presente la mayoría de días con la duración mínima de seis meses, ésta puede aparecer aproximadamente a los 30 años de edad, son escasas las apariciones en la infancia (APA, 2013).

1.3.8 Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias / Medicamentos:

Este trastorno es caracterizado por la aparición ataques de pánico, angustia o ansiedad debida a una intoxicación o de evitar sustancias y tratamientos médicos. Los síntomas causan malestar clínicamente significativos y deterioro en las áreas personales del individuo (APA, 2013).

1.3.9 Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica:

Trastorno caracterizado por los síntomas que aparecen como una consecuencia al sufrir alguna afección médica (APA, 2013).

1.3.10 Otros trastornos de Ansiedad Especificados:

Este tipo de trastornos hacen referencia a síntomas propios de la ansiedad, los cuales producen un malestar clínicamente significativo o deterioro, además de tener problemas en el ámbito social y profesional (APA, 2013).

1.3.11 Otros trastornos de Ansiedad no Especificados:

Esta clase de trastornos son empleados por el médico cuando prefiere no especificar el motivo del diagnóstico de un trastorno de ansiedad en específico, debido a que no cumplen los criterios de ninguno de los otros trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad, además de no existir suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (APA, 2013).

1.4 Síntomas de la ansiedad

Según Amparo Belloch (2009), la ansiedad dejó de ser un fenómeno de unidad, es decir que desde hace algún tiempo que este trastorno involucra al menos tres modos de respuesta que son:

Subjetivo o cognitivo, fisiológico o somático y motor o conductual.

1.4.1 Subjetivo - Cognitivo:

Está relacionado con la parte intrínseca de la persona, la cual contiene características cercanas a la autoevaluación y la autopercepción de los estímulos que están ligados a la ansiedad. La persona con ansiedad experimenta un estado emocional desagradable, mejor descrito como el miedo.

- Pánico
- Nerviosismo
- Preocupación
- Intranquilidad
- Alarma
- Aprensión
- Pensamientos Intrusivos
- Pensamientos Obsesivos
- Experiencias de miedo

1.4.2 Fisiológico – Somático:

La ansiedad siempre está acompañada por un componente biológico. Los cambios orgánicos son percibidos de forma desagradable y molesta, de esta manera contribuye a formar el estado de ansiedad. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la acción del Sistema nervioso autónomo, que se subdivide en:

a. Cambios externos:

- Sudoración
- Dilatación pupilar
- Temblor
- Incremento de la tensión muscular
- Palidez facial

b. Cambios internos:

- Aceleración cardíaca
- Descenso de la salivación
- Aceleración respiratoria

c. Funciones corporales controladas voluntariamente:

- Agitación
- Defecación
- Respiración

d. Funciones involuntarias o parcialmente voluntarias:

- Palpitaciones
- Vómitos
- Temblor

1.4.3 Motor – conductual:

Comprende los componentes observables de la conducta.

- Expresión Facial
- Movimientos Corporales
- Posturas Corporales
- Evitación

CAPÍTULO II

2. ANSIEDAD SOCIAL

2.1 Definiciones

Desde siempre se ha considerado al ser humano como un animal esencialmente social, su interacción con otros seres humanos es constante, sin embargo, el estar relacionándose frecuentemente para muchas personas, pueden considerarse como relaciones placenteras, no obstante, para otros puede significar un problema. Éste inconveniente se da sobre todo con desconocidos, personas de autoridad o del sexo opuesto o cuando no se está n seguras de que van a poder caer bien o de que no van a ser criticadas. Esto es lo que sucede con los sujetos que padecen un trastorno de ansiedad social (TAS) o fobia social (Caballo et al., 2014).

Caballo et al., (2014), define que las personas con Trastorno de Ansiedad Social (TAS) temen actuar de alguna manera que sea humillante o embarazosa. Para ello, realizan cualquier actividad cuando sienten que otras personas las miran y examinan o registran todo lo que hacen. Pero no sólo lo pasan mal cuando se encuentran en esta situación. Pueden anticipar lo que, según ellos, sucederá en dicha situación y comportarse como si realmente aconteciera. Y como la previsión que hacen suele tener resultados negativos, incluyendo una elevada manifestación de síntomas de ansiedad y unos comportamientos torpes y poco competentes, intentan evitar pasar por esa situación.

La American Psychiatric Association (2013), refiere que el TAS, también conocida como fobia social, radica en un miedo intenso y persistente que está presente en uno o más cursos en un contexto social, en el que el sujeto está comprometido a la virtual valoración de otras personas, temiendo actuar de una manera humillante o vergonzosa y/o mostrar síntomas de ansiedad. Las características comunes que plantea la APA son: el déficit en habilidades sociales, tener una escasa red de apoyo social, un limitado número de contactos sociales, presentar dificultades en el ámbito escolar y/o laboral relacionadas con temores fóbicos, baja autoestima, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de inferioridad, temor en situaciones sociales que implican algún tipo de evaluación.

Según el CIE-10, conceptualiza que la fobia social se caracteriza por la presencia de temor a ser el centro de atención o a comportarse de un modo humillante o embarazoso, siendo estos los motivos por los cuales el sujeto evita las situaciones sociales (OMS, 2020).

La ansiedad social es una experiencia humana común, en situaciones sociales la persona padece un intenso temor a la evaluación de los demás (Belloch et al., 2020).

La fobia social o ansiedad social es un problema psicológico que está presente desde el principio de la humanidad. Según los escritores Olivares y Caballo (2003), el autor Robert Burton (1845, p. 253) en su obra titulada: “La Anatomía de la Melancolía”, la describía como una conducta en la que sus pacientes no se atrevían a conversar con otras personas debido a que presentaban un miedo intenso a la observación y a la evaluación negativa por parte de los demás individuos, siendo más que simplemente una timidez o suspicacia y temor.

Es un problema significativo de ansiedad, el principal temor del sujeto se orienta en la valoración negativa por parte de la gente, como puede ser: estar en una reunión, tener una cita con alguien que le atrae, exponerse en público, tener una conversación con alguien a quien no conoce, presentándose siempre en un contexto social (Caballo et al., 2018).

De acuerdo con Belloch et al., (2020), la AS puede llegar a un punto máximo de gravedad, que afecta, ante todo, el funcionamiento normal de la persona en su vida diaria, cuando esto ocurre se lo conoce como Trastorno, y se lo denomina como Trastorno de Ansiedad Social (TAS). Se lo precisa como una ansiedad intensa y un miedo profundo que aparece siempre al exponerse, sobre todo, en una o más situaciones sociales cotidianas que el sujeto presenta. Se evidencian cuando están expuestos a la crítica, opinión o valoración por parte de los demás, en los que temen mostrarse como personas torpes, ridículos o hacer algo que sea muy embarazoso o humillante, incluso a que se haga evidente y sean percibidos y mal valorados los signos de ansiedad, por lo que la persona evita asistir a la mayor parte de estos desagradables encuentros con otros o si concurre permanecerá muy incómoda y lo que hará, será intentar tolerar la difícil situación.

Además, para Belloch et al., (2009) es importante separar la ansiedad normal y clínica o patológica, sin embargo, se torna en un gran problema, particularmente en el tema de la población adolescente, ya que diferenciar entre la ansiedad normal y anormal es un tema realmente

complicado por cuanto el progreso de la ansiedad social puede llegarse a considerar en cierto grado normal durante el desarrollo y período evolutivo.

La AS/TAS se define básicamente por el temor que provocan los demás, a la posible evaluación que puede ser negativa como positiva, es decir, el posible juicio que los demás tengan sobre la persona. Esto implica naturalmente que la posibilidad de una evaluación negativa sea, por ejemplo: que los demás piensen que el individuo no es capaz de realizar algunas cosas, o que no tiene el valor para llevarlas a cabo, pero por otro lado puede existir una evaluación que sea positiva, lo que puede elevar a futuro autoexigencias a quien la persona cree que no las va a poder alcanzar, por lo que este tipo de evaluación también lo llegará a considerar como una posible amenaza (Belloch et al., 2020).

El trastorno de ansiedad social puede ocasionar que el individuo evite ambientes que reconoce como amenazantes o que presente un profundo miedo de que sus síntomas empeoren o aumenten. Por esta evitación se pueden ver conflictuados varias áreas tanto sociales como de desempeño, concretamente en su trabajo o en áreas académicas (APA, 2013).

Por eso según Alcalaico (2019), refiere que la ansiedad social interfiere significativamente en la calidad de vida y el desempeño de la persona en las múltiples áreas de su vida como: en lo laboral, lo social, lo educativo y familiar. De igual manera, la actuación de este trastorno se destaca negativamente, por la injerencia en el funcionamiento social, laboral, estudiantil y universitario (el cual veremos más adelante).

2.2 Antecedentes Históricos

Según Alcalaico (2019), en el interior de la Psiquiatría y la Psicología hasta las últimas décadas del siglo XX, el Trastorno de Ansiedad Social fue un tema que se le prestaba muy poca atención hasta considerarlo como un tema suficientemente olvidado, y eso que por la misma fecha, a comienzos del mismo siglo, ya aparecían definiciones y descripciones clínicas y presentaciones acerca del miedo a participar o hablar en público, tocar algún instrumento frente a los demás (sobre todo en ese tiempo al piano) o escribir mientras le estaban observando, todo esto gracias a que Janet et al., (1903) en Europa fue quién lo denominó como: “phobie du situations sociales”.

Describe Alcalaico (2019), que el autor Fernández (2006), publica en ese mismo año un artículo en el cual describe la evolución de la fobia social, gracias al estudio de Hipócrates quien dio las primeras descripciones comparándola con la vergüenza y la timidez, además, aseguraba que hace escasos años ese trastorno era reconocido como una entidad clínica autónoma. Beard (1879), hace referencia a los comportamientos de las personas como desviar la mirada hacia diferentes lados e inclinar hacia abajo la cabeza, características que se pueden encontrar en individuos que padecen esta enfermedad. De igual manera en 1895, el psicoanalista Sigmund Freud separa los miedos o fobias tradicionales con objetos o situaciones que la gran parte de gente teme en menor o mayor medida de las fobias específicas a cosas o situaciones que no producen ningún tipo de miedo.

Por esa razón, autores como Liebowitz et al., (1985), definieron a la fobia social como: “el trastorno de ansiedad olvidado” porque desde Janet que se pronunció en el año de 1903, no se había escuchado más sobre este tema. Ella mencionó por primera vez que los pacientes con miedo a ser observados mientras dialogaban o estaban escribiendo, eran fobias a contextos de orden social. El doctor y escritor Paul Hartenberg describe las diferentes maneras de la ansiedad social por medio del término de la “timidez”, justamente en su libro titulado: “Los Tímidos y la Timidez” en el año de 1910. Tuvieron que pasar más de 60 años hasta que los autores Marks y Gelder, en 1966, delimitaron su expresión y reconocieron la descripción de la fobia social como exclusiva, que se diferencie de los distintos trastornos de ansiedad. Es el mismo Marks quien en 1970 propone la clasificación de las fobias en cuatro tipos diferentes como son: la Agorafobia, la Fobia social, la Fobia animal y las Fobias específicas. Es hasta el año de 1980 después de 14 años, que se llegó a reconocer de manera oficial a la fobia social como un trastorno autónomo, gracias al comunicado del (DSM-III) de la (APA) que la contemplará formalmente (Olivares y Caballo, 2003). En la revisión de 1987 (DSM-III-R) se incluye los subtipos de la fobia social: la generalizada y la no generalizada, para diferenciar a quienes presentan miedo a diversas circunstancias sociales de aquellas que la padecían en situaciones establecidas.

Como se mencionaba anteriormente, quienes ya se empezaban a aproximar e intentaban explicar el surgimiento al concepto de fobia social fueron Marks y Gelder (1966), quienes la definieron de un modo en el que participara e incluyera el temor a hablar, presentarse, comer, beber, temblar, ruborizarse, cantar, escribir o la posibilidad de desmayarse en frente a la presencia

de otros individuos, con una característica en particular, como presentar un temor intenso a parecer totalmente ridículo, risible o parecer tonto a los ojos y en comparación con los demás.

Por lo común, el individuo tiende a estar muy ansioso e impaciente en contextos en los que está permanentemente sujeto al examen por parte de otros seres humanos, mientras realiza una determinada acción. En esta misma fecha, muchos otros científicos hacían informes de distintos temas, por ejemplo: la evaluación social negativa, el temor al rechazo y la evitación social, las cuales parecían tener relación con el tema de la fobia social y sobre las mismas se empezaron a crear múltiples medidas de autoinforme ampliamente conocidas (Caballo et al., 2014).

Uno de los autores a quien se le debe el mérito de haber llamado la atención a la Psicología el tema de la ansiedad social fue la destaca aportación de Marks (1969), quién también desarrollo posteriormente el concepto de fobia social, como también la inclusión en los sistemas diagnósticos, en el marco de lo que se denominó como trastornos fóbicos. Este autor en ese momento diferenció entre las fobias monosintomáticas y las fobias difusas, las primeras representan el miedo a los animales, o a situaciones específicas, mientras que el segundo grupo a la agorafobia y varias fobias sociales (Belloch et al., 2020; Caballo et al., 2014).

La específica y clara definición de fobia social descrita por Marks (1970), se mostró suficientemente apropiada para ser parte dentro de los trastornos por ansiedad del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1980).

El concepto de fobia social permaneció inalterado, es decir, se respetó la idea anterior en la definición en el DSM-III-R (APA, 1987), excepto en la parte en que se refiere a que: “los individuos pueden padecer a la vez más de una de esas fobias”. El DSM-III limitaba el diagnóstico de fobia social a temores sociales circunscritos, por ejemplo: miedo a hablar en público, conversar, expresar cariño, temor a comer, beber, escribir u orinar en la presencia de los demás. El DSM-III-R se hizo más larga y profunda esta definición, se incluyó un tipo menos específico y más generalizado en el que el ser humano teme al estar expuesto a la mayor parte de circunstancias sociales (Caballo, 1995).

El panorama no fue mejor para la población infantojuvenil debido a que sólo en el DSM-IV (APA, 1994), se estableció por eliminar el trastorno de evitación infantil e incluir parte de estos criterios dentro de la fobia social, así se daba más importancia en que ante las situaciones sociales,

la ansiedad no tenía que ser solo con la interrelación con las personas mayores, en caso contrario, tenía que señalarse con individuos que presenten aproximadamente su misma edad.

En ese momento empezaron a aparecer los primeros estudios y trabajos de investigación, en el que la mayoría combinaba muestras de niños y adolescentes. De acuerdo a esto, a finales de la primera década del siglo XXI, se han examinado diferentes aspectos diferenciadores entre estos 2 períodos evolutivos y han sido consideradas propuestas como las del autor Rao et al., (2007), que han comparado la presentación clínica de la fobia social entre niños de 7 a 12 años frente a adolescentes de 13 a 17 años (Caballo et al., 2014).

Como señala Marks (1987), el contacto entre amigos, compañeros y la vida en grupo en general, facilita diversas ventajas en el contexto social y eso ha provocado la transformación y desarrollo de las conductas sociales, así como a la ansiedad social. Surge la propuesta de cambiar su denominación, pasándose a llamar trastorno de ansiedad social como se lo conoce actualmente

La AS no representa un avance actual, al contrario, esta posee una extensa historia y antecedentes filogenéticos de la que se deriva la actual y moderna ansiedad, en lo que respecta a la interacción de las relaciones sociales. Un sin número de personas desconocen que la ansiedad social existe y ha estado presente en muchas especies de mamíferos como los primates por demás de toda la raza humana (Trower, et al., 1990).

2.3 Teorías

Los modelos psicológicos explicativos que más impacto han tenido en la ansiedad social son:

2.3.1 Condicionamiento Clásico

El modelo de condicionamiento clásico tiene una gran influencia en el desarrollo de la AS, a pesar de ello, no hay muchas investigaciones acerca de este tema y de su respectivo rol en la génesis del trastorno. De todas maneras, García (2013), sostiene que la AS, se consigue por un evento que sea muy angustioso o agobiante para la persona. No obstante, la respuesta a esa ansiedad, se establece que no solo por un acontecimiento, sino más bien, la cantidad de pequeños sucesos fuertes de profundo estrés durante tiempos cortos (Piqueras, 2005).

El aprendizaje observacional, es otra forma en la que puede adquirirse el trastorno de ansiedad tratado, por ejemplo, Hofmann et al., (1995), explica que como consecuencia a lo que sucede con muchas causas fóbicas encontraron que un 57% de individuos, como un resultado de ese aprendizaje, adquirieron el trastorno por el miedo causado a dialogar con los demás.

El estudio llevado a cabo por Mulkens y Bögels (1999), en lo que respecta a la transmisión de información, se encontraron diferencias reveladoras en la proporción de personas que padecían AS, el 35% de los estudiados recordaban haber mirado o escuchado o haber observado algo relacionado a el tema de la vergüenza y la ruborización.

2.3.2 Perspectiva Construccinista

El constructivismo cree al ser humano como un participante que anticipa hechos y que está en constante evolución y cambio en cuanto a su experiencia personal. La persona es vista como un creador activo de conocimientos, los que se construyen en la interacción con su entorno, y donde la validez de lo construido, está en función de la adaptación lograda. Carretero et al., (2001), describen que la exposición social amenaza la identidad del individuo, por lo que renuncia a la competencia social existiendo a la base dilemas cognitivos, explicado por el entrenamiento en habilidades sociales.

Conforme a Schaefer y Rubí (2015), la perspectiva construccionista social permite un acercamiento a la noción de un "sí mismo relacional", esto posibilita la relación entre la identidad y la interacción social.

En esta línea y no existiendo conceptualizaciones desde este punto de vista para el Trastorno de Ansiedad Social, el autor plantea que se debe comprender la construcción de la experiencia ansioso-social patológica desde la perspectiva: temporal, relacional y del self, mediante el uso de "mapas narrativos", el cual vincula la identidad y los procesos relacionales, a su vez, comprendiendo la primera como el resultado de una elaboración conversacional sedimentada en la historia personal. De esta manera, es posible comprender mejor "el modo de ser" que acompaña a los sujetos con temor a los demás.

2.4 Ansiedad social y universidad

Según Muñoz y Alpízar (2016), la ansiedad o fobia social es reconocida como el tercer trastorno patológico más habitual en sociedades occidentales sobre todo en adolescentes, quienes están cursando los primeros años de universidad.

Los estudiantes universitarios presentan con mayor frecuencia diferentes tipos de riesgos, en factores sociales, clínicos, y ambientales, constituyen uno de los grupos de mayor interés para el estudio de la fobia social, debido a sus exigencias académicas, psicológicas y sociales, unido a los altos niveles de estrés que los alumnos padecen, todo esto, implica graves problemas de salud mental como trastornos depresivos, ansiedad, suicidio, abuso de sustancias psicoactivas, entre otros (Bohórquez, 2007).

En el momento actual se busca que los estudiantes tengan una formación holística de calidad y que el conocimiento que obtengan sea de provecho, no solo para el momento de iniciar su ámbito profesional, sino que le sirva para toda su vida. Ha pasado mucho tiempo para que las personas tengan una mejor comprensión y puedan asimilar la importancia de la noción de lo que representa la dificultad del aprendizaje, no solo en escolares, sino también en colegiales y universitarios. Todavía es difícil de entender que no existen niños y jóvenes que son mal llamados “anormales”, por no ir al mismo ritmo de aprendizaje que sus compañeros. Al día de hoy, todavía se cataloga a muchos de malos estudiantes, vagos, despreocupados, ociosos, inquietos, hiperactivos, despistados, distraídos, etc., sin ni siquiera conocer que hay internamente de la persona en cuestión y sin tener un juicio neuropsicológico que argumente el porqué de su comportamiento en clase (Basantes et al., 2020).

Inexplicablemente esa es una realidad presente en el sistema educativo del Ecuador, catedráticos no le dan la suficiente importancia a como los alumnos se sienten en el entorno universitario. Sin percatarse, que la ansiedad está afectando notablemente al nivel del rendimiento académico y aprendizaje de los jóvenes, posiblemente porque la carga y exigencia académica es muy alta. Si bien, no todos están sometidos a presión todo el tiempo, la ansiedad generada, es un tema común en la vida universitaria, ya sea por un examen, una exposición o un trabajo final (Chiriboga, 2016).

Los profesores no logran personalizarse o simplemente no conceptúan que el adolescente vive de cierta forma comprometida, en el que está descubriendo por sí mismo nuevas formas de salir adelante y de enfrentarse a la vida, presenta incertidumbre sobre el entorno y sobre sí mismo, por eso muestran una vida de llena ambivalencia (Agudelo et al., 2008).

Por esa razón, los estudiantes se enfrentan a la carencia afectiva y a la necesidad de tener apoyo, partiendo de que todos los seres humanos necesitamos de cariño, comprensión y afecto para sobrellevar un problema situacional en la vida, se evidencia que hay motivos que llevan al estudiante a enfrentarse a situaciones conflictivas que producen que no siga motivado por sus estudios, la imposibilidad de seguir estudiando hasta llegar a la deserción total y no conseguir un título profesional, el cual le ayudará a experimentar seguridad, estar orgulloso consigo mismo al cumplir un reto personal, así como de sentir que se ha realizado como individuo, incluso, con acatarse con una visión que tiene el sistema, con el cual, si no tienes un título profesional probablemente no tengas oportunidades de tener una vida digna y próspera (Cardona-Arias, 2014).

Hace mucha falta tanto en el entorno familiar como en el sistema educativo, poseer una mayor preparación en formación de pedagogía y psicología, así mismo, de tener una mayor información acerca de cómo ayudar a los alumnos a controlar sus emociones y actitudes. La falta de comunicación entre los adolescentes/familia y profesores, la actual violencia escolar como el bullying, el complicado ambiente en general y un hogar disfuncional, sin el suficiente trabajo, enfocado al bienestar estudiantil, hará que estos factores repercutan en la aparición de situaciones conflictivas y desequilibrantes en la vida de los jóvenes, estos efectos provocan constantes cuadros de síntomas alarmantes como la ansiedad, la depresión, el estrés, la angustia, la baja autoestima, el enojo, la desesperación, la tristeza y la rumiación suicida, provocando así que tomen malas decisiones y lógicamente traigan consigo consecuencias tanto inesperadas como indeseadas (Balanza et al., 2009).

Se debería poner total interés en ayudar a los estudiantes, principalmente siendo fundamental comprender como están sus sensopercepciones, con prioridad saber si tienen algún problema de visión o auditivo. Los padres y sus maestros deberían conocer el comportamiento de sus hijos/alumnos respectivamente, así como interpretar sus estados de ánimo y las circunstancias que hacen que pueda fracasar en sus estudios (Aguilo, 2002).

Según Basantes et al., (2020), otros factores significativos para comprender mejor al adolescente son: la falta de figura materna o paterna (por divorcios, migración), la pérdida de uno de los miembros de familia, el maltrato físico, el abuso sexual, los conflictos familiares, la situación económica, el contexto social, los problemas de alimentación, la falta en habilidades sociales, las desilusiones amorosas, los embarazos prematuros, la falta de confianza y cercanía con los docentes, el miedo al fracaso escolar, tener que asumir con miedo nuevas responsabilidades, complican aún más el escenario con estos problemas y suscitan comportamientos suicidas, fracasos irreversibles y decepciones profundas en los estudiantes.

Los investigadores Amezcua et al., (2003), en su estudio demuestran que, si estos problemas de ansiedad no son analizados y prestados atención a tiempo, se pueden convertir en trastornos, y estos a su vez, presentar cronicidad al punto de desarrollar un estrés profundo en los alumnos, provocándoles ideaciones suicidas. Por esta razón, podemos decir que la ansiedad social es un tema de connotación primordial dentro de la salud mental de los estudiantes.

De acuerdo con Vega Delgado (2020), en su libro “Locura, suicidio, conductas desviadas y personajes extravagantes” menciona a grandes personajes intelectuales de la historia del Ecuador, en la que describe como estas distinguidas figuras de la escena cultural, como la poetisa y librepensadora Dolores Veintimilla de Galindo, el escritor y ensayista César Dávila Andrade, el músico y compositor Medardo Ángel Silva representante de la Generación Decapitada, cometen suicidio por conductas que están presentes y asociadas al trastorno de la ansiedad social. De quienes sus poemas cargados de profundo dolor, pesimismo y melancolía, se reflejan en sus vidas personales frente a la realidad a la que se enfrentaban.

De acuerdo a la OMS (2020), la ansiedad social (también conocida como fobia social o timidez patológica) es la respuesta que tiene nuestro cuerpo cuando existe un peligro real o imaginario, está relacionada con el futuro, es un miedo a ser observado por los otros lo que lleva a la persona a tener que evitar situaciones sociales, además es un problema de orden emocional y físico que aflige a la mayoría de los jóvenes, siendo estos en su mayoría los estudiantes de universidad; es una problemática que suele iniciar durante la adolescencia temprana con una prevalencia moderada, sin escatimar color, raza, religión, cultura, sexo, y situación social.

El malestar producido por la AS en los universitarios y sus respuestas evitativas, repercuten de forma muy negativa en las diferentes áreas funcionales. Algunos ejemplos son: iniciar o

mantener conversaciones con autoridades, maestros y compañeros, el miedo a hablar en público, estar al frente de la clase dando una lección, la comparación con los demás, el tener una autopercepción negativa, considerarse así mismo como: “no soy tan bueno como mi compañero”, no poder responder asertivamente, la escasa participación en clase, escribir en público, ser observados comiendo solos, la evitación de relacionarse con sus compañeros generará una baja aceptación en el grupo; la resistencia a presentar trabajos en el aula, la tendencia a evitar preguntar al profesor para aclarar dudas y un alto nivel de absentismo (Bernstein et al., 2008) (Van Roy et al., 2009). Cuando los jóvenes quieren enfrentar estas circunstancias suelen experimentar temores a ser humillados, avergonzados, rechazados, por lo que evitan de forma negativa estos sucesos terminan desencadenando diferentes molestias.

En este sentido, la fobia social se ha asociado a una mayor tasa de victimización en el aula (Gren-Landell, et al., 2011), además la unión a un bajo reforzamiento social positivo, posibilita la aparición trastornos emocionales como la depresión o de otros trastornos de la ansiedad (Viana et al., 2008). Esto contribuye a que el estudiante ansioso obtenga calificaciones académicas más bajas, déficit en los conocimientos adquiridos, abandono escolar y fracase en su entorno (Delgado, et al., 2013), todo lo dicho anteriormente afectará al proceso de enseñanza y aprendizaje cuando no es detectado e intervenido eficazmente a tiempo sobre las áreas y funcionamiento afectado, así como mejorar la calidad vida de los alumnos.

Para finalizar, de acuerdo a los estudios en las universidades existen trastornos que son muy comunes y que están claramente detectados en los jóvenes alumnos, como la depresión y la ansiedad, no obstante, en el fondo de la situación, la falta de entendimiento al tema tratado en las universidades públicas y privadas, no permiten conocer a profundidad como se manejan estos trastornos, además sin poder incluir un programa serio o poder trabajar con una postura objetiva ante esta coyuntura.

2.5 Prevalencia de ansiedad social en estudiantes universitarios

La investigación y todo tipo de estudios descriptivos y epidemiológicos de la AS han logrado extenderse a las poblaciones de estudiantes de universidad en este último tiempo, quienes son apreciados como uno de los grupos más vulnerables por las características psicosociales que

presentan, en los cuales han encontrado que la mayoría han experimentado síntomas de fobia social en el transcurso de su vida universitaria (Castellanos et al., 2011).

Existe una investigación que ha llegado a ser considerada como pionera al hablar de este tema, el cual fue elaborado e informado por Moore y Schultz (1983), aquí se encontró que, en 99 adolescentes universitarios de Estados Unidos de un rango de entre 14 y 19 años de edad, tenían soledad, la cual prestaba una relación directa con la ansiedad social, y exponía un patrón que se atribuía externamente, siendo explicado mejor por el azar y el poder de los demás, lo que explica como una baja controlabilidad de los sucesos.

Los autores Strahan y Conger (1998), comunicaron que el 33% de un grupo incorporado a su estudio con alumnos de la carrera de psicología, revelaban que tenían todo tipo de síntomas que están íntimamente relacionados con la AS.

Russell y Shaw (2009), denotaron que el 10% de universitarios que fueron encuestados presentaron fobia social de moderada a severa.

Wichmann et al., (2004), estudiaron las atribuciones causales, como las metas, eficacia y respuestas sociales de 457 niños de Canadá de cuarto a sexto grado de educación primaria, a quienes sus compañeros los reconocían como socialmente retraídos, quienes mostraron un patrón de atribución interna y estable ante los fracasos y externa e inestable para los éxitos (auto-rechazo) e intimidad en el fracaso de contextos sociales. Mostraron una baja autoeficacia para llevar a cabo estrategias de asertividad y metas de resolución de problemas, mientras que demostraron tener una preferencia hacia habilidades inhibidas y menos asertivas para el manejo de situaciones problemáticas. Pese a ello, en este estudio los niños no mostraban una falta de control en sus logros y fracasos sociales respecto al grupo control.

A pesar de no contar con estudios en Ecuador, uno de los pocos estudios realizados en América Latina para obtener cifras epidemiológicas representativas en estudiantes universitarios, ha sido realizado en México, la prevalencia de fobia social fue del 3.9%. Parece ser un problema significativo, en todos los estudiantes universitarios mexicanos. Los resultados revelaron que el sexo femenino presentó más temor en primer lugar a tener una valoración que los perjudique, como también y en segundo lugar el grado de dificultad de depender de otras personas en diferentes niveles sobre todo en la afectiva (García et al., 2008).

En una investigación realizada por Johnson (1991), en Estados Unidos, examinó el estilo atribucional con un grupo de 76 adolescentes de universidad, en el cual halló que quienes tenían unos síntomas relacionados a la ansiedad social tenían patrones atribucionales muy parecidos a personas que padecían depresión. Precisamente, los ansiosos atribuían los resultados positivamente menores a factores internos y estables, y los resultados negativamente mayores a factores internos, estables y globales.

La Asociación Americana de Psiquiatría de Estados Unidos (APA, 1994), realizó un estudio para determinar la prevalencia de las enfermedades mentales, en el cual encontró que la AS estuvo entre las primeras diez en el grupo de adolescentes con un rango de edad de entre 15 y 25 años.

Haller et al. (2016), encontró en un estudio de 98 jóvenes de Inglaterra, que los adolescentes que eran ansiosos sociales, en relación con los no ansiosos, mostraban tener más posibilidades de elaborar atribuciones internas para los contextos sociales negativos y menos probabilidad en atribuir internamente las circunstancias sociales catalogadas como positivas. Así mismo, los adolescentes que tenían una alta AS analizaban de forma menos positiva y más negativa en el ámbito social. Los descubrimientos que se lograron tanto en los adolescentes como en los adultos que presentaban AS, determinado por interferencias cognitivas atencionales, existencia de sesgos interpretativos ante situaciones interpersonales que sean consideradas como amenazantes o ambiguos y un menor funcionamiento ejecutivo. Por el contrario, pese a disponer de este perfil cognitivo desadaptativo, aun así, no se ha conseguido descubrir si los jóvenes con alta prevalencia en AS muestran un estilo atribucional negativo ante contextos académicos. (Delgado et al., 2018)

Todo este análisis de datos sobre la AS en alumnos de universidad, podrían ser de profunda ayuda y relevancia para futuros estudios e investigaciones en la educación superior del Ecuador, claro está, que no son datos obtenidos en nuestro país, sin embargo, logrará crear conciencia en este significativo tema, debido a su escaso interés e ignorancia sobre la magnitud que puede llegar a ser esta problemática en los estudiantes.

2.6 Síntomas de la ansiedad social

Se enfatizarán y explicarán solamente los criterios de diagnósticos, según Caballo (2018), las personas con TAS presentan manifestaciones clínicas relevantes en su forma de pensar, sentir y actuar. Este trastorno implica diferentes modos de respuesta que son: Aspectos fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales (Caballo et al., 2018).

2.6.1 Aspectos Fisiológicos:

- Aumento de la tasa cardíaca (palpitaciones, el corazón late más deprisa para enviar sangre a los músculos y aumentar la capacidad para luchar o huir).
- Temblores o sacudidas (manos, piernas y rodillas).
- Tensión muscular (para luchar o huir).
- Rubor facial (sonrojarse), llega más sangre a la cabeza y el rostro.
- Sudoración (para regular la temperatura corporal).
- Activación de las glándulas suprarrenales (liberación de adrenalina para preparar al cuerpo para la acción, convirtiéndose en una “inyección de energía”).
- Alteración de la respiración, como respiración rápida o dificultad para respirar (se vuelve más rápida y menos profunda para llevar más oxígeno y aumentar la capacidad del cuerpo para luchar o huir).
- Molestias gastrointestinales (náuseas, mareos, “pellizco en el estómago, dolor, gases, diarrea, estreñimiento).
- Dolor en el pecho.
- Sensación de vacío.
- Boca seca (se produce menos saliva, cuesta más tragar).
- Escalofríos.
- Sensación de desmayo.

- Manos frías y pegajosas (los vasos sanguíneos se contraen para impulsar la sangre hacia los músculos principales, involucrados en la huida).
- Sensación de hormigueo o entumecimiento.

2.6.2 Aspectos Cognitivos:

- Se desbordan con detalles irrelevantes.
- Conceptos rígidos sobre la conducta social apropiada.
- Interferencia cognitiva por pensamientos perturbadores, confusos y distractores.
- Dialogo interno de auto verbalizaciones negativas.
- Creencias sociales disfuncionales.
- Patrones excesivamente elevados para la evaluación de la actuación.
- Tendencia a rebajar la eficacia de la propia conducta.
- Hipervigilante ante los sentimientos e intenciones de los demás especialmente los indicios de rechazo o desaprobación.
- Inquietud desmedida por el juicio y la valoración negativa del miedo a ser negado socialmente.
- Búsqueda de aprobación por parte de otras personas.
- Presentar baja autoestima menospreciando sus éxitos y destacando sus derrotas.
- Mayor conciencia de sí mismo, o especialmente de aspectos internos como la tensión, el temblor o la torpeza.
- Atención selectiva hacia las señales socialmente amenazantes ya sea aspectos negativos de la propia actuación.
- Fantasías negativas que producen ansiedad de anticipación.
- Patrón patológico de la atribución de las causas de los éxitos y fracasos sociales.
- Percepción de falta de control sobre la falta de conducta.

- Sensación de ser inferiores o menos capaces que los demás.
- Preocupación por parecer sumisos, torpes e incompetentes a nivel social.
- Preocupación excesiva por hacer el ridículo.
- Preocupación por las situaciones embarazosas.
- Reacios a involucrarse en riesgos personales.
- Sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de sucesos sociales desagradables.
- Exageración de los riesgos asociados a nuevas actividades.
- Bloquearse o quedarse en blanco.
- Falta de concentración.

2.6.3 Aspectos Conductuales:

- Conductas de escape de las situaciones sociales temidas (por ejemplo, retirarse antes de la situación, fumar, beber en exceso, consumir alguna droga, etc.).
- Conductas de evitación de las situaciones sociales temidas, (por ejemplo, inventa excusas, o no hacerse cargo de la actuación, evita mirar a las demás personas a la cara, habla poco, etc.).
- Conductas de seguridad (por ejemplo, llevar consigo pastillas para la ansiedad o algún tipo de amuleto, abrir las ventanas ubicarse cerca de la salida o lugares apartados de otras personas, etc.).
- Comportamiento frío distante y tenso con aquellos que no conoce.
- Generalmente callados o poco habladores con gente con la que no tienen mucha familiaridad.
- Contacto ocular escaso con desconocidos o poco conocidos.
- Señales de intranquilidad observables en situaciones sociales temidas (por ejemplo, morderse las uñas, mover las piernas, no saber qué hacer con las manos, etc.).

- Aislamiento social activo.
- Vigilancia y alerta constantes ante amenazas sociales potenciales; detención de los menores indicios de rechazo y desaprobación.
- Se distancian de las situaciones sociales que propicien interrelaciones estrechas.
- Torpes, rígidos y reservados en situaciones sociales nuevas con mucha gente o poco estructurados.
- Ponen a prueba los demás para ver si pueden confiar en ellos.
- Búsqueda de privacidad.
- Reaccionan mal a los comentarios sugerentes de ridículo o burla.
- Personas de hábitos fijos.
- Introversos, tímidos, desconfiados.
- Tartamudeo.

2.6.4 Aspectos Emocionales:

- Temerosos y ansiosos ante situaciones poco conocidas.
- Hipersensibilidad al rechazo, desaprobación y la crítica.
- Sentimientos de inadecuación social y personal.
- Sensación de angustia.
- Sentimientos de vergüenza y humillación.
- Soledad y tristeza.
- Sensaciones de vacío.
- Labilidad emocional.
- Baja tolerancia al dolor físico y psicológico.
- Despersonalización o desrealización.

2.7 Epidemiología, curso evolutivo y etiología

2.7.1 Epidemiología y curso evolutivo

En relación a los estudios epidemiológicos, se ha podido observar y constatar que este trastorno tiene una gran influencia tanto ambiental como genética (Gelernter y Stein, 2012).

Las cifras que ofrecía la APA en el DSM-IV-TR (APA, 2000), indicaban que a lo largo de la vida el trastorno de la AS estaba entre un 3 % y un 13 %, pero no ofrecía datos sobre su prevalencia en los últimos 12 meses. En el DSM-5 (APA, 2013) se indica que esta última es de aproximadamente un 7 % en Estados Unidos.

Reciente datos de encuestas a nivel mundial de salud mental, que fueron realizadas en 15 países, informaron que la prevalencia del TAS a lo largo de la vida se encontraba entre el 0,2 % (en Nigeria) y el 12,1 % (en Estados Unidos), cuando se consideraban los últimos 12 meses la prevalencia oscilaba entre el 0,2 % y el 6,8 %, respectivamente (Kessler y Üstun, 2008).

La AS/TAS es uno de los trastornos más comunes en comparación con otros trastornos mentales, es considerado el tercer desorden mental más común, siendo uno de los trastornos mentales más prevalentes y frecuentes, siempre por detrás de los trastornos depresivos y de consumo de sustancias, con menor probabilidad de recuperación en ausencia de un tratamiento, y afecta a más de diez millones de norteamericanos. Esto equivale a un 13.3 % de la población de 50 millones diagnosticada con alguna condición de salud mental (Wei y Ross, 2004).

Según Wei y Ross (2004), creen que este TAS es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes presentando una comorbilidad en comparación a otros del 16 %. Representa un problema de salud pública en países de Latinoamérica, Norteamérica, África, Europa, Oceanía y algunos países de Asia. A lo largo de toda la vida y tomando en consideración todos los países a nivel mundial es del 4%. No obstante, existen diferencias significativas, por el nivel de ingresos de los países (mayor nivel de ingresos, más prevalencia) y en algunas regiones como África y el este del Mediterráneo son más bajas, y en América y el Pacífico oeste son más altas (Stein et al., 2017).

El problema empieza en la adolescencia y puede ir presentando un curso crónico. La edad de inicio es baja en todo el mundo, pero la cronicidad es mayor en países de ingresos medio - altos, así como en África y el este del Mediterráneo. También existen diferencias de género y, en línea

con el resto de los trastornos internalizadores, la prevalencia es mayor en mujeres que en varones, (3,6% y 2,2% a lo largo de la vida y 2,6% y 2,4% en los últimos 12 meses, respectivamente). El curso del trastorno tiende a ser semejante, aunque hay evidencia que muestra mayores niveles de disfuncionalidad en mujeres (Asher et al., 2017; Caballo et al., 2018).

Se ha comprobado que existe una mayor incidencia en grupos socioeconómicos más bajos y el riesgo incrementa en inmigrantes (Asmal y Stein, 2012).

Según los estudios indican, en general que las edades que son más afectadas por el TAS, dentro de la población adulta están los más jóvenes que son menores de 25 años, solteros y de un nivel de educación baja y con un menor nivel socioeconómico, los que presentan mayores tasas de este trastorno. Además, se detectó que en estos pacientes hay una existencia de reducción de la productividad en el trabajo (Ramos et al., 2008). En las encuestas mundiales de salud mental, se comparan 4 grupos de edad: entre 18 y 34 años, entre 35 y 49, entre 50 y 64, y 65 o más. En el estudio se descubrió que la mayoría de los países (9 de 15) el grupo de menor edad es el más afectado. A medida que avanza la edad se observa una tendencia a disminuir la presencia del TAS (Caballo et al., 2018).

En las investigaciones que se han realizado con adultos, estos han indicado que este problema lo padecieron desde la adolescencia o durante los primeros años de la edad adulta. El inicio está entre los 12 y los 18 años, con una edad media de 15 años. De todos modos, existen otros estudios en los que se revela que el trastorno suele aparecer un poco más tarde, entre los 16 y los 20 años. Así y todo, se debe señalar que aproximadamente un 30 % de los casos empiezan antes a la edad de 10 años, y también, que la adolescencia es el período de edad más propicio para la aparición de este trastorno (Caballo et al., 2018).

A diferencia de otros trastornos de ansiedad, como se mencionó anteriormente, la ansiedad social aparece frecuentemente a edades tempranas del desarrollo y su curso suele ser permanente si no es tratada, lo que puede generar una interferencia considerable sobre el desarrollo social de los menores. Además, el malestar producido por la ansiedad social y sus respuestas evitativas repercuten negativamente en diferentes áreas funcionales de los niños. Así, la escasa participación en clase, la resistencia a presentar trabajos en el aula o la tendencia a evitar preguntar al profesor lo cual impide la aclaración de dudas (Bernstein, et al., 2008), y el alto absentismo (Van Roy et

al., 2009), contribuyen a que el estudiante ansioso obtenga calificaciones académicas más bajas y fracase en la escuela.

Este trastorno empieza más temprano que muchos otros trastornos que suelen presentarse de forma comórbida, pero con algunas excepciones como son las fobias específicas, el trastorno de déficit por atención o el trastorno de ansiedad por separación. A su vez, el inicio temprano pronostica la aparición a largo plazo de cuadros depresivos y abuso de sustancias, y esto a su vez anunciará altos niveles de disfuncionalidad e interferencia en la vida de los seres humanos (Belloch et al., 2020).

Según Caballo et al., (2018), a pesar de los avances producidos en el campo del TAS, aún no se conocen claramente los factores etiológicos de este trastorno. Lo que más se aproxima a esta idea son los estudios que presentan, de forma retrospectiva, la correlación entre la fobia social y algunas variables de tipo biológico, psicológico y social. Hoy en día se tiene muy claro que este y otros trastornos psicopatológicos no se deben a una sola causa, sino que su aparición está ligada a la conjunción e interacción de varias de ellas.

2.7.2 Etiología

Está determinada por numerosos aspectos de relación en las situaciones sociales, se destacan los componentes de evitación y temor que están presentes en los individuos fóbicos. Se determina por distintos factores: psicológicos, evolucionistas, familiares, ambientales, socioculturales, evolutivos, temperamentales, neurobiológicos (neuroendocrinos, genéticos y biológicos), sin lugar a dudas, la conexión que puede haber entre distintos de estos elementos resaltará de sobremanera el acontecimiento de esta vivencia, esto demuestra claramente la gran complejidad de este trastorno (Sierra et al., 2006).

Como cualquier otro trastorno de ansiedad, la AS tiene distintas bases como las que se mencionaron anteriormente, como lo describen los autores Bornas y Tortella (1988), hay otros sucesos que pueden ser parte del inicio o la protección de este trastorno en el tiempo como son: las interpretaciones erróneas de la realidad, las escasas HHSS, la inhibición de respuestas y aseveraciones y afirmaciones que sean autodestructivas para la persona. Sierra et al., (2006), defiende las distintas causas que determinan a este trastorno, las cuales se detallan a continuación:

a. Factores evolucionistas

El autor Marks (1987), explica que el peligro se suscita por intermedio al miedo existente a una persona extraña o por un miedo que puede tener a sus semejantes. Por ejemplo, un miedo de un niño de 8 meses y 2 años de edad a una persona completamente desconocida se comprendería preferiblemente desde un enfoque evolucionista, además el contacto con sus amigos es de valiosa significación ya que repercute en el desarrollo social del individuo. A razón de los modelos, guías, normas que se establecen por la cultura y tradición de sus padres o de personas mayores, los niños adquieren miedos que logran ser adaptados con el paso del tiempo.

En la morfología cerebral, podemos evidenciar una larga evolución que el ser humano ha ido experimentando. De acuerdo con los autores Trower y Gilbert (1989), existen diferentes zonas en el cerebro humano, cada una es comprendida por diversas labores como primero las del sistema límbico que cumplen la función en los vínculos de apego, así como también en los estilos de crianza, otro es el accionar del complejo – R o cerebro reptiliano el cual tiene que ver con el proceder de orden competitivo, las funciones automáticas por reacción a diferentes estímulos y en tercer lugar el neocórtex tiene influencia con la representación simbólica de los sucesos del exterior (Trower et al.,1990). Todas estas estructuras cerebrales llevarán a los individuos a tener juicios de como predecir sucesos y sus propias circunstancias. Según Hofmann et al., (2000), la AS y el miedo, pasarán por encima de una transformación evolutiva de estos elementos cognitivos.

b. Factores evolutivos, temperamentales, ambientales y familiares

- Factores ambientales y familiares

Los elementos familiares de vulnerabilidad están los estilos de crianza entre ellos encontramos: la sobreprotección desmedida, el enorme control y la intromisión; el abandono, el modelado y el insuficiente contacto con los escenarios de orden social. En lo que concierne al modelado, se ha evidenciado que la familia en primer grado de individuos que padecen AS tiene una muy alta probabilidad de sufrir altos niveles de este trastorno (Bruch et al., 1989).

En los estilos de crianza que pueden considerarse como inadecuados, un factor significativo es la poca o nula autorización de darse a la exposición de las relaciones sociales. Esto implica a la persona tener sentimientos de negación, incapacidad de poder actuar frente a la

situación e incompetencia por la ausencia de familiaridad. En este escenario, la persona cree y siente que sus padres son poco comunicativos, sobreprotectores, incapaces de proporcionar apoyo emocional y sobre todo afecto (Arindell et al., 1983).

Además, según Bruch (1989), se ha podido establecer que, para el apareamiento de la AS, existe un papel trascendente en los acontecimientos como el surgimiento de enfermedades típicas sobre la apariencia física de la adolescencia o primera infancia como el acné, el ser rechazado por los demás, el ser hijo único.

En cuanto al vínculo existente entre padres con sus hijos, se demuestra la existencia de los factores ambientales, debido a que los hijos principales son el modelo y ejemplo, razón por la cual esta transmisión se da porque los segundos hijos adoptan esos temores aprendiendo por medio de un análisis observacional. Uno de los principales reveladores en el comienzo de la AS es sin duda, los factores de riesgo que se pueden presentar la familia, un claro ejemplo de este tema es la sobreprotección que ejercen los padres sobre sus hijos, la poca libertad que poseen en la toma de decisiones, así como la fuerte disciplina que se enseña con castigo, las cuales son terminantemente perjudiciales para el niño, además la ausencia del soporte emocional de los padres a los hijos, las tendencias parentales de restarle importancia a las opiniones de los demás. En el inicio de la fobia social se ha descubierto diferencias de género que son estadísticamente significativas en función de los problemas familiares (Arindell et al., 1983).

Después de la realización de varias investigaciones se ha conseguido identificar que la ausencia de los padres o la falta de adultos de confianza es muy contraproducente y apoya al surgimiento de la fobia social, sobre todo en los jóvenes masculinos. Mientras que, en las muchachas, los factores de riesgo tienden a ser otros, como son: los conflictos que tienen con los padres a lo largo de su crecimiento, el abuso físico y psicológico en la infancia por parte del padre y el síndrome maniático de la madre (excitación y presentación de un grado enérgico de expresión afectiva) (DeWit et al., 2005).

- Factores temperamentales y evolutivos

Los jóvenes tienden a ser más susceptibles a ciertas expresiones comportamentales, como la crítica de sus semejantes, la desaprobación social y el mal humor, sobre todo los sujetos ansiosos la presentan tanto en la adolescencia como en la preadolescencia. Sin embargo, en la etapa de la

preadolescencia la AS consigue sus valores más elevados por el aumento de la exigencia social. En el curso de esta etapa los individuos obtienen componentes cognitivos que son imprescindibles para el avance del trastorno. Al mismo tiempo, son conscientes de su conducta y su aspecto, y sus pensamientos y opiniones que tengan respecto a un tema, podrían ser contradictorias para los demás (Botella et al., 2003).

Botella et al., (2003) también visualiza que la época en la que se empieza a exigir que cumplan con sus deberes sociales a los adolescentes y niños es justamente en los últimos años de la infancia y los primeros años de la adolescencia, quienes además empiezan a tener un proceso de evaluación por parte de superiores y compañeros de clase, como exponer y contestar en público a las preguntas realizadas en clase, participar con sus compañeros haciendo grupos, o dar pruebas orales. Las demandas de los padres en este tiempo sobre las interacciones sociales que deben tener sus hijos, hacen que el joven empiece a sentirse forzado a un proceso de socialización, como, por ejemplo, tener la iniciativa de tener citas con personas del sexo opuesto o elegir a cada uno de sus amigos. Estos factores junto a otros tipos de acontecimientos como el avance de la habilidad de aceptar la diferente forma de pensar de las otras personas, así como la autoconciencia son requisitos significativos en el surgimiento de la AS. Sin embargo, los sujetos que presentan en su vida diversa sintomatología de fobia social durante su adolescencia, no tendrían porque realmente desarrollar el trastorno.

Rosenbaum et al., (1994), asegura que más allá de que los jóvenes tengan una marcada predisposición de eludir escenarios sociales nuevos, se demuestra con seguridad, que los niños y niñas que tienen rasgos en valores altos de miedo, timidez, introversión o retraimiento social, a futuro presentan diferentes aspectos de vulnerabilidad como la ansiedad, la evitación y las fobias.

c. Factores neurobiológicos

Según Bousoño et al., (1999) el estudio referente a las posibles bases orgánicas de trastorno psicológico como el de la ansiedad social, se debe a la injerencia de los avances tecnológicos en investigación psiconeurológica. La génesis que presenta se debe principalmente a la participación de las variadas series de receptores de neurotransmisores como son: dopaminérgico, adrenérgico, serotominérgico y gabaérgico.

La AS presenta distintas bases neuroanatómicas en la región que está conectada el hipocampo con la amígdala, este lugar se lo conoce como: sistema de alarma del cerebro, el cual avisa de ciertos peligros y amenazas a nuestro cerebro (Tillfors, 2004).

De esta manera, según Furmark (2004), las personas que padecen ansiedad social, presentan distinta variabilidad genética en el neurotransmisor de la serotonina el cual comprende a la amígdala de diferentes síntomas y excitabilidad.

Resumidamente, en la región humana que es la promotora del gen transportador de serotonina existe un polimorfismo, este es concomitante con unos efectos que terminan siendo perjudiciales, inconvenientes, desfavorables y dañinos, es por esa razón se presenta la movilización de la amígdala.

- Bases genéticas

En el TAS, al presente no se ha logrado encontrar cual es el apropiado tipo de influencia genética ya que existen pocos datos que sean referentes, hay información escasa y se desconoce mucho sobre este asunto, debido a que su estudio se encuentra en sus primeras fases. En el tiempo presente, hace mucha falta de información sobre este tema y sobre todo de antecedentes que ayuden eficientemente a la transmisión hereditaria, así, es difícil sacar conclusiones, a pesar de las investigaciones realizadas a gemelos, que están centradas más en los miedos sociales como la timidez, el retraimiento o la insociabilidad (Ballenger et al., 1998). Sin embargo, en un trabajo de investigación realizado por Tillfors (2004) a gemelos y familiares se ha encontrado una relación de una contribución hereditaria en el desarrollo de este trastorno, por los factores genéticos y medioambientales.

De todos modos, los factores genéticos están presentes en el desencadenamiento de los síntomas de ansiedad como de la aparición de diferentes fobias, como la fobia social. A medida del avance de los estudios, se han hallado datos que apoyan la hipótesis de la predisposición de la herencia de genes y medioambientales, que indican que parientes de las personas con este cuadro pueden tener un riesgo muy alto de tener la enfermedad. Entre un ejemplo que se puede citar, está el de Gelernter et al., (2004), quienes hicieron una investigación en el cual evidenciaron que existe una relación entre los marcadores del cromosoma 16 y la fobia social y, además, en que los cromosomas 9, 14 y 18 tienen una implicación en la AS.

- Bases biológicas

Por lo común, se tiene el concepto de que los fármacos o la medicina no está relacionada o no va uniformemente en trayectoria a la patogénesis de la AS, por tener desenlaces que no coinciden. Aún así, hay medicamentos que son completamente válidos en el tratamiento de este trastorno: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), las benzodiazepinas, la fluoxetina, sertralina y paroxetina, que son los inhibidores selectivos de la serotonina.

Desde otra perspectiva, Clark et al., (2003), confirma que actualmente hace una falta inmensa de análisis e investigaciones que fortalezcan el examinar los mecanismos endocrinos que están presentes en la AS, así con el único fin de poder establecer métodos de tratamiento que sean actuales para la fobia social.

Por ejemplo, la fluoxetina unida a la autoexposición de individuos que tienen AS, ha demostrado tener una mejoría significativa, sin embargo, los resultados que han sido conseguidos representaban ser mayores basados en una psicoterapia cognitiva. La terapia trabajada con las benzodiazepinas favorece la neurotransmisión modulada por el ácido aminobutírico gamma. Por otro lado, el tratamiento enfocado con los inhibidores de la monoaminoxidasa, ayudarán a mejorar el grado de dopamina, norepinefrina y la serotonina. Un procedimiento mediante la clonidina ha tenido éxito en pacientes con fobia social (Clark et al., 2003).

A su vez, el sistema serotoninérgico está relacionado con el origen biológico de la ansiedad social en particular y de los trastornos de ansiedad, en general. Las mujeres en especial a comparación con los varones que padecen AS, tienen una respuesta más enérgica, la cual apunta a una tener una disfunción serotoninérgica. En esa misma línea, en el sistema dopaminérgico, existe un alto aumento de personas con este trastorno, quienes a futuro van a presentar la enfermedad progresiva que afecta al sistema nervioso conocida como: “enfermedad de Parkinson”, estos ayudan y representan nuevas y diferentes investigaciones sobre los principios de la fobia social (Hollander et al., 1998).

- Bases neuroendocrinas

Al día de hoy, hay muy pocas investigaciones sobre los mecanismos endocrinos de la ansiedad social. A pesar de ello, una interesante investigación demuestra que las personas que presentan este trastorno, experimentan aumentos de la presión sanguínea arterial, a comparación

de otras personas que no sufren de AS, todo esto se debe al aporte de la TRH, la hormona hipotalámica liberadora de tirotrópina.

Según Harro et al., (1993), la colicistoquinina, funciona como agente regulador para el temor y la ansiedad, así como también ayuda a el córtex y la zona límbica, todo esto se debe por la interferencia de esta sustancia que se encuentra en una participación elevada en determinadas zonas del cerebro.

Liebowitz et al., (1987), menciona que en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, las personas ansiosas socialmente exponen una función que es normal. De manera interesante, los síntomas de la AS se deben en gran parte a la consecuencia de la dopamina central.

Existe la posible correlación del aumento en la descarga de la dopamina central con el temperamento de extraversión. Todo el nivel central que la dopamina libera, puede tener una conexión con la extraversión que esta presente en la vida social de un individuo (King et al., 1986).

d. Factores psicológicos

Las personas socialmente ansiosas son intranquilos y nerviosos, debido a sus intrusivos pensamientos que hacen que la persona este pendiente del funcionamiento de su cuerpo como de: sudar, ruborizarse, temblor de las manos etc., a lo que se lo conoce como la activación fisiológica, lo que más le preocupa a la persona es la percepción que tienen las otras personas, sobre lo que le puede estar ocurriendo. Dicha acción hace que experimenten ansiedad y estrés a niveles altos y en cambio, bajos niveles de atención prestada por otras personas, esto interfiere de forma negativa en la interacción social, lo que hace plantearse la relación con la personalidad. En esta línea, se ha descubierto que las personas con fobia social, presentan puntuaciones considerablemente altas en introversión y neuroticismo que las demás personas (Echeburúa y Salaberría, 1999).

Según Echeburúa (1993), existen otros factores psicológicos de gran consideración, como son los de aprendizaje, del que se desprende la ansiedad condicionada o la pérdida en las HHSS.

La falta de algunos elementos del comportamiento, los cuales son trascendentes para el desenvolvimiento en las relaciones interpersonales, por lo mismo, la AS puede ser el resultado de un suceso traumático que se ha dado en un encuentro social (Clark y Wells, 1995).

En el surgimiento como en el mantenimiento de la ansiedad social, varios procesos cognitivos como son: los juicios de interpretación, la memoria y la atención representan un valor que se considera significativo en el mismo, actuando como causas proximales. El desempeño del contenido de las estructuras, de las cogniciones, de las estrategias de procesamiento de información, se consideran fundamentales para este trastorno, en virtud de que estos ayudarían a explicar cómo también a describir a la ansiedad social (Sierra et al., 2006).

e. Factores socioculturales

Cualquier aspecto que ejerce algún impacto sobre los componentes de la teoría de la autorrepresentación y la conducta interpersonal (impresionar a los demás y la probabilidad de conseguirlo), lo hará igualmente sobre la ansiedad social. Es decir, que cuanto más alto sea su criterio de comparación, más elevado será el nivel de ansiedad que experimentará. Sucede cuando se relaciona con personas de fama o de una gran incidencia social, esto provocará que el individuo se juzgue así mismo negativamente, presente insatisfacción y obtenga mala gratificación personal (Schlenker y Leary, 1982).

Conforme a la fobia social de la autopresentación, se ha encontrado que la AS está asociada con el aumento de las expectativas positivas y la disminución en las negativas. Esta teoría representa importancia en la comprensión de la fobia social en el surgimiento, adquisición y mantenimiento de la misma (Eggleston et al., 2004).

Desde otro punto de vista, los autores Botella et al., (2003), asegura que los valores que existen en cualquier cultura son de suma importancia en la vida de una sociedad, debido a que ésta, dirige principalmente sus comportamientos dentro de la colectividad, lo que marca un legado cultural, el cual se transmite en generaciones. Estos pueden ser el éxito, el fracaso, el reconocimiento social. Así, en la persona o el grupo, estos principios que son tradicionales y culturales, influyen directamente en la AS, por ejemplo: la diferencia que existe en las creencias transmitidas por una determinada cultura, asociadas al machismo por la sumisión a la autoridad como de padres, los jefes masculinos, los hermanos etc., que son reflejadas en las diferentes sociedades como la accidental frente a la oriental.

En el mundo, existen claras diversidades en la forma de llevar un tipo de vida por la cultura. Mientras algunas promueven el apoyo, solidaridad y una relación estrecha entre amigos, compañeros, vecinos y familia, otras, fomentan la soledad y la participación escasa en relaciones interpersonales.

2.8 Diagnóstico

El Trastorno de Ansiedad Social se encuentra en los manuales de clasificación diagnóstica, según: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, of American Psychiatric Association (APA), y Classification of Mental and Behavioural Disorders CDI-10, of World Health Organization.

En este estudio utilizaremos las dos clasificaciones, el (DSM-5) de la APA (2013) y el (CIE-10) de la OMS (1992), las cuales describen los siguientes criterios diagnósticos:

- **Criterios según el DSM – 5 (APA, 2013):**
 - a) El temor o la ansiedad son intensos en una o más situaciones sociales en las que la persona está expuesta a la posible evaluación por parte de los demás. Todos los ejemplos incluyen interacciones sociales. Por ejemplo, mantener una conversación, interacción con desconocidos, ser observado, comer o beber y actuar delante de otras personas, dar una conferencia. Nota: en los niños, la ansiedad no solo debería ocurrir con la interacción con los adultos, sino que debería ocurrir frente a los iguales.
 - b) La persona teme actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad por los que pueda ser evaluado negativamente, es decir, que sean humillantes o vergonzosos, que produzcan rechazo u ofendan a otros individuos.
 - c) Las situaciones sociales provocan casi siempre temor o ansiedad. En los niños, el temor o la ansiedad pueden expresarse con llanto, berrinches (rabietas), quedarse paralizado, conducta pegajosa, retraimiento o dejar de hablar en situaciones sociales.
 - d) Las situaciones sociales se evitan o se enfrentan con un temor intenso o ansiedad.
 - e) El temor o ansiedad son desproporcionados respecto a la amenaza real de la situación social y el contexto sociocultural.

f) El temor, la ansiedad o la evitación son persistentes, y la duración típica es de 6 meses o más.

g) El temor, la ansiedad o la evitación ocasionan un malestar clínicamente importante o un deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.

h) El temor, la ansiedad o la evitación no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, por ejemplo, abuso de drogas, medicamentos, fármacos, o a una enfermedad médica.

i) El temor, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno del espectro autista o el trastorno dismórfico corporal.

j) Si hay otra enfermedad médica, por ejemplo, enfermedad de Parkinson, desfiguración por quemaduras o lesiones, la obesidad, el temor, la ansiedad o la evitación no están relacionados con ella o son excesivos.

(APA, 2013).

- **Criterios según el CIE 10 – OMS (1992):**

- a)** Presencia de (1) o (2):

- 1. Miedo acusado a ser el centro de atención o temor a comportarse de un modo que resulte embarazoso o humillante.

- 2. Evitación notable de ser el centro de atención o de situaciones en las que teme comportarse de una forma que resulte embarazosa o humillante.

- b)** Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse con conocidos en público o introducirse o permanecer en situaciones de grupos reducidos, por ejemplo: fiestas, reuniones de trabajo, clases.

- c)** Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, los cuales tienen que presentarse conjuntamente al menos en una ocasión desde que se inició el trastorno. Y además tener uno de los siguientes síntomas:

1. Ruborizarse.
2. Temor a vomitar.
3. Necesidad imperiosa de, o temor a, orinar o defecar.

d) Malestar emocional importante ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación.

e) El paciente reconoce que esos síntomas o esa evitación son excesivos o irracionales.

f) Los síntomas se limitan a, o predominan en, las situaciones temidas o cuando piensa en ellas.

g) Criterios de exclusión más frecuentes: los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como los trastornos mentales orgánicos (F00-F09), esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del estado de ánimo (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo compulsivo (F42), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

(OMS, 1992).

CAPÍTULO III

3. HABILIDADES SOCIALES

3.1 Definiciones

Las habilidades sociales (HHSS) son conductas que pueden ser aprendidas en circunstancias interpersonales para alcanzar un reforzamiento del ambiente. Se consideran como vías hacia los objetivos que tiene la persona. Para entender esta definición es necesario poner énfasis en tres aspectos. Primero: comprender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia resultados reforzantes. Segundo: las situaciones entre individuos en las que se manifiestan habilidades sociales, y tercero: describir la conducta social de modo objetivo (Kelly, 2002).

Además, Kelly (2002), menciona que las HHSS se basa en la función que desee darle o que necesite la persona. Principalmente, sirven para proporcionar nuevas relaciones con otros, también para lograr objetivos o adquirir reforzadores, por último, servirán para impedir que los demás bloqueen el reforzamiento que el sujeto necesita.

Otra definición es la de Caballo (1997), la cual la limita a un conjunto de conductas que realiza un sujeto en un contexto interpersonal, además de habilidades de actuaciones que se irán aprendiendo, en el que expresa sentimientos, opiniones, actitudes, deseos o derechos, de un modo que sea adecuado para cada ambiente, respetando esas conductas en los demás, y que por lo común resuelve los problemas urgentes de esa situación, mientras minimiza la existencia de nuevos problemas. Cualquier destreza en x situación crítica está determinada por distintos factores como ambientales, variables de la persona o la interacción entre los mismos.

La habilidad social según Alberti y Emmons (1978), es una característica del comportamiento y no de las personas, es específica para ese problema o situación, no es universal. Se debe contemplar en el contexto cultural del sujeto, está basada en la capacidad de escoger libremente su acción. Además, es una característica de la conducta socialmente eficaz que no hace daño a los demás.

Es la habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo (Rich y Schroeder, 1976).

La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social. (Hersen Y Bellack, 1977).

Saunders et al., (1981), sugieren que es un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo.

Según manifiestan Meichenbaum et al., (1981), las HHSS deben considerarse dentro de un marco cultural determinado, los patrones de comunicación cambian entre distintas culturas y dentro de una misma cultura, en función de otros factores como la edad, sexo, clase social y educación. El grado de eficacia mostrado por un sujeto dependerá de lo que desea lograr en la situación personal en que se encuentre. Por consiguiente, la conducta socialmente habilidosa debería definirse en términos de eficacia de su función en una situación, en la conducta considerada apropiada, la persona tiene sus propias actitudes, creencias, valores y estilo único para interactuarse (Wilkinson y Canter, 1982).

3.2 Antecedentes Históricos

Las HHSS han tenido diversas raíces históricas, por lo que ha sido complejo reconocer algunas de ellas. Distintas bases no han sido reconocidas tempranamente como antecedentes de las habilidades sociales lo suficiente y hasta han sido ignorados durante un gran tiempo, según Philips (1985), los primeros intentos de estudios en entrenamiento en habilidades sociales (EHS) fueron realizados a niños, los cuales consistían en estudiar los distintos aspectos de su conducta social, por los autores: Jack (1934), Murphy y Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) y Williams (1935) (como se citan en Caballo, 1993, p.1), aspectos que en la actualidad serían referentes para el estudio de las HHSS. Existieron diferentes escritos teóricos neofreudianos los cuales además de ser criticado este proyecto, presento objeciones al énfasis del psicoanalista Sigmund Freud en los instintos biológicos, y favorecieron un modelo más interpersonal de desarrollo, relacionado con el EHS (Curran, 1977).

Sin embargo, se determinaron 3 fuentes que son consideradas y reconocidas por ser profundas, con un estudio científico y sistemático. La primera en Estados Unidos, siendo la más importante denominada: Terapia de reflejos condicionados (Conditioned reflex therapy) de Salter (1949), influenciada por la actividad nerviosa superior. Le siguió más tarde, Wolpe (1958), quien se convirtió en ser el primero en utilizar el término “asertivo”. Alberti y Emmons (1970), fueron quienes hablaron en su libro: Estás en tu perfecto derecho (Your perfect right) sobre la “asertividad”, el cual fue dedicado exclusivamente a este tema, dentro de las HHSS. Todos estos escritores dieron pasos agigantados e innovaron en este tema tan significativo, dándole un gran impulso a las investigaciones en el estudio de las habilidades sociales. Otros autores, en los años 70, contribuyeron al desarrollo de este campo y crearon diferentes programas que estén relacionados al entrenamiento para reducir déficits en HHSS.

Conforme a Zigler y Phillips (1960), son la segunda fuente importante en el trabajo de este tema, también en Estados Unidos. Ellos hablaron sobre la “competencia social”, este estudio en el área de investigación con adultos institucionalizados demostró que cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes que son ingresados en el hospital, menor es la duración de su estancia en él y más baja será su tasa de recaídas.

Una tercera fuente tuvo origen en Inglaterra, en el cual hubo un énfasis distinto a los dos anteriores, no obstante, tuvo similitud en los temas, sus métodos y conclusiones. Esta tuvo raíces históricas en el concepto de “habilidad”, aplicado a las interacciones entre hombre y máquina, en la que la relación de ellas, aplicaba características motoras, perceptivas, decisoras y concerniente al procesamiento de información. A su vez el concepto de “habilidad” frente a la relación entre hombre y hombre, dio énfasis a un valioso y necesario trabajo sobre las habilidades sociales en este país (Welfrod, 1966).

Se presentaron una serie de evoluciones en los términos hasta llegar al de las “habilidades sociales” como tal, en los Estados Unidos, Salter (1949), describió la expresión “personalidad excitatoria”, la cual años más tarde Wolpe (1958), la cambiaría por “conducta asertiva”, Lazarus (1971) por “libertad emocional”, Liberman y Cols., (1975) por “efectividad personal”. Por otra parte, ninguno de estos términos progresó. A su vez, ya en Inglaterra, se manejaba la terminología de “habilidades sociales”, pero desde una perspectiva con algunas diferencias, la cual sustituyó el término “conducta asertiva”.

3.3 Clases de las habilidades sociales

Existen varios tipos de habilidades sociales, según Caballo et al., (2018), el cual presenta una clasificación que está compuesta por 10 clases, las cuales 5 de ellas tiene una influencia recíproca con las 5 dimensiones de la ansiedad social. El autor describe las siguientes clases:

3.3.1 Interactuar con desconocidos

Hace referencia a los comportamientos que tiene la persona, de tener interacciones con los demás, sean desconocidos o quienes conozca poco. Algunos ejemplos son: charlar en reuniones con personas que no conozco, hacer nuevas amistades, tener una conversación con gente a quién acabo de conocer, salir con gente que conozco muy poco, ir a una fiesta donde todos son desconocidos, hablar con una o varias personas que conozco poco e introducir temas nuevos al diálogo, asistir a una reunión y sin conocerlos, entablar un diálogo.

3.3.2 Expresar sentimientos positivos

En esta dimensión se hace referencia a conductas que involucran la expresión de afecto, cariño, amor, deseos y cumplidos hacia otros individuos. Los comportamientos no tienen reciprocidad con la ansiedad social. Algunos ejemplos de este tipo de comportamiento son: dar elogios o cumplidos a la persona que estimo, aprecio o quiero mucho, expresar apoyo mediante un abrazo o una caricia a la persona familiar cuando lo esté necesitando, alentar o alegrar a alguien, agradecer cuando me dicen cosas que son agradables para mí, mostrar cariño en público a alguien más.

3.3.3 Afrontar las críticas

Esta dimensión no tiene correspondencia en el área de la ansiedad social, aunque puede tener relación moderada con: “Quedar en evidencia/Hacer el ridículo”. Esta habilidad social tiene conductas que están relacionadas a recibir críticas de otras personas y hacerles frente a las mismas asertivamente. Varios ejemplos de los comportamientos que tiene esta dimensión son: expresar una posición que tengo contraria a la de otra persona, expresar mi molestia o enfado a otro que se está metiendo conmigo, discutir abiertamente con alguien que me ha estado criticando, responder una crítica que me ha afectado, dar una opinión distinta a la que expresa otro con quien platico, responder una crítica que me hace alguien la cual me parece injusta, tener una posición contraria a la de otras personas si creo tener razón, mantener una charla con quien no comparte mi

pensamiento, utilizar el sentido del humor en un diálogo, aclarar mi opinión con varias personas cuando no logran comprenderme.

3.3.4 Interactuar con personas que me atraen

Esta fase incluye comportamientos que implican a personas que nos gustan o atraen, incluye a personas del sexo opuesto o del mismo sexo. Concuere da con una dimensión similar de la ansiedad social. Los ejemplos de conductas de esta dimensión son: iniciar una conversación con una persona que me atrae, pedirle a un sujeto que me gusta que salga conmigo, decir a un individuo que me atrae y que me gustaría conocerla mejor, tomar la iniciativa de tener contacto físico con la persona que me gusta.

3.3.5 Mantener la tranquilidad en situaciones embarazosas

Este aspecto tiene mucha concordancia con la ansiedad social en: “Quedar en evidencia/ Hacer el ridículo”, hasta tal punto que implica no ponerse nervioso en situaciones embarazosas. Algunos ejemplos de conductas que se incluyen aquí son: mantener la tranquilidad cuando me he equivocado frente a un público, mantener la tranquilidad cuando me hacen una broma en frente de muchas personas, tener calma ante las críticas que me hacen otros individuos, mantener la tranquilidad al hacer el ridículo delante de otras personas o cuando me echan en cara algo que estoy haciendo o que he hecho mal.

3.3.6 Hablar en público/Interactuar con personas de autoridad

Esta dimensión tiene estrecha relación con el ámbito de la ansiedad social. Diversos ejemplos de comportamientos que se incluirían en esta fase son: tener que hacer preguntas en clase, en una reunión o en algún acto de ámbito público a diferentes autoridades como también a profesores y compañeros, tener que responder a una pregunta de un profesor en clase o de un superior en alguna reunión, dar un examen oral a un profesor, leer en voz alta delante de un grupo abundante de personas, hablar en público ante desconocidos o con estudiantes de otros cursos diferentes al suyo, tener que actuar una escena de teatro por ejemplo delante de un grupo de personas que son desconocidas las cuales podrían calificar su actuación, dialogar con los demás compañeros en clase, participar en una reunión con personas de autoridad, hablar con un director o una persona que tenga autoridad, iniciar y mantener una conversación con personas superiores o leer en voz alta delante de un grupo numeroso de personas.

3.3.7 Pedir explicaciones a una persona por su comportamiento

Hace referencia a la comunicación o comportamientos adecuados o asertivos que implica pedir alguna explicación por la conducta que no nos ha gustado o nos ha afectado de la otra persona. No tiene mucha relación con las dimensiones de la ansiedad social. Ciertos ejemplos de comportamientos que se incluirían en ella son: pretender saludar a alguien cuando antes no me ha respondido el saludo, intentar pedir explicaciones a una persona que me negó el saludo, pedir alguna explicación a un individuo que me ha criticado, si alguien ha hablado mal de mí, le busco cuanto antes para aclarar las cosas.

3.3.8 Pedir disculpas por errores propios

Esta dimensión se refiere a los distintos comportamientos de petición de disculpas o de reconocer los propios errores cometidos. Este punto, no tiene mayor correspondencia con el ámbito de la ansiedad social. Algunos ejemplos que se pueden incluir en este tema son: establecer disculpas a alguna persona cuando mi comportamiento le ha molestado, aceptar que desconozco algo sobre un tema, admitir y disculparme cuando me he equivocado, reconocer una equivocación ante mi pareja, pedir disculpas a alguien cuando me ha dado una oportunidad y le he fallado, así como cuando he herido sus sentimientos o pedir disculpas cuando me dicen que he hecho algo mal.

3.3.9 Defender los propios derechos

Esta dimensión incluye comportamientos de defender nuestros propios derechos cuando alguien no los está respetando. Se parece muchísimo en el ámbito de la ansiedad social, donde se incluye la dimensión de: “Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado”. Ejemplos de estos comportamientos pueden ser: pedir que baje la voz a alguien que está hablando demasiado alto en algún lugar como el cine, la biblioteca o un restaurante, decir a alguien que no se cuele o se pase por delante sin respetar la fila, pedir a otra persona que respete mi turno de palabra, hacer saber al individuo con quien hablo que no me está prestando la atención debida, decir a otro que deje de molestar o de hacer ruido, pedir a alguien que baje la voz cuando se dirige a mí en un volumen muy alto o solicitar que se respete el turno si atienden a otra persona que ha llegado después de mí.

3.3.10 Rechazar peticiones

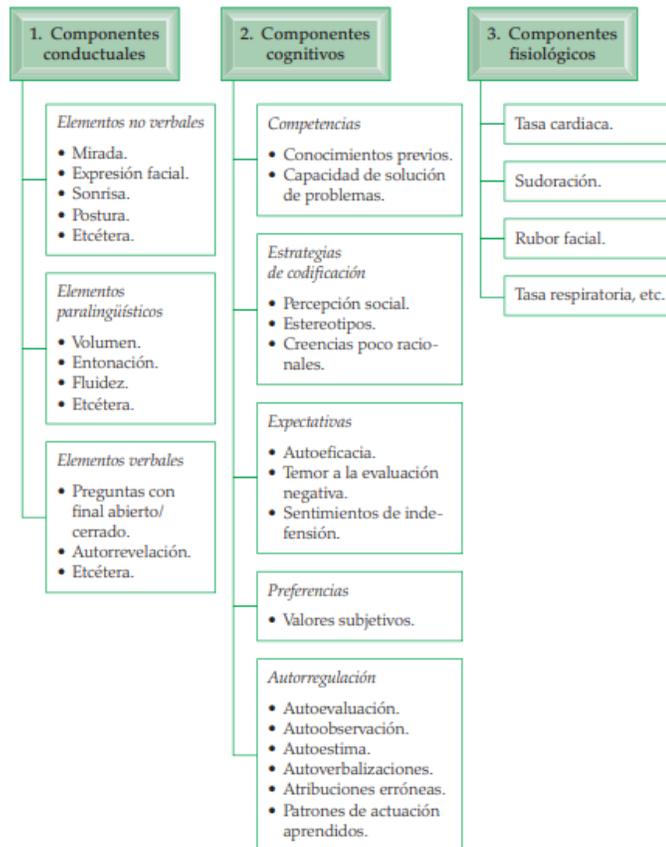
Este aspecto no tiene una correspondencia directa con el ámbito de la ansiedad social. Incluye comportamientos de rechazo hacia peticiones que no deseamos aceptar. Los ejemplos de estos comportamientos que lleva esta fase son: mantener mi negativa cuando me presionan para hacer algo que no deseo hacer, decir que no cuando no quiero prestar algo que me piden, pedir a alguien que me devuelva algo que le dejé prestado, rechazar una petición que en realidad no me gusta, tener que expresar un no en situaciones me disgusta realizar o decir que no ante lo que considero una petición poco razonable.

3.4 Componentes de las habilidades sociales

Según Caballo et al., (2018), las habilidades sociales tienen tres componentes que son: conductuales, cognitivos y fisiológicos, estos a su vez, incluyen otros.

Figura 1.

Elementos componentes de la habilidad social.



Nota. Componentes conductuales de las habilidades sociales. Fuente: Caballo et al., (2018).

3.5 Habilidades sociales y ansiedad social

El autor Leary (1983), señala que todos los casos de pacientes que padecen ansiedad social, se caracterizan por una preocupación excesiva sobre cómo la gente les percibe y los evalúa. La ansiedad social puede ocurrir en respuestas a encuentros reales o imaginarios en los que el sujeto se anticipa. Según a Curran (1977), algunos posibles modelos para explicar la etiología y el mantenimiento de la ansiedad social son tres: primero, el modelo de la ansiedad condicionada, segundo, el modelo cognitivo – valorativo y tercero, el modelo de déficits en habilidades sociales, este último afirma que el origen de la ansiedad experimentada en la interacción social es característicamente reactiva y requerido a un repertorio conductual inadecuado. La persona no sabe controlar sus exigencias en un determinado contexto que sea apropiado, lo que repercutirá en una situación desagradable que le provocará ansiedad.

Wolpe (1958), menciona que el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), es un tratamiento válido para la AS, implica la exposición a situaciones que son temidas, el cual se creó con el objetivo de ser aplicado al descondicionamiento de hábitos que no se adaptan a las respuestas de la ansiedad que se presentan como una respuesta cuando el sujeto tiene que interactuar con otras personas. Del mismo modo, gracias a la teoría de Wolpe, se logra determinar que cuando una persona procede asertivamente le es muy complicado experimentar ansiedad, sin embargo, falta evidencia directa que la habilidad social inhiba fisiológicamente a la ansiedad.

Desde otro punto de vista, existen estudios que informan, por ejemplo, que hay individuos que aseguran que cuando son asertivos, se encuentran menos nerviosos. Un estudio en particular de Orenstein y Carr (1975), afirma que la asertividad está estrechamente relacionada con la ansiedad tanto en mujeres como en hombres. Chambless et al., (1982), detectaron que la fobia social está vinculada con la falta de habilidades sociales.

En el modelo de déficits de habilidades sociales, se considera que los pacientes que tienen este problema, se enfrentarán a esta dificultad, sacando provecho al aprender e ir practicando estas habilidades de acuerdo a sus necesidades. (Butler y Wells, 1995).

Turner et al., (1994), proponen un programa para el tratamiento de la ansiedad social que consta de cuatro componentes que son: 1) Educativo, 2) EHS, 3) Exposición y 4) Práctica programada. El componente de Entrenamiento en Habilidades Sociales está definido para enseñar

las habilidades sociales de la persona y facilitar experiencia en las interacciones sociales, este elemento ayudará en tres ejes fundamentales: 1) Darse cuenta del ambiente social, 2) Mejorar las habilidades interpersonales y 3) Mejorar las habilidades para hablar en público, las tres partes se ocupan de un grupo específico de problemas comunes de pacientes con ansiedad social. Según Turner et al., (1994), en el entrenamiento de las habilidades sociales con personas que padecen ansiedad social, los temas que pueden ser comprendidos aquí son:

- Iniciar conversaciones
- Temas apropiados y mantener conversaciones
- Prestar atención y recordar
- Cambiar de temas en una conversación
- Establecer y mantener amistades
- Habilidades para hablar por teléfono
- Interacciones heterosociales
- Habilidades asertivas
- Elegir un tema y desarrollarlo
- Estrategias para evitar que el público se distraiga
- Cómo empezar eficazmente una charla
- Saber terminar una charla, forma y lenguaje
- Elementos no verbales
- Discusiones y charlas informales, participación en jornadas, congresos, juntas.

3.6 Dificultad de habilidades sociales en estudiantes universitarios

La lista de conductas que proporciona a la persona relacionarse efectivamente con los demás se las denomina: habilidades sociales, estas constituyen en una serie de conductas que

conceden a un individuo desempeñarse funcionalmente en el contexto social y que son la base de la competencia social (Del Prette y Del Prette, 2008). En el beneficio de las HHSS se comprende un proceso de aprendizaje para toda la vida, donde los contextos sociales traen modificaciones en las metas sociales, y exigencias de conductas interpersonales. En los universitarios es trascendente, el fomento de las HHSS, para mejorar y fortalecer las interrelaciones para en un futuro cuando sea un adulto independiente, pueda manejarse en cualquier rama de la vida profesional. En este momento, las habilidades interpersonales son valoradas en cualquier área de conocimiento.

Aparecen principalmente durante la adolescencia, debido a que los padres como también los profesores esperan que los estudiantes tengan comportamientos sociales que sean más adaptados y elaborados acorde a la edad que presentan (Del Prette y Méndez Barreto, 1999).

Según Morales et al., (2017), el contexto universitario es un espacio donde los estudiantes establecen relaciones interpersonales con sus pares las cuales son significativas porque se crean lazos afectivos fuera de su contexto familiar, conformando así sus propios grupos de amigos. La formación y desarrollo de las HHSS es cada vez más importante para que los alumnos puedan tener relaciones interpersonales que sean satisfactorias con sus profesores, compañeros, personal administrativo y todo tipo de autoridad universitaria, estas ayudarán a generar un grupo importante de conocimientos, experiencias y herramientas que facilitarán la formación integral de los estudiantes universitarios.

Debido a la falta de habilidades sociales, es necesario que se les pueda enseñar, preparar y capacitar a los jóvenes estudiantes, para que de esa manera obtengan estrategias que las puedan emplear y así, les permita enfrentar la transición del mundo universitario al laboral o profesional. Es necesario poner énfasis en lo fundamental de la evaluación y de la promoción de la competencia social de los alumnos y que puede ser bien definida desde diferentes puntos de vista (Morales et al., 2017).

3.6.1 Estudios relacionados a las habilidades sociales en estudiantes universitarios

En las décadas de los 60 y 70, se realizó un estudio de los autores Argyle et al., (1974), sobre la práctica social que desempeñaban los alumnos universitarios, se analizó que dicho grupo mostraba múltiples déficits en sus habilidades y aptitudes a nivel social. Además, hallaron que del 10 al 30% de una muestra de universitarios de la Universidad de Oxford tenían problemas en

escenarios comunitarios, como acercarse a otros individuos, dirigirse a bares y discotecas, tener iniciativa para empezar una charla, platicar con personas del sexo opuesto.

Dentro del contexto latinoamericano, se realizaron algunos estudios en los que Hidalgo y Abarca (1990), examinaron que un 37,3% de estudiantes universitarios de Chile mostraban inconvenientes en las relaciones con otras personas. En Colombia, los investigadores Zea et al., (1991), lograron identificar en un estudio importante para Latinoamérica las discrepancias existentes en el prestigio laboral con las dificultades para establecer relaciones sociales de los alumnos, de la misma forma, encontraron diferencias en las competencias interpersonales y la formación académica, asimismo de correlaciones moderadas entre los niveles de relaciones sociales y diferentes puntajes de logro académico.

Una investigación parecida fue la que se llevó a cabo en la universidad estatal de Colombia, en donde los autores León Camargo et al., (2009), utilizaron una muestra de 153 jóvenes universitarios del primer ciclo de las carreras del área de salud las cuales constaban: Medicina, Psicología, Odontología y Enfermería, los resultados de este estudio, demostraron que hallaron la existencia de la relación entre el nivel de asertividad y la autoestima de los alumnos.

Los autores expertos en HHSS Del Prette y Del Prette (1983), comprobaron déficits en los alumnos de la carrera de Psicología en las habilidades sociales al no poder declinar demandas, discrepar pensamientos, contraargumentar y proteger sus propias ideas con compañeros, directores y profesores.

En otro estudio realizado por los mismos autores Del Prette, Del Prette y Castelo Branco (1992), se planteó una investigación muy interesante, preguntándose si los años de formación mientras más avanza en la carrera de Psicología tenía relación con el aumento de las habilidades sociales en los jóvenes universitarios. Se evaluaron estudiantes que estaban iniciando y terminando sus estudios, la investigación arrojó interesantes resultados, no hubo mayores diferencias con los evaluados, más bien se encontraron semejanzas entre ambos, excepto en la dimensión de incomodidad. A diferencia de cómo se hubiera analizado, los datos obtenidos revelaban que el estudio de la carrera a lo largo de los años no ayuda a la ganancia de las habilidades sociales y que los estudiantes de los últimos años eran apenas más sensibles ante situaciones críticas de interacciones sociales, siendo más dificultosas que los jóvenes que iniciaban la carrera.

3.7 Etiología

La niñez es un período crítico en el desarrollo, por lo que se piensa que en esta fase se aprenden las habilidades sociales. Los niños pueden nacer con un sesgo temperamental donde los polos serían la espontaneidad y la inhibición, y su manifestación conductual se relacionaría con un heredado sesgo fisiológico, interviniendo la forma de respuesta. De acuerdo a Morrison (1990), las principales experiencias de aprendizaje interactúan con tendencias biológicas para determinar patrones de funcionamiento social, en una parte significativa de la infancia como de la adolescencia. Según Buck, en (Caballo, 2007), cree que el temperamento, determina la naturaleza del ambiente socioemocional interpersonal en bastantes aspectos, y esto a su vez, ayudando al aprendizaje. La persona que ha aprendido a manifestarse sentimentalmente crea un ambiente ricamente en el ámbito social como emocional. Por otra parte, el rasgo temperamental, determina principalmente la expresividad del sujeto, lo que le proporcionaría trascendentes alcances emocionales y sociales. El niño que tiende a ser más expresivo, proporciona más información sobre su estado emocional a los demás, y a su vez, conseguiría importante información de las otras personas, esto sin dudas, ayudaría el desarrollo de las HHSS (Caballo, 2007).

Otro estudio del temperamento infantil fue el de los investigadores Kagan y Snidman (1991), quienes hablan de la “inhibición conductual ante lo no familiar”, ellos lograron determinar que el 15 % de los niños tenían un patrón conductual de un extremo distanciamiento, además de pasividad y timidez cuando eran expuestos a personas que no les eran familiares, el 30% mostraban ser conductualmente desinhibidos, disfrutaban de lo no familiar. Los dos tipos de temperamentos son estables en los primeros 7 años de vida. Por otro lado, se puede predecir su temperamento, sea desinhibido o inhibido a los 2 años de edad. La implicación de las HHSS en los niños es clara, los que son inhibidos tendrán menos oportunidades de aprender conductas sociales, y quizás tendrán menos preocupación, mientras que a los desinhibidos estarán expuestos a más interacciones sociales, en el que el comportamiento de los demás será más recompensante a diferencia del otro grupo.

La influencia de los factores biológicos puede ser un determinante de la conducta, sobre todo, en las primeras experiencias sociales del sujeto, que podrían influir dramáticamente a futuro de su vida social (Argyle, 1969).

Si el individuo tiene mucha experiencia en una situación, el temperamento no será un elemento predictor de su conducta social, y desde otra perspectiva, si una situación es nueva para una persona y no sabe mucho sobre ella, el temperamento será un factor predictor más significativo (Buck, 1991).

La explicación con connotación más aprobada para el temprano aprendizaje de la conducta social es la teoría del aprendizaje social o modelado Bellack y Morrison (1982), aquí los niños observan a sus padres cuando hablan con otras personas o con ellos mismos y lo que hacen, es copiar la manera en cómo se expresan, es decir, lo característico de su estilo. Sus conductas verbales, conductuales y la enseñanza directa, todo esto, modelará la conducta social del niño. Todas las respuestas sociales que tendrá el infante pueden ser castigadas o reforzadas lo que harán que aumenten y mejoren o empeoren y desaparezcan ciertas conductas.

Durante la vida de un individuo las costumbres sociales, la moda, el lenguaje y la cultura, cambian, por lo que, las personas tienen que continuar con el fin de seguir siendo socialmente habilidoso. Las HHSS pueden limitarse o perderse por falta de uso, después de largos periodos de aislamiento. La actuación social puede verse afectada por perturbaciones cognitivas o afectivas, por ejemplo, la ansiedad o la depresión. (Bellack y Morrison, 1982).

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Objetivos de la Investigación

4.1.1 Objetivo General

Relacionar la ansiedad social y habilidades sociales en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.

4.1.2 Objetivos Específicos

- Establecer el porcentaje de la ansiedad social en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.
- Diagnosticar las habilidades sociales en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.
- Relacionar la ansiedad social y las habilidades sociales con los datos sociodemográficos.
- Socializar los resultados obtenidos en el departamento de bienestar estudiantil Mi UDA.

4.2 Tipo de estudio

El presente estudio investigativo tuvo un enfoque metodológico cuantitativo debido a que se realizó una medición objetiva; en primer lugar, se realizó la recolección de datos por medio de diferentes cuestionarios para posteriormente comprobar la hipótesis que se plantea en la investigación, a través de una medición numérica y análisis de datos estadísticos.

Por otra parte, el corte del estudio fue transversal porque se recopilaron datos en un momento específico y se basó en comparar diferentes variables entre sí. Tuvo un nivel de profundización de tipo relacional, debido a que se pretende medir y recoger información; lo que permitió identificar la existencia de la ansiedad social y las habilidades sociales de los estudiantes universitarios, gracias a que se analizó la repercusión de las distintas categorías, de una o más

variables que son planteadas por el Cuestionario De Habilidades Sociales (CHASO), la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS - SR) y la ficha sociodemográfica.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

El estudio se realizó en la Universidad del Azuay con los estudiantes de Psicología Clínica, efectuado en la semana del 20 de septiembre del presente año. El universo está constituido por 209 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, de los cuales son 155 mujeres (74,2%) y 54 hombres (25,8%) de entre edades 18 y 31 años de edad.

4.3.2 Muestra

Como el objetivo fundamental de la investigación es relacionar la ansiedad social y habilidades sociales en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay; la muestra fue definida en base a criterios de inclusión y exclusión, los cuales permitieron formar el grupo de estudio, siendo estos, todos los estudiantes matriculados en el período comprendido entre septiembre 2021 a febrero de 2022 de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">- Estudiantes que consten con matrícula activa en la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay en el período septiembre 2021 – febrero 2022.- Estudiantes que por su asentimiento deseen participar en el proyecto de investigación.	<ul style="list-style-type: none">- Estudiantes que no deseen participar en el proyecto de investigación.

Consentimiento informado:

Se solicitó la debida autorización a los colaboradores de la investigación con el objetivo de poder garantizar que su participación sea absolutamente voluntaria, de esa manera, los datos que se obtuvieron del estudio fueron resguardados con seguridad durante todo el proceso, se cuidó la confidencialidad necesaria para proteger la integridad de los estudiantes. La información recolectada se utilizó exclusivamente para fines académicos e investigativos, utilizando la plataforma virtual de Google Forms.

4.5 Instrumentos

4.5.1 Ficha sociodemográfica

Es un instrumento elemental que se utiliza dentro del modelo de seguridad y salud, a través del cual se reúnen datos de la persona de carácter importante, a nivel psicosocial y que se lo adapta dependiendo de los criterios de cada investigación. En nuestro estudio, con el propósito de identificar las diferentes variables que fueron planteadas. Ver en el Anexo B:

- Género
- Edad
- Ciclo académico
- Estado civil actual
- Personas con las que vive actualmente
- ¿Conoce usted lo que es la Ansiedad Social?
- ¿Ha tenido usted Ansiedad Social?
- Si su respuesta fue "sí". Indique la edad en que recibió el diagnóstico
- ¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?
- ¿Ha estado usted en tratamiento psiquiátrico por Ansiedad Social?

4.5.2 Evaluación de Las Habilidades Sociales: El “Cuestionario De Habilidades Sociales” (CHASO)

Conocida como la versión final del CHASO, el cuestionario consta de 40 ítems y 10 habilidades, está relacionado sobre la forma de como la persona actúa en las situaciones sociales. El objetivo principal es evaluar las diferentes clases de respuesta, así como también, las dimensiones que abarcan las HHSS.

Es un instrumento valioso de un autoinforme de las HHSS, gracias a las propiedades psicométricas que se logra adquirir, por su importante validez, su fiabilidad y su consistencia interna (Caballo et al., 2017).

El alfa de Cronbach para el cuestionario es de 0,88 y la fiabilidad de Guttman es 0,86. Siendo la primera habilidad, Interactuar con desconocidos, el alfa de Cronbach fue de 0,79 y la fiabilidad de Guttman de 0,82. Para la segunda, Expresar sentimientos positivos, el alfa y la fiabilidad fueron 0,81 y 0,82, respectivamente. Para la tercera, Afrontar las críticas, fueron 0,78 y 0,71, respectivamente. Para la cuarta, Interactuar con las personas que me atraen, 0,90 y 0,89. Para la quinta, Mantener la calma en situaciones embarazosas, 0,68 y 0,66. Para la sexta, Hablar en público/Interactuar con superiores, 0,80 y 0,79. Para la séptima, Afrontar situaciones de hacer el ridículo, 0,64 y 0,71. Para la octava, Defender los propios derechos, 0,72 y 0,75. Para la novena, Pedir disculpas, 0,81 y 0,83. Y para la décima, Rechazar peticiones, de 0,71 y 0,70 (Caballo et al., 2017).

4.5.3 Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS – SR)

La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (versión de autoinforme), tiene como propósito evaluar el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por la persona para ayudar al diagnóstico del TAS. Se utiliza para estudiar resultados en ensayos clínicos y, más recientemente, para evaluar la efectividad de las terapias cognitivo conductuales. La escala está conformada por 24 ítems, divididos en dos subescalas, 13 relacionados con ansiedad por actuación y 11 concernientes a situaciones sociales. Los ítems valoran el grado de temor y ansiedad, y la incidencia de la evitación. Estos responden en una escala tipo Likert que oscila de 0 a 3, siendo 4 puntos, 0 es nunca, y a su vez 3 representa habitualmente, sumando las puntuaciones directas se obtiene una puntuación para cada subescala y para la escala total (Liebowitz, 1987).

Respecto a la fiabilidad, los niveles de consistencia interna se sitúan entre 0.83 y 0.92 para las subescalas y entre 0.90 y 0.95 para la escala total (alfa de Cronbach). La fiabilidad (Guttman) de la puntuación total de la LSAS-SR está entre 0.79 y 0.94 y para las subescalas entre 0.69 y 0.94 (Salazar, 2013).

Por lo que respecta a la validez, se comparó dicha prueba con otras evaluaciones como la Hamilton subjetiva y total obteniendo correlaciones moderadas de 0'44 para ansiedad social y 0'83 en la evitación. Hubo correlaciones bajas entre EEAG y el EVA del EuroQol. No obstante, el test parece ser discriminante y estadísticamente significativo entre pacientes con fobia social y población no clínica y entre pacientes con diferentes grados de severidad. Las curvas de Roc para la escala de ansiedad fueron de 0'98, y para la escala de evitación de 0'95 (Liebowitz, 1987).

4.6 Procedimiento de la investigación

Para empezar el procedimiento se solicitó la autorización al Señor Decano de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, al Director de la Escuela y a la Junta Académica de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, donde se incluyó el diseño de tesis aceptado, el protocolo de la investigación y los test respectivos. Inmediatamente después de que se consiguió el permiso del estudio y fue aceptado por las máximas autoridades, se procedió a solicitar los listados de quienes estarían matriculados en la carrera de Psicología Clínica para el período septiembre – febrero 2021, y así, empezar a realizar la administración de los cuestionarios.

4.6.1 Aplicación de los instrumentos

Al instante de que se contó con toda la información requerida, se solicitó un espacio para la aplicación de los instrumentos de investigación y se organizó diseñando un cronograma, una visita a las aulas de clase de cada uno de los niveles de la carrera de Psicología Clínica. Para iniciar, se procedió a la explicación de la investigación y la importancia que tiene la misma, se enumeraron los objetivos, se aclaró el contenido de las preguntas y la forma de dar respuesta a los instrumentos: la Ficha Sociodemográfica, la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS - SR) y el Cuestionario de Habilidades Sociales (CHASO), se expuso lo crucial de la honestidad en sus respuestas para la eficacia de los resultados, así mismo, se manifestó que los datos obtenidos son

resguardados con total confidencialidad y que se utilizarán con fines puramente investigativos, además se esclarecieron cualquier tipo de dudas de los posibles participantes.

Más adelante, quienes querían ser parte del proyecto, se les indicó que su colaboración es completamente voluntaria, de esta manera, se necesitó la autorización de los mismos, así, a todos los colaboradores que autorizaron su voluntad de hacerlo, se les proporcionó un enlace que dirigía a la encuesta en Google Forms, en la que constaba el respectivo consentimiento informado, así como también, los demás instrumentos, una vez aceptado participarían del estudio.

A continuación de dar las indicaciones y de entregar el formulario, se les solicitó que cuando esté concluido, puedan verificar que se hayan respondido todas las preguntas correspondientes a los cuestionarios y lo envíen. Durante todo el proceso se asesoró con el fin de responder cualquier inquietud frente a los test que les fueron administrados.

4.6.2 Evaluación de los instrumentos

Después de la aplicación, cumpliendo con todos sus parámetros, se obtuvo los instrumentos llenados y terminados por los universitarios que correspondían a la muestra y que también cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se organizaron todos los resultados conseguidos en Excel 2019 en una base de datos, después se procedió a la calificación de cada una de las pruebas según las normas de cada test y de acuerdo a como lo indican los autores.

4.6.3 Análisis de datos

Posteriormente a la obtención de los datos, éstos fueron procesados y analizados utilizando el programa de software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 27. A continuación, se realizó la edición de gráficos y tablas utilizando el programa de Excel 2019, así se establecieron los resultados, consecutivamente se realizó el respectivo análisis descriptivo, exploratorio y correlacional de todas las variables del estudio. La recolección de información se desarrolló en el mes de septiembre del presente año y la evaluación y su respectivo análisis tuvo una duración de aproximadamente un mes.

4.6.4 Obtención de resultados

Finalmente, después de realizar el análisis de datos para conseguir los resultados finales, que respondan a los objetivos (general y específicos) así como también a las preguntas de la

investigación planteados en el estudio, se llevó a cabo el análisis de los resultados del mismo, que se podrán observar a continuación en el próximo capítulo.

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El actual capítulo tiene como finalidad dar a conocer los resultados que fueron obtenidos y la interpretación de esta investigación. Mediante el uso de gráficos y tablas se presenta la prevalencia de posibles casos de ansiedad social en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay y los tipos de estrategias de habilidades sociales.

5.1 Análisis estadístico

Los resultados se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión, el comportamiento de datos según la prueba Kolmogorov Smirnov fue no normal ($p < 0.05$) por lo que se emplearon pruebas no paramétricas, la prueba de comparación para dos grupos U-Mann Whitney y para más de dos grupos H-Kruskall Walis, además se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman para establecer la relación entre las variables de ansiedad y habilidades sociales. El procesamiento de información se lo realizó en el programa estadístico SPSS V27 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2019. La significancia estadística considerada fue del 5% ($p < 0.05$).

5.2 Participantes

En esta investigación participaron 209 estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, con edades comprendidas entre los 18 y 31 años ($M=20.6$; $DE=2.34$), prácticamente las tres cuartas partes eran mujeres, además en su mayoría se encontraban al inicio de la carrera y en proporciones prácticamente iguales en la mitad y al final de la carrera.

El estado civil del 97.6% era soltero, además la cuarta parte vivían en una familia nuclear, el 91.4% de estudiantes afirmó conocer lo que es ansiedad social y el 16.3% afirmó haber sido

diagnosticado entre los 6 y 22 años con una edad media de diagnóstico de 15.2 (DE=3.5), y de ellos la mitad afirmaron la recepción de un tratamiento psicológico y la cuarta parte en un tratamiento psiquiátrico para tratar la ansiedad social. Detalles en la tabla 2.

Tabla 2.			
<i>Característica de los participantes (N=209).</i>			
Característica		n	%
Sexo	Hombre	54	25,8
	Mujer	155	74,2
Ciclo	Primero	58	27,8
	Tercero	37	17,7
	Quinto	51	24,4
	Séptimo	30	14,4
	Noveno	33	15,8
Estado civil actual	Soltero/a	204	97,6
	Unión libre	5	2,4
Personas con las que vive actualmente:	Familia nuclear	51	24,4
	Familia extensa	129	61,7
	Solo/a	29	13,9
¿Conoce usted lo que es la Ansiedad Social?	No	18	8,6
	Si	191	91,4
¿Ha tenido usted Ansiedad Social?	No	175	83,7
	Si	34	16,3
¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?	No	192	91,9
	Si	17	8,1
¿Ha estado usted en tratamiento psiquiátrico por Ansiedad Social?	No	205	98,1
	Si	4	1,9

5.3 Resultado 1: Ansiedad social en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay

La ansiedad total de los estudiantes, medida en escala de 0 a 144 reveló puntuaciones oscilantes entre 0 y 114 con una media de 40.6 y una alta dispersión de datos (DE=26.3) ubicando al grupo en general en una ansiedad leve. Se determinó que la ansiedad social estaba presente en el 29% de los estudiantes (moderado y severo). Figuras 2 y 3.

Figura 2.

Puntuación de ansiedad social.

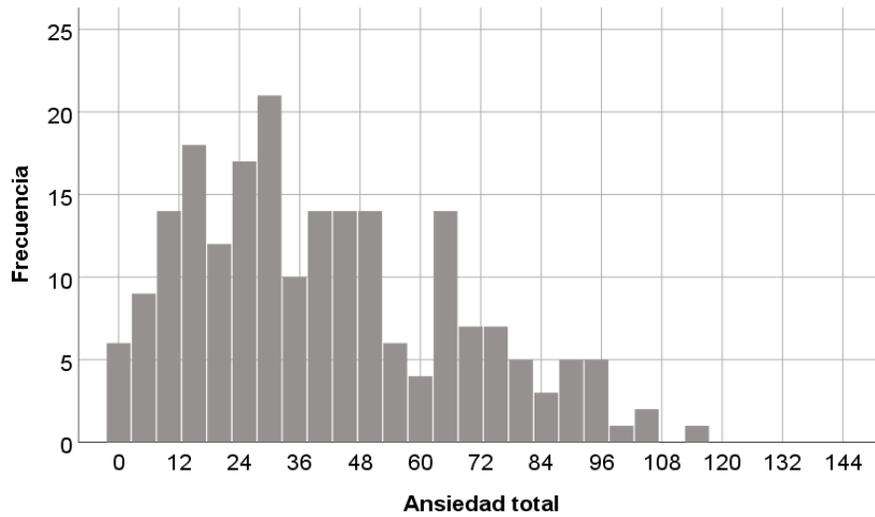
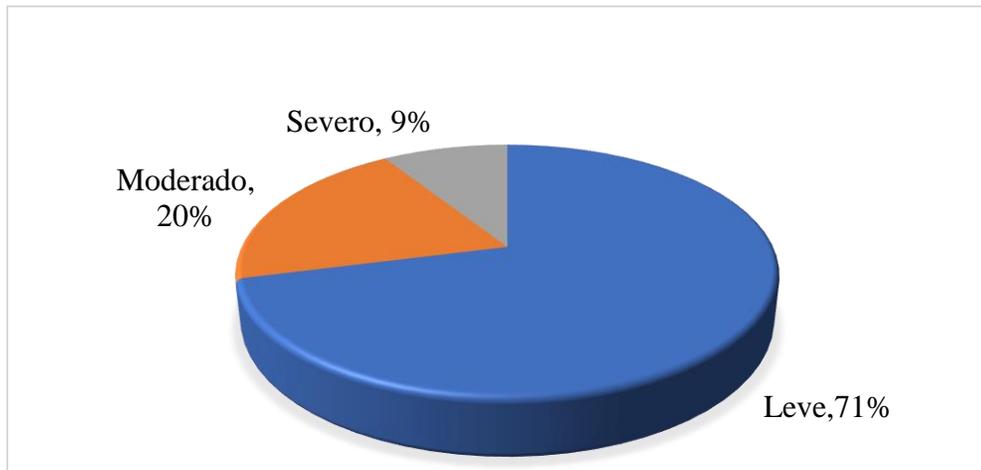


Figura 3.

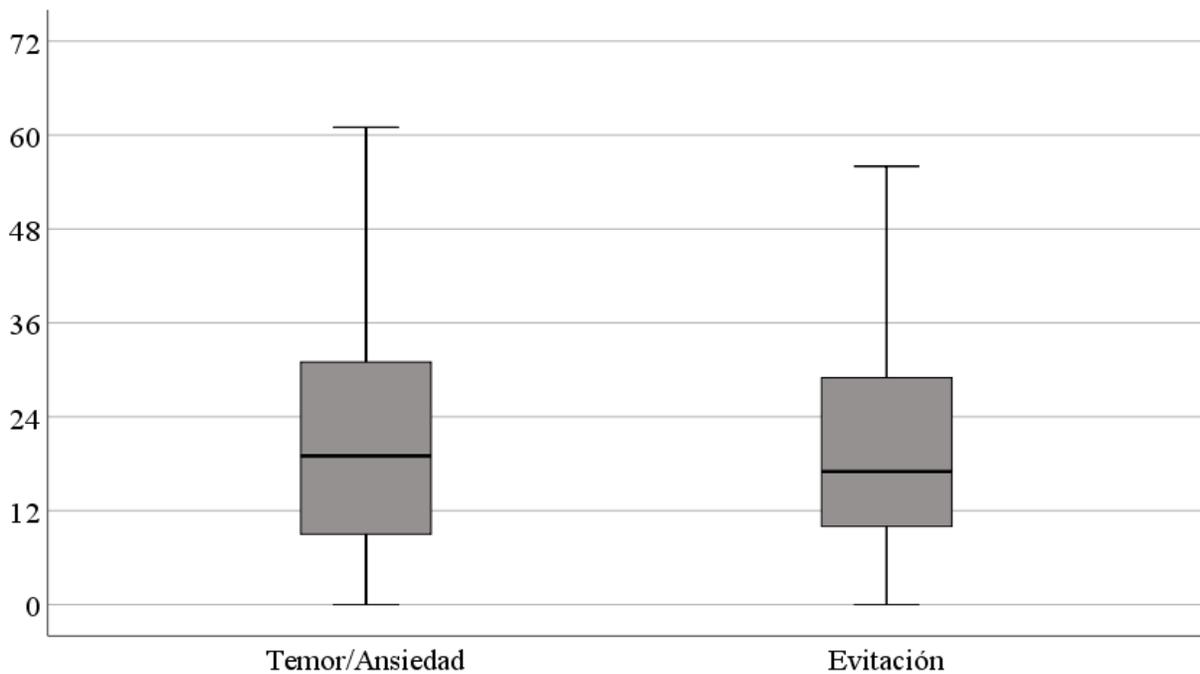
Niveles de ansiedad.



Las sub escalas de ansiedad social: temor/ansiedad y evitación son medidas en escala 0-72 presentaron puntuaciones medias de 20.8 (DE=13.82) en el temor y en la evitación de 19.8 (DE=13.6) revelando altas dispersiones de datos y como se puede visualizar en la figura 4 un comportamiento un tanto más homogéneo en la sección de evitación.

Figura 4.

Distribución de datos en las subescalas de la ansiedad social.



Al analizar la ansiedad según los 5 factores que contiene la escala, se determinó que la sub escala de temor era un tanto superior a la de evitación en: *hablar en público/interacción con personas de autoridad, trabajar/ escribir mientras te observa e interacción con desconocidos*; mientras que las características de: *comer/beber/estar delante de otras personas y comportamientos asertivos* era ligeramente superiores a la sub escala de evitación. Detalles en la tabla 3.

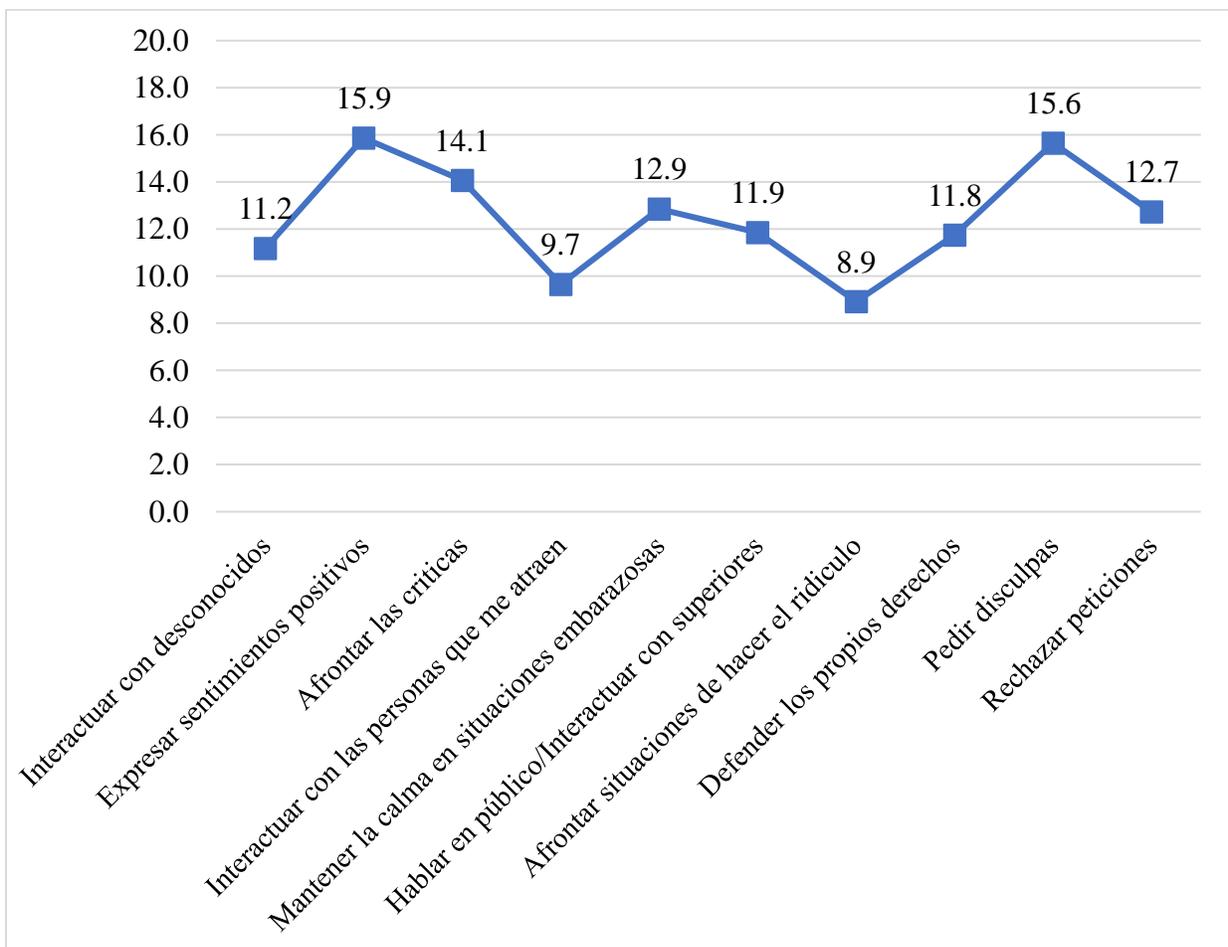
Factores	Temor/Ansiedad		Evitación	
	Media	DE	Media	DE
Hablar en público/ interacción con personas de autoridad	6,4	4,1	5,3	4,1
Comer/beber/ estar delante de otras personas	3,0	2,9	3,3	3,2
Comportamientos asertivos	4,0	3,1	4,2	3,1
Trabajar/ escribir mientras te observan	2,1	1,9	1,9	1,9
Interacción con desconocidos	5,3	4,1	5,1	3,8

5.4 Resultado 2: Habilidades sociales en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay

El perfil de habilidades sociales, con cada habilidad medida en una escala de 0 y 20 se puede visualizar en la figura 5. Las habilidades predeterminantes en los estudiantes fueron: *expresar sentimientos positivos* y *pedir disculpas*, mientras que las más débiles resultaron: *afrontar situaciones de hacer el ridículo* e *interactuar con las personas que me atraen*. En todas las habilidades se reportaron altas dispersiones de datos, implicando un comportamiento heterogéneo, excepto en pedir disculpas pues fue la habilidad con mayor similitud entre los estudiantes ($CV < 20\%$).

Figura 5.

Perfil de habilidades sociales.



5.5 Relación con características demográficas

Al comparar la habilidad social según el sexo, se determinaron diferencias significativas en casi todos los parámetros evaluados a excepción de interacción con los desconocidos, defender los propios derechos y pedir disculpas.

Fueron las mujeres quienes presentaron una puntuación significativamente superior en la ansiedad social ($p < 0.05$), sin embargo, fueron los hombres quienes presentaron mayores habilidades sociales en: todas las habilidades sociales. Detalles en la tabla 4.

	Hombre		Mujer		U (p)
	M	DE	M	DE	
Ansiedad social	30,13	20,07	44,26	27,23	2796 (0,000)*
Interactuar con desconocidos	12,78	3,44	10,61	3,92	3519 (0,080)
Expresar sentimientos positivos	16,63	3,26	15,60	3,73	3034 (0,003)*
Afrontar las criticas	15,28	3,13	13,65	3,58	1807 (0,000)*
Interactuar con las personas que me atraen	13,00	3,93	8,49	4,19	2763,5 (0,000)*
Mantener la calma en situaciones embarazosas	14,46	3,32	12,30	3,53	2327,5 (0,000)*
Hablar en público/Interactuar con superiores	13,96	3,14	11,12	3,85	3020 (0,002)*
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	10,04	2,85	8,54	3,30	3259 (0,015)*
Defender los propios derechos	12,69	3,21	11,43	3,75	4105,5 (0,834)
Pedir disculpas	15,63	2,70	15,65	3,15	3516 (0,079)
Rechazar peticiones	13,46	3,53	12,48	3,57	2938 (0,001)*

Según el estado en el que se encontraban cursando la carrera, se encontró una diferencia significativa en la ansiedad social, pues quienes se encontraban al inicio de la carrera lo presenciaron en una mayor medida y disminuyendo al finalizar la carrera, al ser una variable correlacionada con la edad se establecieron comportamientos similares en la ansiedad.

La habilidad social de: hablar en público/interactuar con los superiores, fue superior en quienes se encontraban finalizando la carrera. Ver tabla 5.

Tabla 5. <i>Habilidades sociales y ansiedad según estado de la carrera</i>							
	Inicio de la carrera (1° y 3°)		Media carrera (5°)		Final de la carrera (7° y 9°)		H (p)
	M	DE	M	DE	M	DE	
Ansiedad total	46,54	25,73	38,57	25,89	33,32	25,67	11,7 (0,003*)
Interactuar con desconocidos	10,95	3,89	11,06	4,15	11,60	3,75	1,288 (0,525)
Expresar sentimientos positivos	15,82	3,74	16,18	3,47	15,68	3,63	0,610 (0,737)
Afrontar las criticas	14,00	3,59	13,98	3,62	14,25	3,42	0,148 (0,929)
Interactuar con las personas que me atraen	9,35	4,76	10,14	4,70	9,73	4,17	1,253 (0,534)
Mantener la calma en situaciones embarazosas	12,71	3,66	12,61	3,82	13,29	3,32	0,935 (0,627)
Hablar en público/Interactuar con superiores	11,15	3,75	11,80	3,74	12,97	3,98	6,51 (0,039*)
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	9,20	3,46	8,10	2,87	9,17	3,17	4,233 (0,120)
Defender los propios derechos	11,63	3,56	11,24	4,16	12,35	3,32	3,203 (0,202)
Pedir disculpas	15,57	3,01	16,08	2,98	15,41	3,14	1,232 (0,540)
Rechazar peticiones	12,55	3,48	12,18	3,85	13,48	3,43	4,266 (0,118)

Con respecto al tipo de familia al que pertenecían los estudiantes, se determinó una diferencia significativa en habilidad social: *rechazar peticiones*, pues quienes vivían en una familia extensa era quienes tenían esta habilidad en una medida significativamente superior que las familias nucleares ($p < 0.05$). Detalles en la tabla 6.

Tabla 6.
Habilidades sociales y ansiedad según tipo de familia

	Familia nuclear		Familia extensa		Solo/a		H (p)
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad total	40,27	23,80	41,96	27,75	35,17	23,55	1,075 (0,584)
Interactuar con desconocidos	10,57	3,72	11,42	3,91	11,14	4,24	1,592 (0,451)
Expresar sentimientos positivos	16,10	3,69	15,96	3,58	15,03	3,78	1,968 (0,374)
Afrontar las críticas	13,71	3,58	14,36	3,58	13,45	3,21	1,969 (0,374)
Interactuar con las personas que me atraen	8,61	4,32	10,02	4,79	9,90	3,74	3,912 (0,141)
Mantener la calma en situaciones embarazosas	12,82	3,46	12,81	3,73	13,14	3,34	0,354 (0,838)
Hablar en público/Interactuar con superiores	11,22	3,29	11,91	4,19	12,72	3,21	2,957 (0,228)
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	8,29	2,90	9,16	3,44	9,00	2,94	2,066 (0,356)
Defender los propios derechos	11,65	3,62	11,84	3,59	11,52	4,10	0,170 (0,919)
Pedir disculpas	15,92	3,27	15,52	2,93	15,72	3,15	1,087 (0,581)
Rechazar peticiones	11,61	3,72	13,16	3,42	12,86	3,73	6,065 (0,048*)

Finalmente, al comparar a aquellas personas que habían presentado un diagnóstico previo de ansiedad social y quienes no, presentaron una diferencia significativa en ansiedad social, con una medida significativamente superior ($p < 0.05$), a pesar de encontrarse en el grupo en general en un nivel leve. Observar detalles en la tabla 7.

Tabla 7. <i>Habilidades sociales y ansiedad según diagnóstico de ansiedad social</i>					
	No		Si		U(p)
	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad total	38,78	25,98	50,03	26,10	2220 (0,019*)
Interactuar con desconocidos	11,26	3,82	10,71	4,37	2687,5 (0,371)
Expresar sentimientos positivos	15,98	3,58	15,29	3,90	2685,5 (0,366)
Afrontar las criticas	14,23	3,44	13,24	3,95	2478,5 (0,122)
Interactuar con las personas que me atraen	9,82	4,63	8,82	4,18	2616 (0,264)
Mantener la calma en situaciones embarazosas	13,03	3,38	11,97	4,50	2531 (0,167)
Hablar en público/Interactuar con superiores	11,97	3,83	11,29	4,13	2585,5 (0,226)
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	8,91	3,29	8,97	3,11	2903,5 (0,824)
Defender los propios derechos	11,86	3,65	11,18	3,68	2569,5 (0,207)
Pedir disculpas	15,64	2,98	15,68	3,35	2894,5 (0,802)
Rechazar peticiones	12,88	3,58	12,00	3,53	2597 (0,240)

Las correlaciones entre las habilidades sociales y cada factor de ansiedad social referido a la evitación se muestra en la tabla 8.

Se determinaron correlaciones negativas en prácticamente todas las habilidades sociales, implicando que, a mayores habilidades, menor ansiedad social por evitación. A excepción de: *pedir disculpas* pues esta habilidad no se relacionó con ningún factor, tampoco se relacionaron los comportamientos asertivos y expresar sentimientos positivos.

Tabla 8.*Habilidades sociales y evitación (Ansiedad social)*

		Hablar en público/ interacción con personas de autoridad	Comer/beber/ estar delante de otras personas	Comportamientos asertivos	Trabajar/ escribir mientras te observan	Interacción con desconocidos
Interactuar con desconocidos	rs	-,383**	-,411**	-,254**	-,258**	-,524**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Expresar sentimientos positivos	rs	-,297**	-,290**	-0,103	-,214**	-,262**
	p	0,000	0,000	0,138	0,002	0,000
Afrontar las críticas	rs	-,315**	-,273**	-,173*	-,210**	-,266**
	p	0,000	0,000	0,013	0,002	0,000
Interactuar con las personas que me atraen	rs	-,342**	-,259**	-,311**	-,206**	-,310**
	p	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000
Mantener la calma en situaciones embarazosas	rs	-,404**	-,241**	-,172*	-,180**	-,295**
	p	0,000	0,000	0,013	0,009	0,000
Hablar en público/Interactuar con superiores	rs	-,591**	-,364**	-,238**	-,387**	-,389**
	p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	rs	-,252**	-,138*	-,248**	-0,019	-,248**
	p	0,000	0,046	0,000	0,785	0,000
Defender los propios derechos	rs	-,322**	-,231**	-,201**	-,235**	-,293**
	p	0,000	0,001	0,003	0,001	0,000
Pedir disculpas	rs	-0,067	-0,060	0,117	-0,037	0,007
	p	0,333	0,388	0,091	0,593	0,917
Rechazar peticiones	rs	-,186**	-,148*	-,203**	-,141*	-,184**
	p	0,007	0,033	0,003	0,042	0,008

En la correlación entre habilidades sociales y los factores de ansiedad social en la subescala de temor/ansiedad, no se revelaron diferencias significativas con pedir disculpas y se establecieron correlaciones tanto más elevadas que los factores de evitación y también en sentido negativo, lo que implica que a mayores habilidades sociales menor temor por ansiedad. Ver tabla 9.

Tabla 9.
Habilidades sociales y temor (Ansiedad social)

		Hablar en público/ interacción con personas de autoridad	Comer/beber/ estar delante de otras personas	Comportamientos asertivos	Trabajar/ escribir mientras te observan	Interacción con desconocidos
Interactuar con desconocidos	rs	-,445**	-,466**	-,359**	-,364**	-,535**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Expresar sentimientos positivos	rs	-,250**	-,340**	-,220**	-,219**	-,262**
	p	0,000	0,000	0,001	0,001	0,000
Afrontar las críticas	rs	-,353**	-,334**	-,284**	-,269**	-,310**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Interactuar con las personas que me atraen	rs	-,356**	-,284**	-,321**	-,277**	-,354**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Mantener la calma en situaciones embarazosas	rs	-,478**	-,344**	-,344**	-,297**	-,375**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Hablar en público/Interactuar con superiores	rs	-,627**	-,454**	-,370**	-,465**	-,445**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	rs	-,335**	-,170*	-,259**	-,173*	-,331**
	p	0,000	0,014	0,000	0,012	0,000
Defender los propios derechos	rs	-,389**	-,319**	-,349**	-,362**	-,347**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Pedir disculpas	rs	-0,045	-0,036	0,061	-0,071	0,013
	p	0,514	0,607	0,381	0,304	0,852
Rechazar peticiones	rs	-,225**	-,221**	-,337**	-,227**	-,224**
	p	0,001	0,001	0,000	0,001	0,001

DISCUSIÓN

Según la OMS (2020), los trastornos más comunes a nivel mundial son los de ansiedad que afectan negativamente: la autoestima, a la funcionalidad personal, relaciones interpersonales, a la vida familiar, a cumplir con las obligaciones diarias, al rendimiento académico y a lograr en un futuro a convertirse en profesionales que puedan transformar sus realidades tanto económicas como sociales. Además, varias investigaciones, como la de Arévalo et al., (2019), confirman que en el contexto universitario los estudiantes presentan mayor prevalencia de ansiedad que la población en general y a pesar de ello, no existen los suficientes estudios que presten atención y tengan mayor empatía con esta población, por eso, la importancia de este trabajo investigativo.

El TAS aparece a edades tempranas del desarrollo y su curso suele ser crónico si no es tratada rápidamente, lo que genera una notable interferencia en el desarrollo psicosocial de los alumnos, influyendo negativamente en diferentes áreas de funcionamiento, así la baja participación en clase, la evitación de asistir a la universidad, la resistencia a presentar tareas, deberes y trabajos, el no poder hablar asertivamente con docentes y autoridades, contribuye a que el estudiante se vea obligado a ausentarse de las aulas y así, fracase en sus estudios (Delgado et al., 2018).

El presente estudio investigativo tuvo como objetivo relacionar la AS y las HHSS en 209 estudiantes de entre 18 y 31 años de la carrera de Psicología Clínica de la UDA, que constaron con matrícula activa en el período septiembre 2021 – febrero 2022.

Para este estudio se seleccionó: Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report, LSAS – SR (Liebowitz, 1987). Primero por ser un instrumento ya utilizado y comprobado, además de tener altos niveles de fiabilidad, sus ítems fueron creados con criterio clínico por psicólogos y psiquiatras, también algo muy importante cuando se analizó el estudio fueron las variables que tenía cada test o cuestionario, y se detectó que existen otras escalas que carecen de adaptaciones adecuadas, en donde han sido negligentes con situaciones sociales relevantes como en algunos casos no incluir: “la interacción con personas que les atraen”; es decir, que la gran mayoría de cuestionarios no tienen ítems relacionados a la interacción con el sexo opuesto lo que puede crear un vacío importante en la valoración completa de la ansiedad social (Salazar et al., 2016). El otro cuestionario escogido fue el Cuestionario de Habilidades Sociales (CHASO) que sí contiene el ítem de “interactuar con las personas que me atraen”.

Según Caballo (2014), el TAS está muy relacionado con la falta de habilidades sociales; este estudio quería exponer que a menor habilidades sociales que tengan los estudiantes, mayor probabilidad de ansiedad social iban a tener, lo que justamente quedó demostrado en los resultados de esta investigación, así como de acuerdo a otros estudios realizados como Furtado, Falcone y Clark et al., (2003), muestran que deficiencias en las HHSS pueden contribuir al desarrollo del estrés y de trastornos psicológicos; así como la relación directa entre el bajo índice de interacción social, el déficit en las habilidades sociales y conflictos en las relaciones sociales, con diversos tipos de trastornos psicológicos como la ansiedad social (Del Prette y Del Prette, 2001).

Diversas investigaciones concuerdan con nuestro estudio en la importancia de mejorar las habilidades sociales; según Caballo et al., (2012) mediante el EHS como tratamiento de elección para ser utilizados en pacientes con TAS.

Se puede observar en esta investigación que, de acuerdo a las variables sociodemográficas en relación al sexo, las mujeres presentaron una alta incidencia significativa a la ansiedad social de 44,26, respecto a los hombres que obtuvieron 30,13, como coincide con otros estudios realizados por Orgilés et al., (2012), y Rodríguez y Pérez (2020), quienes aseguran en sus respectivos análisis que el sexo femenino obtiene puntuaciones más altas y sobre todo significativas en las dimensiones de la ansiedad social. En este sentido, otro estudio realizado en México por los autores García et al., (2008), indicaron que en su investigación sus resultados de las subescalas evaluadas entre ellas: el grado de dependencia emocional y el miedo a la evaluación negativa, tuvieron puntuaciones más altas en mujeres.

Al clasificar a los participantes según Terra et al., (2006), se determinó que la ansiedad social estaba presente en el 29% de los estudiantes (moderado y severo). Cabe indicar que, más de la mitad de los evaluados presentaron un bajo nivel de ansiedad social (leve) del 71%, lo que no concuerda con los diferentes estudios a nivel mundial en los cuales se demuestran, la amplia prevalencia de este trastorno principalmente en los adolescentes, siendo uno de los más diagnosticados en el contexto clínico (Espinosa-Fernández, et al., 2016). En comparación con las investigaciones internacionales realizadas en Latinoamérica principalmente en Perú, por las autoras Rodríguez y Pérez (2019) y en España por Delgado et al., (2018), quienes demuestran que sus resultados indican una alta ansiedad social en adolescentes, actuando como un predictor de la realización de autoatribuciones causales desadaptativas.

Se ha cumplido a cabalidad los objetivos, empezando por el general: relacionar la ansiedad social y las habilidades sociales, como también los tres primeros objetivos específicos: establecer el porcentaje de ansiedad social y habilidades sociales, diagnosticar las habilidades sociales y relacionar la ansiedad social y habilidades sociales con los datos sociodemográficos; el cuarto, socializar los resultados obtenidos se lo realizará cuando culmine el estudio.

CONCLUSIONES

A partir del estudio que se presenta y en base a los objetivos que se plantearon al inicio de esta investigación, se puede concluir:

En general, existe una tendencia hacia bajas manifestaciones de ansiedad social (Leve) con una media de 40.6; mientras que el 29% de los participantes presentaron una ansiedad social entre moderada y severa.

En cuanto a las subescalas de ansiedad social que fueron evaluadas en esta investigación se encontró que: el temor /ansiedad y la evitación mostraron una media de 20.8 (DE= 13.82) y 19.8 (DE= 13.6) respectivamente, lo que demuestra que la evitación resultó más baja y con baja dispersión, es decir ninguna dimensión fue predominante, sino que presentaron un comportamiento similar.

Así mismo, en las subescalas de la ansiedad social se determinó que el temor presentó mayores rasgos que la evitación en: hablar en público/ interacción con personas de autoridad, trabajar/ escribir mientras te observan e interacción con desconocidos.

En el perfil de habilidades sociales se halló que las habilidades predominantes en los universitarios resultaron: expresar sentimientos positivos y pedir disculpas, mientras que las más vulnerables fueron: interactuar con las personas que me atraen y afrontar situaciones de hacer el ridículo.

Se observó que existen diferencias demográficas significativas: al evaluar la dimensión de comparaciones por sexo, se pudo evidenciar que en las mujeres prevalece un nivel significativamente mayor de ansiedad social, sin embargo, los hombres tuvieron puntuaciones superiores en casi todas las habilidades sociales; en las comparaciones por estado de carrera existe mayor ansiedad social al iniciar la carrera y menor al finalizar, las habilidades sociales de hablar en público/interactuar con superiores fue mayor en quienes finalizan la carrera; en comparación con el tipo de familia la mayoría pertenecían a familias extensas y obtuvo una puntuación significativamente superior en la habilidad social de rechazar peticiones que las familias nucleares; adicionalmente quienes alguna vez han sido diagnosticados con ansiedad, mayor ansiedad social presentaron.

Finalmente, en cuanto en el análisis de establecer la correlación existente entre las habilidades sociales y cada factor de la ansiedad social referido a la subescala de evitación, implicó que, a mayores habilidades sociales menor ansiedad social por evitación y en establecer la correlación entre habilidades sociales y los factores de ansiedad social en la subescala de temor/ansiedad, implicó que, a mayores habilidades sociales menor temor por ansiedad social.

RECOMENDACIONES

- El departamento de Bienestar Estudiantil de la Universidad del Azuay “MI UDA” podrá socializar los resultados en el ámbito académico, con autoridades, docentes, estudiantes, personal administrativo y psicólogos, además de crear e implementar programas psicoeducativos y talleres de prevención e intervención de este y de otros trastornos mentales, de esa manera el estudiante universitario se beneficie, siendo escuchado y prestado atención de una manera correcta en su trayecto estudiantil, brindándole mayores y mejores técnicas de afrontamiento para que pueda manejar la ansiedad de manera general, y por otra parte, que los profesores sean asesorados, con el objetivo de que obtengan herramientas necesarias para que sepan reconocer las señales y síntomas de un posible Trastorno de Ansiedad Social, comprendiendo la situación del alumnado y así logren orientarlos adecuadamente en una condición más óptima y pedagógica, no solo en el apoyo académico sino también psicológico.
- Identificar las necesidades de apoyo psicológico que requieren los jóvenes universitarios, para que los programas de intervención estén orientados a su desarrollo integral, tanto personal, emocional y social.
- Para que el estudio sea relevante, es aconsejable en un futuro aplicar la escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS – SR) y el Cuestionario De Habilidades Sociales (CHASO), además de utilizar otros instrumentos adicionales en otros sectores de la universidad, como en otras escuelas u otras facultades, para detectar la existencia de más niveles de ansiedad social y habilidades sociales con la intención de brindarles atención clínica pronta y oportuna.
- Es recomendable tener en cuenta la importancia de los programas de entrenamiento en habilidades sociales y las evaluaciones, estos posibilitarán a los profesionales y docentes averiguar y detectar las dificultades y puntos fuertes de los pacientes o estudiantes, debido a que esto, ayudaría como estrategia eficaz de cambio positivo de comportamiento, actitud y pensamiento; y a disminuir la ansiedad social.

- A pesar de no contar con un número alto de casos con ansiedad social entre moderada y severa en el presente estudio, se concluye que las mujeres presentan un nivel más elevado de AS, así como un bajo nivel en HHSS, por lo que es claramente necesario aplicar diferentes estrategias de intervención y prevención en ellas.
- Para concluir, la ansiedad social merece ser estudiada a profundidad en jóvenes estudiantes de diferentes entidades universitarias e instituciones educativas, para poder comprender la magnitud del problema e identificar con precisión los factores de riesgo que son predisuestos en escenarios en donde hace falta una red de apoyo, porque la deficiencia de no contar con un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno tiene implicaciones graves como el riesgo de tener desenlaces irremediables como las conductas suicidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo, D., Casadiegos, C., y Sánchez, D. (2008). *Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. International Journal of Psychological Research, 1(1), 34-39.

Agudelo-Vélez, D. A., Casadiegos-Garzón, C. P., y Sánchez-Ortíz, D. L. (2009). *Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. Universitas Psychologica, 8(1), 87-104. doi: 10.1016/s0034-74 50(14)60256-0

Aguiño, P.; Alfonso. (2002) *Educación de los sentimientos*. Ediciones Palabra.

Alba L. (2010). *Salud de la adolescencia en Colombia: Bases para una medicina de prevención*. Universitas Médica.

Alberti y Emmons (1970). *Your Perfect Right*. New York: Impact.

Alberti, R. E., y Emmons, M. L. (1978). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, California: Impact.

Alcalaico Mamani, M. (2019). *Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente*. Revista Científica De Ciencias De La Salud, 5(1). <https://doi.org/10.17162/rccs.v5i1.104>

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.^a ed.) (DSM-III). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.^a ed. rev.) (DSM-III-R). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed.) (DSM-IV). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.), text revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana. In Archives of Neurology and Psychiatry (Vol. 9, Issue 5). <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>

Amezquita, E., González, R., y Zuluaga, D. (2003). *Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 340-353.

Arévalo García, E., Castillo-Jiménez, D. A., Cepeda, I., López Pacheco, J., y Pacheco López, R. (n.d.). *Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico*.

Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health, 2(1). <https://doi.org/10.18041/2665-427x/ijeph.1.5342>

Argyle M, Bryant B, y Trower P (1974) *Social Skills Training and Psychotherapy: A comparative study*. Psychological Medicine, 4, 435-443.

Argyle, M. (1969). *Psicología de los problemas sociales*. In Psicología de los problemas sociales (pp. 351-351).

Arias, Y. (2016). *Trastorno de ansiedad social*. Revista Médica Sinergia, 1(3), 20–24.

Arrindell, W., Emmelkamp, P., Monsma, A., y Brilman, E. (1983). *The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: A controlled study*. British Journal of Psychiatry.

Asher, M., Asnaani, A., y Aderka, I. M. (2017). *Gender differences in social anxiety disorder: A review*. Clinical Psychology Review, 56, 1-12. doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.004

Asmal, L., y Stein, D. J., (2012). *Anxiety and Culture*. Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders.

Baker, S. L., (2002). *The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis*. Behaviour research and therapy. Obtenido en: <https://www.sciencedirect.com/journal/behaviour-research-and-therapy/vol/40/issue/6>

Balanza, S., Morales, I., y Guerrero, J. (2009). *Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y socio-familiares asociados*. Clínica y Salud.

Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Bobes, J., Beidel, D. (1998). *Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety*. Journal of Clinical Psychiatry.

Bandelow, B., y Michaelis, S. (2015). *Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 17(3), 327-335.

Basantes, D., Villavicencio, L., Alvear, L., y Arteño, R. (2020). *Ansiedad y depresión TT - Anxiety and depression*. Arch. Venez. Farmacol. Ter, 20(2), 111–122. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es&synrm=iso

Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.

BBC News Mundo. (2019). *Estudio sobre la Fobia social* [online] Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-49146764> [28 Julio. 2019].

Beck, A. T., y Clark, D. A. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. In The Guilford Press. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf

- Bellack, A., y Morrison, R. (1982). *Interpersonal dysfunction*. In International handbook of behavior modification and therapy. Springer, Boston, MA.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología (Vol. II)*. Mc Graw Hill.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2020) *Manual de Psicopatología Volumen II (3.ª ed.)*, McGraw-Hill.
- Bernstein, G., Bernat, D., Davis, A., y Layne, A. (2008). *School- based interventions for anxious children: 3, 6, and 12 month follow ups*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.ob013e31817eacco>
- Bohórquez, A. (2007). *Prevalencia de depresión y ansiedad según las escalas de Zung y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Bornas, X., y Tortilla, M. (1998). *Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo conductual*. Fobia social. Barcelona, España: Masson.
- Botella, C., Baños, R., y Perpiñá, C. (2003). *Una propuesta para comprender la fobia social.*, Fobia social, avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. Barcelona, España: Paidós.
- Bousoño, M., Sáiz, P., Jiménez, L. y Fernández, J. (1999). *Bases biológicas del trastorno por ansiedad social*. Abordaje actual del trastorno por ansiedad social. Barcelona, España: Masson.
- Bruch, M. (1989). *Assessing familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings*. Clinical Psychology Review.
- Bruch, M., Gorsky, J., Collins, T., y Berger, P. (1989). *Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis*. Journal of Personality and Social Psychology.
- Butler, G., y Welss, A. (1995) *Cognitive-behavioral treatments: Clinical applications*. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI de España Editores
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España de Editores, S.A.
- Caballo, V. (2018). *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS): Libro del paciente*. Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (1993). *Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales*. Pirámide.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Ediciones Pirámide.

- Caballo, V., Salazar, I., y Hofmann, S. (2019). *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS) Libro del Paciente*. Ediciones Pirámide.
- Caballo, V., Salazar, I., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. y CISO-A España (2012). *The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: the Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30)* Behavioral Psychology.
- Caballo, V., Salazar, I., y Equipo de Investigación CISO-A España (2017). *Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: El “Cuestionario de habilidades sociales” (CHASO)*. Behavioral Psychology.
- Caballo, V., Salazar, I., y Carrobles, J. (2014). *Psicopatología y trastornos psicológicos (2da ed.)*. Pirámide.
- Caballo, V., Salazar, I., Garrido, L., Irurtia, M., Hofman, S. (2018). *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS) Libro del terapeuta*. Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (SIGLO XXI (ed.))*. Ediciones Pirámide.
- Calderón, M., y Blázquez, F. (2013). *Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual*. http://www.revistauricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1124_134-147.pdf
- Cardona-Arias, J. A., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., y Gómez-Martínez, J. (2015). *Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios*. *Diversitas*, 11(1). <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0001.05>
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I., y Saul-Gutiérrez, L. (2001). *Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista*. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- Castellanos Cárdenas, T.M., Guarnizo Castillo, C.A., y Salamanca Camargo, Y. (2011). *Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana*. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Chambless, D., Hunter, K., y Jackson, A. (1982). *Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples*. *Behaviour Research and Therapy*.
- Chiriboga, L. (2016). *Estudio comparativo de niveles de ansiedad entre estudiantes de universidades públicas y privadas*. 45. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5799/1/124899.pdf>
- CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas para el diagnóstico, F40-F48*. OMS. Madrid: Meditor.
- Clark, D., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H. (2003). *Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo controlled trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Clark, D., y Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press.

Cohen Imach, Silvina; Esterkind de Chein, Ana Helena; Lacunza, Ana Betina; Caballero, Silvina Valeria; Martinenghi, Constanza. (2010). *Habilidades sociales y contexto sociocultural: Un estudio con adolescentes a través de la BAS-3*. Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica; 29; 1; 12-2010; 167-185.

Curran, J. P. (1977): *Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety*. Psychol. Bull., 84, 140-157

Del Prette A, Del Prette ZAP y Castelo Branco UV (1992). *Competência social na formação do psicólogo*. Paidéia: Cadernos de Educação, 2, 40-50.

Del Prette A, y Del Prette, ZAP (2008). *Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais: Vivências para o trabalho em grupo (6th ed.)*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette ZAP y Del Prette A (1983). *Análisis do repertório asertivo em estudantes da Psicologia*. Revista de Psicología, 1, 15-24.

Del Prette ZAP, Del Prette A y Mendes Barreto M (1999). *Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, A. y Del Prette, Z. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Delgado, B., Aparisi, D., García-Fernández, J. M., Sanmartín, R., Redondo, J., y J. Inglés, C. (2018). *Estilos atribucionales en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria con alta ansiedad social autoinformada*. Revista Latinoamericana de Psicología, 50(2), 89–97. <https://doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n2.2>

Delgado, B., Inglés, C. J., y García-Fernández, J. M. (2013). *Social anxiety and self-concept in adolescence*. Revista de Psicodidáctica. doi: 10.1387/RevPsicodidact.6411

DeWitt, D., Chandler-Couts, M., Offord, D., King, G., MacDougall, J., Specht, J., y Stewart, S. (2005). *Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia*. Journal of Anxiety Disorders.

Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Echeburúa, E., y Salaberría, K. (1999). *Tratamiento cognitivo conductual de la fobia social*. Abordaje actual del trastorno por ansiedad social. Barcelona, España: Masson

Eggleston, A., Woolaway-Bickel, K., y Schmidt, N. (2004). *Social anxiety and alcohol use: Evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies*. Journal of Anxiety Disorders.

- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (vol. II, pp. 291-337). Nueva York: Academic Press.
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J., y García-López, L. (2016). *Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes*. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes.
- Fernández, J. (2006). *Las fobias sociales: psicopatología, génesis y tratamiento*. VI Jornada científica. Recuperado de: <http://www.ipsalevante.com/documentos/Fobiasocial.pdf>.
- Fernández-Sogorb, A., Aparicio-flores, M. P., Granados, L., Aparisi-, D., y Inglés, C. J. (2018). *Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española*. Calidad De Vida Y Salud, 11(1).
- Franco-Jiménez, R. A. (2020). *Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz en estudiantes universitarios peruanos*. Persona, 23(023(2)), 73–86. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).4903](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).4903)
- Furmark, T. (2004). *Anxiety Disorder: Serotonin transporter gene variation correlates with social phobia severity*. Genomics and Genetics Weekly. Atlanta.
- Furtado, E. S., Falcone, E. M. O. y Clark, C. (2003). *Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro*. Interação (Curitiba), 7, 43-51.
- Gallego Villa, O. (2008). *Descripción de las habilidades sociales en estudiantes de psicología de una institución de educación superior*. Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología, 1(1), 61-72.
- Galli, A. C. (2005). *Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de Psicología*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan, 6(1), 55-66.
- García, E., (2013). *Realidad virtual y nuevas tecnologías en el tratamiento de ansiedad social*. Facultad de Psicología. Murcia.
- García, F. (2017). *Ansiedad Y Rendimiento Académico En Estudiantes De 7 a 15 Años De La Unidad Educativa Navarra Del Sur De Quito*. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.
- García, R., Flores, R., Gutiérrez, A., Rojas, M., y Agraz, F. (2008). *Ansiedad social en estudiantes universitarios: Prevalencia y variables psicosociales relacionadas*. Psicología Iberoamericana.
- García-López, L. J., y Gavino, A. (2013). *Tratando... trastorno de ansiedad social*. En Revista Médica Sinergia (Vol. 1, Issue 3).
- Gelernter, J., Page, G., Stein, M., y Woods, S. (2004). *Genome-wide linkage scan for loci predisposing to social phobia: Evidence for a chromosome 16 risk locus*. American Journal of Psychiatry.

- Gelernter, J., y Stein, M. B., (2012). *Heritability and Genetics of Anxiety Disorders*. Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0008
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., y Ortega-Ruiz, R. (2016). *Factores psicoevolutivos y de contexto familiar*. Psicología Conductual. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/301895068_Ansiedad_social_en_la_adolescencia_factores_psicoevolutivos_y_de_contexto_familiar
- González-Cantero, J. O., Morón-Vera, J. Á., González-Becerra, V. H., Abundis-Gutiérrez, A., Macías-Espinoza, F., Pérez-restrepo, D., Gómez-Martínez, J., Rivera-Ocampo, S., Aidee, M., García, R., Yadira, K., Peña, R., y Gilberto, E. (2015). *Prevalence of anxiety in students of a university*. *Psicumex*, 11(1), 79–89.
- Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G., y Svedin, C. (2011). *Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents*. *Journal of Adolescence*. Recuperado de: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.03.007](http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.03.007)
- Haller, S. P. W., Raeder, S. M., Scerif, G., Cohen, K., y Lau, J. Y. F. (2016). *Measuring online interpretations and attributions of social situations: Links with adolescent social anxiety*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 250-256. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.09.009>
- Harro, J., Vasar, E., y Bradwejn, J. (1993). *CCK in animal and human research on anxiety*. *Trends in Psychopharmacological Sciences*.
- Herrera, A., Freytes, V., López, G., y Olaz, F. (2012). *Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de psicología*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 277–287.
- Hersen, M., y Bellack, A. S. (1976). *Social skills training for chronic psychiatric patients: Rationale, research findings, and future directions*. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 559-580.
- Hidalgo G., y Abarca N. (1990). *Desarrollo de Habilidades Sociales en estudiantes universitarios*. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., y Heinrichs, N. (2002). *Evolutionary mechanisms of fear and anxiety*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(3), 317-330.
- Hollander, E., Kwon, J., Weiller, F., Cohen, L., Stein, D., De Caria, C. (1998). *Serotonergic dysfunction in social phobia: Comparison to normal control and obsessive compulsive disorder subjects*. *Psychiatry Research*.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., y Turk, C. L. (2010). *Managing Social Anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie, Vol. I: Études cliniques et expérimentales sur les idées obsédantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations*,

les phobies, les délires du contact, les angoisses, les sentiments d'incomplétude, la neurasthénie, les modifications du sentiment du réel, leur pathogénie et leur traitement, Paris, Alcan.

Johnson, J. M. (1991). *Attributions of shy persons in affiliation and achievement situations*. *Journal of Psychology*, 125, 51-58.

Kagan, J., y Snidman, N. (1991). *Temperamental factors in human development*. *American Psychologist*, 46(8), 856.

Kelly, J. A. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. In E. D. de Brouwer (Ed.), *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones (7ma Edición)*. Springer Publishing Co.

Kessler, R. C. y Üstün, T. B. (dirs.) (2008). *The WHO Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Nueva York, NY: Cambridge University.

King, R. J. (1986). Motivational diversity and mesolimbic dopamine: A hypothesis concerning temperament. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotions: Theory, research, and experience: Biological foundations of emotions*. Orlando, FL: Academic Press.

Lazarus, A. (1971) *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

Leary, M. (1983). *A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale*. *Bulletin*.

León A., Rodríguez C., Ferrel F., y Ceballos G. (2009). *Asertividad y Autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de ciencias de la salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta- Colombia*. *Psicología desde el Caribe*.

Liberman, R. P. y cols. (1975). *Marital therapy in group: a comparative evaluation of behavioral and interactional formats*, *At ReMew of Behavior Therapy*, 5, 459-495.

Liebowitz, M., Campeas, R., y Hollander, E. (1987). *MAOIs: Impact on social behavior*. *Psychiatry Research*.

Liebowitz, M., Gorman, J., Fyer, A., y Klein, D. (1985). *Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder*. *Archives of General Psychiatry*.

Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.

Marks, I. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.

Marks, I., y Gelder, M. (1966). *Different ages of onset in varieties of phobia*. *American Journal of Psychiatry*.

Meichenbaum, D., Butler, L. y Grudson, L. (1981). *Toward a conceptual model of social competence*. En J. Wine y M. Smye (Comps.), *Social competence*. Nueva York, Guilford Press.

Moore, D., y Schultz, N. (1983). *Loneliness at adolescence: Correlates, attributions, and coping*. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 95-100.

- Morales, I., Galicia, Y., Gómez, G., y Degante, A. (2017). *Las habilidades sociales y sus diferencias en estudiantes universitarios*. Vertientes.
- Morán, V. E., Azpilicueta, A. E., Cupani, M., y García- López, L. J. (2019). *Validación del Inventario de Fobia y Ansiedad Social- Forma Breve para universitarios argentinos*. Revista Avaliação Psicológica, 18(02), 147–155. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1802.16760.05>
- Morán, V. E., Olaz, F. O., Pérez, E. R., y Del Prette, Z. A. P. (2018). *Desarrollo y validación del Test de Ansiedad Social para estudiantes universitarios (TAS-U)*. Liberabit: Revista Peruana de Psicología, 24(2), 195–212. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.03>
- Morrison. (1990). *Interpersonal disfunction*. International handbook of behavior modification and behavior therapy. Nueva York: Plenum
- Mulkens, S., y Bögels, S. (1999). *Learning history in fear of blushing*. Behaviour Research and Therapy.
- Muñoz, J., y Alpízar, D. (2016). *Prevalencia Y Comorbilidad Del Trastorno Por Ansiedad Social*. Revista Cúpula.
- Olivares, J. y Caballo, V. (2003). Presentación. Psicología Conductual, 11(3), pp. I-III.
- Olivares, J., Rosa, A., Piqueras, J., Sánchez-Meca, (2002). *Timidez y fobia social en niños y adolescentes*. Psicología Conductual.
- Orenstein, H., y Carr, J. (1975). *Implosion therapy by tape-recording*. Behaviour Research and Therapy, 13(2-3), 177-182.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental del adolescente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Orgilés, M., Méndez, F. X., Espada, J. P., Caballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). *Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5(2), 115- 120. doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.005
- Phillips, (1985). *Social Skills: History and prospect*. En L.L' Abate y M.A. Milan (Eds.), Handbook of Social Skills Training and Research. Nueva York: Wiley.
- Pinillos, J., López-Piñero, J., y García, E. (1966). *Constitución y personalidad*. Madrid: CSIC.
- Piqueras Rodríguez, J. (2005). *Análisis de la eficacia de la intervención en adolescentes con fobia social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización de subtipo generalizado*.
- Ramos, O. M. V., Hoyos, M. L., Toro, B. E., y Arredondo, N. H. L. (2008). *Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios usuarios del servicio de psicología*. International Journal of Psychological Research, 1(2), 21-30.

- Rao, P., Beidel, D., Turner, S., Ammerman, T., Crosby, L., y Sallee, F. (2007). *Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology*. Behaviour Research and Therapy.
- Reyes, A. (2010). *Trastorno de Ansiedad Guía de Práctica para Diagnóstico y Tratamiento*. 134. <http://65.182.2.244/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Ribas, N. (2017). *Trastornos de ansiedad*. Medicine (Spain), 12(84), 4911–4917. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>
- Rich, A. R. y Schroeder, H. E. (1976). *Research issues in assertiveness training*. Psychological Bulletin, 83, 1081-1096.
- Robles, R., Flores, E., Anahí, R., Gutiérrez, P., Celeste, A., Rojas, Á., Andrea, M., y Agraz, P. (2008). *Psicología Iberoamericana*. *Psicología Iberoamericana*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328008>
- Rodríguez Gonzales, V. S., y Pérez Martinto, P. C. (2020). *Niveles de Ansiedad Social en Adolescentes de una Institución Educativa de Tembladera en Perú*. Tzhoeoen, 12(1). <https://doi.org/10.26495/tzh.v12i1.1242>
- Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., y Brown, T.A., (2013). *The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia*. Journal of Psychopathology Behavior Assessment, 35, 356-365.
- Rosenbaum, J., Biederman, J., Pollock, R., y Hirshfeld, D. (1994). *The etiology of social phobia*. Journal of Clinical Psychiatry.
- Russell, G., y Shaw, S. (2009). *A study to investigate the prevalence of social anxiety in a sample of higher education students in the United Kingdom*. Journal of Mental Health, 18(3), 198-206. doi:10.1080/09638230802522494
- Safir, R. (2014). *La fobia social, un acercamiento psicológico desde el enfoque cognitivo-conductual*. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos_finales/Archivos/la_fobia_social_un_acercamiento_psicologico_desde_el_enfoque_cognitivo-conductual.pdf
- Salazar, I., Merino-Soto C., y Caballo, V. (2019). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO) en Perú*. Psychologia, 13(2), 107-120. doi: 10.21500/19002386.3885.
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy*. New York: Farrar, Starus and Giroux.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*. In A. B. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1991a). *Psicopatología de la ansiedad*. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 605-668). Valencia: Promolibro.

- Sandín, B., y Chorot, P. (1991b). Trastornos de pánico: Consideraciones sobre su naturaleza, etiología y tratamiento. En G. Buela y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 305-321). Madrid: Siglo XXI.
- Saunders, Hargie. O., y Dickson, D. (1981). *Habilidades sociales en la comunicación interpersonal*.
- Schaefer, H., y Rubí, P. (2015). *Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 53(1), 35-43.
- Schlenker, B., y Leary, M. (1982). *Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model*. Bulletin.
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003a). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal-Estar e Subjetividade.
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003b). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal-Estar e Subjetividade.
- Sierra, J., Zubeidat, I., y Fernández, A. (2006). *Factores asociados a la ansiedad y fobia social*. Revista Mal-Estar e Subjetividade.
- Silva Moreno, F. y Martorell Pallás, M. C. (2001). *Batería de Socialización (BAS-3)*. Madrid: TEA. Trianes
- Spielberger, C., Pollans, C. y Wordan, T. (1984). *Anxiety disorders. Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley and Sons.
- Stein, D. J., Lim, C. C., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., y de Girolamo, G. (2017). *The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative*. BMC medicine, 15(1), 143. doi: 10.1186/s12916-017-0889-2
- Strahan, E., y Conger, A. (1998). *Social anxiety and its effects on performance and perception*. Journal of Anxiety Disorders. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00016-4
- Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. C., Gonçalves, M. S., y da Silveira, D. X. (2006). *Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28(4), 265-269. doi: 10.1590/S1516-44462006005000008
- Tillfors, M. (2004). *Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences*. Nordic Journal of Psychiatry.
- Trower, P., Gilbert, P., y Sherling, G. (1990). *Social anxiety, evolution and self-presentation*. Handbook of social and evolution anxiety. New York: Plenum Press.
- Trower, P., y Gilbert, P. (1989). *New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia*. Clinical Psychology Review.

- Turner, S., Beidel, D., Cooley, M., Woody, S., y Messer, S. (1994). *A multicomponent behavioral treatment for social phobia*. Behaviour Research and Therapy.
- Van Roy, B., Kristensen, H., Groholt, B., y Clench-Aas, J. (2009). *Prevalence and characteristics of significant social anxiety in children aged 8-13 years: A Norwegian cross-sectional population study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44, 407- 405. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0445-7>
- Vega Delgado, G. (2020). *Locura, suicidio, conductas desviadas y personajes extravagantes*. Corporación Editora Nacional.
- Viana, A. G., Rabian, B., y Beidel, D. C. (2008). *Self-report measures in the study of comorbidity in children and adolescents with social phobia: research and clinical utility*. Journal of Anxiety Disorders, 22, 781-792. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.08.005>
- Wagner, M. F., y Pereira, A. S. (2014). *Social Por Medio De Un Programa De Entrenamiento En Habilidades Sociales*. 22, 423–440.
- Wei, Z., y Ross, J. (2004). *Social anxiety disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America*. Depression y Anxiety, 20, 101–106.
- Welford, A.T. (1966). *The ergonomic approach to social behavior*. Ergonomics, 9, 357-369.
- Wilkinson, J. y Canter, S. (1982). *Social skills training manual. Assessment, program design and management of training*. Chichester: Wiley.
- Wichmann, C., Coplan, R. J. y Daniels, T. (2004). *The social cognitions of socially withdrawn children*. Social Development, 13, 377-392. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00273.x>
- Wilkinson, J., y Canter, S. (1982). en Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España. Editorial Siglo Veintiuno de España Editores SA.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- World Health Organization. (1992). *ICD 10 International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. Tenth Revision. Volume 1*. Geneve.
- Zea MC, Tyler FB y Franco, MC (1991). *Psychosocial competence in Colombian university students*. Interamerican Journal of Psychology, 25, 135-145.
- Zigler, E., y Phillips, L. (1962). *Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology*. Journal of Abnormal and Social Psychology, 65, 215- 222.

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANSIEDAD SOCIAL Y HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en esta investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Usted ha sido invitado (a) a participar de esta investigación, cuya temática es:

“Ansiedad social y habilidades sociales en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay”.

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta participar, a continuación, se llenará una ficha sociodemográfica; se le aplicará el Cuestionario De Las Habilidades Sociales (CHASO) y finalmente, la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social. Destine Estas un tiempo aproximado de 20 minutos. Los cuestionarios son anónimos y la información será manejada con absoluta confidencialidad. La finalidad es puramente académica e investigativa. Por favor, llene los datos que le pedimos a continuación. Recuerde contestar todas las preguntas.

El responsable de esta evaluación es: José Felipe Albornoz García, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad del Azuay.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda el cuestionario será un aporte fundamental para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados del test, serán entregados a los profesionales del departamento de Bienestar Estudiantil “MI UDA” de la Universidad del Azuay para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Riesgos

Esta investigación no tiene ningún riesgo para usted.

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la realización de esta investigación. La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar su participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente. Si decide retirarse de este estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda o comentario respecto a la aplicación de esta evaluación favor diríjase a José Felipe Albornoz García, al correo electrónico jfelipealbornoztesis@gmail.com o al celular 0995984996.

Acepto participar en esta investigación,

Acepto

Anexo B: Ficha sociodemográfica

Apreciad@ estudiante,

Se está realizando el proyecto de investigación para la elaboración de tesis titulada: *Ansiedad Social y Habilidades Sociales en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Del Azuay.*

Los cuestionarios son anónimos y la información será manejada con absoluta confidencialidad. Por favor, llene los datos que le pedimos a continuación. Recuerde contestar todas las preguntas.

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

1. Género (marque con una x)

1 masculino 2 femenino

2. Edad:

años

3. En qué ciclo académico se encuentra (Colocar el ciclo en números. Por ejemplo, si está en 3er ciclo escribir el número "3")

4. Estado civil actual

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> casado/a | |
| 2 <input type="checkbox"/> soltero/a | 4 <input type="checkbox"/> viudo/a |
| 3 <input type="checkbox"/> divorciado/a | 5 <input type="checkbox"/> unión libre |

5. Personas con las que vive actualmente

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Solo/a |
| 2 <input type="checkbox"/> Familia Extensa (incluye esposos, padres, hijos, nietos, suegros) |
| 3 <input type="checkbox"/> Familia Nuclear (esposo y/o hijos) |
| — |

6. ¿Conoce usted lo que es la Ansiedad Social?

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si |
| <input type="checkbox"/> No |

7. ¿Ha tenido usted Ansiedad Social?

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si |
| <input type="checkbox"/> No |

8. Si su respuesta fue "sí". Indique la edad en que recibió el diagnóstico:

9. ¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?

 Si
 No

10. ¿Ha estado usted en tratamiento psiquiátrico por Ansiedad Social?

 Si
 No

Anexo C: Cuestionario CHASO

CHASO
(Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A, 2017)

El siguiente cuestionario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como usted actúa normalmente, reflejando la probabilidad con la que llevaría a cabo la conducta si se presentara la ocasión. Responda señalando con una X en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos incluidos en el cuestionario son característicos o propios de usted, conforme a la siguiente puntuación:

1	2	3	4	5
Muy poco característico de mí	Poco característico de mí	Moderadamente característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera sincera; no se preocupe porque no existen respuestas correctas o incorrectas.

1. Pedir disculpas cuando mi comportamiento ha molestado a otra persona	1	2	3	4	5
2. Pedir a alguien que baje la voz cuando está hablando demasiado alto en el cine	1	2	3	4	5
3. Mantener la calma cuando me he equivocado delante de otras personas	1	2	3	4	5
4. Decir a alguien que no se mete en la fila	1	2	3	4	5
5. Pedir a una persona que me atrae que salga conmigo	1	2	3	4	5
6. Decir a otra persona que respete mi turno de palabra	1	2	3	4	5
7. Disculparme cuando me equivoco	1	2	3	4	5
8. Decir que "no" cuando no quiero prestar algo que me piden	1	2	3	4	5
9. Decir a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5
10. Mantener la calma cuando me hacen una broma en público	1	2	3	4	5
11. Decir a otra persona que deje de molestar o de hacer ruido	1	2	3	4	5
12. Responder a una pregunta de un profesor en clase o de un superior en una reunión	1	2	3	4	5
13. Invitar a salir a la persona que me gusta	1	2	3	4	5
14. Hablar en público ante desconocidos	1	2	3	4	5
15. Mantener la calma ante las críticas que me hacen otras personas	1	2	3	4	5
16. Decir que me gusta a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
17. Hablar ante los demás en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
18. Salir con gente que casi no conozco	1	2	3	4	5
19. Pedir disculpas a alguien cuando he herido sus sentimientos	1	2	3	4	5
20. Insistir en saludar a alguien cuando antes no me ha respondido	1	2	3	4	5
21. Dar una expresión de cariño (beso, abrazo, caricia) a quien quiero	1	2	3	4	5
22. Asistir a una fiesta donde no conozco a nadie	1	2	3	4	5
23. Mantener la calma al hacer el ridículo delante de otras personas	1	2	3	4	5
24. Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
25. Responder a una crítica injusta que me hace una persona	1	2	3	4	5
26. Expresar una opinión diferente a la que expresa la persona con la que estoy hablando	1	2	3	4	5
27. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
28. Responder a una crítica que me ha molestado	1	2	3	4	5
29. Mantener una posición contraria a la de los demás si creo que tengo razón	1	2	3	4	5
30. Dar una expresión de apoyo (abrazo, caricia) a una persona cercana cuando lo necesita	1	2	3	4	5
31. Mostrar afecto hacia otra persona en público	1	2	3	4	5
32. Pedir explicaciones a una persona que ha hablado mal de mí	1	2	3	4	5
33. Hacer cumplidos o elogios a la persona que quiero	1	2	3	4	5
34. Rechazar una petición que no me agrada	1	2	3	4	5
35. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
36. Decir que "no" cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
37. Si alguien ha hablado mal de mí, le busco cuanto antes para aclarar las cosas	1	2	3	4	5
38. Decir que "no" ante lo que considero una petición poco razonable	1	2	3	4	5
39. Pedir disculpas cuando me dicen que he hecho algo mal	1	2	3	4	5
40. Pedir explicaciones a una persona que me ha negado el saludo	1	2	3	4	5

Cuestionario de las Habilidades Sociales. Fuente: Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO – A (2017).

Anexo D: Escala LSAS – SR

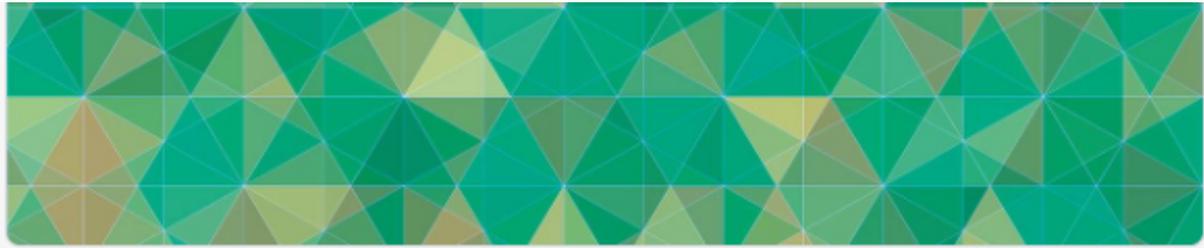
LSAS-SR
(Liebowitz, 1987)

Contesta en la parte de la derecha con el número que mejor describa tu temor o ansiedad (primera casilla) y la frecuencia con que evitas (segunda casilla) las situaciones que se describen a continuación.

<p><i>Temor o ansiedad</i></p> <p>0= Ninguna 1= Leve 2= Moderada 3= Grave</p>	<p><i>Evitación</i></p> <p>0= Nunca (0%) 1= Ocasionalmente (1-33%) 2= A menudo (33-67%) 3= Habitualmente (67-100%)</p>
---	--

	TEMOR O ANSIEDAD	EVITACIÓN
1. Hablar por teléfono en público		
2. Participar en grupos pequeños		
3. Comer en lugares públicos		
4. Beber con otras personas en lugares públicos		
5. Hablar con personas que tienen autoridad		
6. Actuar, representar un papel o dar una charla en público		
7. Ir a una fiesta		
8. Trabajar mientras te están observando		
9. Escribir mientras te están observando		
10. Llamar por teléfono a alguien que no conoces muy bien		
11. Hablar con gente a quien no conoces muy bien		
12. Conocer a gente nueva		
13. Orinar en un baño público		
14. Entrar en una habitación donde los demás ya están sentados		
15. Ser el centro de atención		
16. Hablar en una reunión		
17. Hacer un examen		
18. Expresar desacuerdo a gente a la que no conoces muy bien		
19. Mirar a los ojos a gente a la que no conoces muy bien		
20. Presentar un informe a un grupo		
21. Intentar conquistar a alguien		
22. Devolver artículos a una tienda		
23. Hacer una fiesta		
24. Resistir la insistente presión de un vendedor		

Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social. Fuente: Liebowitz (1987).



Ansiedad social y habilidades sociales en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay

Consentimiento Informado: El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en esta investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Usted ha sido invitado(a) a participar de ésta investigación, cuya temática es: "Ansiedad social y habilidades sociales en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay". Si usted desea participar, a continuación, se llenará una ficha sociodemográfica; luego, se aplicará el Cuestionario De Las Habilidades Sociales (CHASO) y finalmente, la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social. Destine un tiempo aproximado de 20 minutos. Los cuestionarios son anónimos y la información será manejada con absoluta confidencialidad. La finalidad es puramente académica e investigativa. Por favor, llene los datos que le pedimos a continuación. Recuerde contestar todas las preguntas.

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda el cuestionario será un aporte fundamental para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados del test, serán entregados a los profesionales del departamento de Bienestar Estudiantil "MI UDA" de la Universidad del Azuay para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos. Esta investigación no tiene ningún riesgo para usted.

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la realización de esta investigación. La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar su participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente. Si decide retirarse de este estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda o comentario respecto a la aplicación de esta evaluación favor dirijase a José Felipe Albornoz García, al correo electrónico jfelipealbornoztesis@gmail.com o al celular 0995984996.

 jfelipealbornoztesis@gmail.com (no se comparten)
[Cambiar cuenta](#)

 Se restableció el borrador

*Obligatorio

Acepto participar en ésta investigación *

Acepto

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

1. Género *

- Masculino
- Femenino

2. Edad: *

Tu respuesta _____

3. ¿En qué ciclo académico se encuentra? (Colocar el ciclo en números. Por ejemplo, si está en 3er ciclo escribir el número "3") *

Elegir ▼

4. Estado civil actual *

- Casado/a
- Soltero/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Unión libre

5. Personas con las que vive actualmente : *

- Solo/a
- Familia extensa (incluye esposxs, padres, hijxs, nietxs, suegrxs)
- Familia nuclear (compuesta por los esposos y/o hijos)

6. ¿Conoce usted lo que es la Ansiedad Social? *

- Si
- No

7. ¿Ha tenido usted Ansiedad Social? *

- No
- Si

8. Si su respuesta fue "si". Indique la edad en que recibió el diagnóstico:

Tu respuesta _____

9. ¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social? *

Si

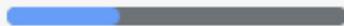
No

10. ¿Ha estado usted en tratamiento psiquiátrico por Ansiedad Social? *

Si

No

[Siguiente](#)



Página 1 de 3

[Borrar formulario](#)

Cuestionario CHASO

Segunda parte

Cuestionario De Las Habilidades Sociales (CHASO)

El siguiente cuestionario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como usted actúa normalmente, reflejando la probabilidad con la que llevaría a cabo la conducta si se presentara la ocasión.

Responda señalando en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos incluidos en el cuestionario son característicos o propios de usted, conforme a la siguiente puntuación:

1	2	3	4	5
Muy poco característico de mí	Poco característico de mí	Moderadamente característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera sincera; no se preocupe porque no existen respuestas correctas o incorrectas.

1. Pedir disculpas cuando mi comportamiento ha molestado a otra persona. *

1 = Muy poco característico de mí , 2=Poco característico de mí , 3= Moderadamente característico de mí, 4=Bastante característico de mí, 5 = Muy característico de mí

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

2. Pedir a alguien que baje la voz cuando está hablando demasiado alto en el cine

*

1 = Muy poco característico de mi , 2= Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4= Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

3. Mantener la calma cuando me he equivocado delante de otras personas *

1= Muy poco característico de mi , 2= Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4= Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

4. Decir a alguien que no se meta en la fila *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

5. Pedir a una persona que me atrae que salga conmigo *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

6. Decir a otra persona que respete mi turno de palabra *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

7. Disculparme cuando me equivoco *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

8. Decir que "no" cuando no quiero prestar algo que me piden *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

9. Decir a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

10. Mantener la calma cuando me hacen una broma en público *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

11. Decir a otra persona que deje de molestar o de hacer ruido *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

12. Responder a una pregunta de un profesor en clase o de un superior en una reunión *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

13. Invitar a salir a la persona que me gusta *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

14. Hablar en público ante desconocidos *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

15. Mantener la calma ante las críticas que me hacen otras personas *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

16. Decir qué me gusta a una persona que me atrae *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

17. Hablar ante los demás en clase, en el trabajo o en una reunión *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

18. Salir con gente que casi no conozco *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

19. Pedir disculpas a alguien cuando he herido sus sentimientos *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

20. Insistir en saludar a alguien cuando antes no me ha respondido *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

21. Dar una expresión de cariño (beso, abrazo, caricia) a quien quiero *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

22. Asistir a una fiesta donde no conozco a nadie *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

23. Mantener la calma al hacer el ridículo delante de otras personas *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

24. Participar en una reunión con personas de autoridad *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

25. Responder a una crítica injusta que me hace una persona *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

26. Expresar una opinión diferente a la que expresa la persona con la que estoy hablando *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

27. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

28. Responder a una crítica que me ha molestado *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

29. Mantener una posición contraria a la de los demás si creo que tengo razón *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

30. Dar una expresión de apoyo (abrazo, caricia) a una persona cercana cuando lo necesita *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

31. Mostrar afecto hacia otra persona en público *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

32. Pedir explicaciones a una persona que ha hablado mal de mí *

1 = Muy poco característico de mí , 2=Poco característico de mí , 3= Moderadamente característico de mí, 4=Bastante característico de mí, 5 = Muy característico de mí

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

33. Hacer cumplidos o elogios a la persona que quiero *

1 = Muy poco característico de mí , 2=Poco característico de mí , 3= Moderadamente característico de mí, 4=Bastante característico de mí, 5 = Muy característico de mí

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

34. Rechazar una petición que no me agrada *

1 = Muy poco característico de mí , 2=Poco característico de mí , 3= Moderadamente característico de mí, 4=Bastante característico de mí, 5 = Muy característico de mí

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

35. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

36. Decir que “no” cuando me piden algo que me molesta hacer *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

37. Si alguien ha hablado mal de mí, le busco cuanto antes para aclarar las cosas *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

38. Decir que "no" ante lo que considero una petición poco razonable *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

39. Pedir disculpas cuando me dicen que he hecho algo mal *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

40. Pedir explicaciones a una persona que me ha negado el saludo *

1 = Muy poco característico de mi , 2=Poco característico de mi , 3= Moderadamente característico de mi, 4=Bastante característico de mi, 5 = Muy característico de mi

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

Escala LSAS – SR

Tercera parte

Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social

Contesta en la parte de la derecha con el número que mejor describa tu temor o ansiedad (primera casilla) y la frecuencia con que evitas (segunda casilla) las situaciones que se describen a continuación.

Primera Casilla - Segunda Casilla

Temor o ansiedad

0= Ninguna

1= Leve

2= Moderada

3= Grave

Evitación

0= Nunca (0%)

1= Ocasionalmente (1 – 33%)

2= A menudo (33 – 67%)

3= Habitualmente (67 – 100%)

1. Hablar por teléfono en público *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Participar en grupos pequeños *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Comer en lugares públicos *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Beber con otras personas en lugares públicos *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Hablar con personas que tienen autoridad *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Actuar, representar un papel o dar una charla en público *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Ir a una fiesta *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Trabajar mientras te están observando *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Escribir mientras te están observando *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Llamar por teléfono a alguien que no conoces muy bien *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Hablar con gente a quien no conoces muy bien *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Conocer a gente nueva *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Orinar en un baño público *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Entrar en una habitación donde los demás ya están sentados *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Ser el centro de atención *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Hablar en una reunión *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Hacer un examen *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Expresar desacuerdo a gente a la que no conoces muy bien *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Mirar a los ojos a gente a la que no conoces muy bien *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Presentar un informe a un grupo *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Intentar conquistar a alguien *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Devolver artículos a una tienda *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Hacer una fiesta *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Resistir la insistente presión de un vendedor *

	0	1	2	3
Temor / ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por su participación

