



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA
COMPUTACIÓN**

Trabajo de grado previo a la obtención del título de: Licenciado/a
en Psicología Clínica

Autores:

**Paula Doménica García Vivar
Pablo Mateo Sánchez Andrade**

Director:

Mgst. María Fernanda Coello Nieto

Tribunal:

Mgst: Juan Sebastián Herrera Puente

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA I

A mis cuatro fantásticos Yolanda, Andrés, Augusta, Nicolás, a mi angelito del cielo Mercedes María por ayudarme en los caminos oscuros y alentarme a seguir adelante, a dar mi doscientos por ciento, a ponerle corazón y pasión a las cosas que hago y a mi pequeña teckel de cuatro patas por su cariño y compañía en aquellas heladas madrugadas de estudio.

Para aquellas personas que les dijeron que no podían, que no eran capaces de lograrlo sin embargo convirtieron aquellos mensajes negativos en determinación, responsabilidad y disciplina.

Paula Doménica García Vivar

DEDICATORIA II

Este trabajo de titulación está dedicado a mi madre y hermana por apoyarme a lo largo de la carrera y ser mis guías en este proceso y nueva etapa de vida.

Pablo Mateo Sánchez Andrade

AGRADECIMIENTO I

Quiero expresar mi gratitud infinita a mi madre, a mi hermano, a mi tía, a mi primo y mi abuela quienes han sido mis guías y mi mayor apoyo, cada día me han impulsado a ser mejor persona, a que los sueños si se cumplen con esfuerzo, dedicación, perseverancia y determinación.

A Mario Moyano por incentivar me a trabajar de una manera eficiente, a ponerme objetivos claros, a buscar nuevos retos, sobre todo realizar las cosas de corazón.

A Sebastián Herrera por brindarme su conocimiento, sabiduría y recomendaciones para ser una mejor profesional.

A mi directora de tesis Fernanda Coello por su guía, apoyo, dedicación y su paciencia.

A mis amigos por su colaboración y apoyo incondicional, y sobre todo por su preocupación al estar siempre pendientes alentándome a seguir adelante.

A la Unidad Educativa Particular Salesiana María Auxiliadora, a su personal administrativo, docentes, al Departamento de Consejería Estudiantil quienes me abrieron las puertas de su institución para realizar mis horas de vinculación con la sociedad por enseñarme y ayudar a mi crecimiento profesional y personal.

Paula Doménica García Vivar

AGRADECIMIENTO II

Deseo agradecer a mi madre y hermana por todo el apoyo y soporte que me brindaron, siendo mi motivación para seguir esforzándome diariamente y conseguir metas.

A la magister María Fernanda Coello Nieto, mi tutora de tesis, por su guía, asistencia, dedicación y continuo esfuerzo durante todo este proceso.

Al magister Juan Sebastián Herrera Puente, mi tribunal de tesis, por sus innumerables consejos y recomendaciones para mejorar mi trabajo y aprender a ser un mejor estudiante.

A todos mis profesores de la universidad, los cuales me enseñaron a lo largo de la carrera y velaron por mi desarrollo como futuro profesional.

Pablo Mateo Sánchez Andrade

RESUMEN

El estudio tuvo por objetivo evaluar la presencia de ansiedad social en estudiantes de la carrera de "Ingeniería en Ciencias de la Computación" de la Universidad del Azuay. La investigación contó con una muestra de 112 estudiantes de entre 17 y 30 años. Se aplicó el cuestionario de habilidades sociales CHASO, para la calificación del test se consideró que a una mayor puntuación existe mayor habilidad social. Los resultados indicaron que la población masculina presentó puntajes altos en la mayoría de las dimensiones, por lo tanto, poseen más habilidades sociales que la población femenina, lo que implica una menor predisposición a padecer de ansiedad social.

Palabras clave: ansiedad social, estudiantes universitarios, habilidades sociales, CHASO



Paula Doménica García Vivar



Pablo Mateo Sanchez Andrade



María Fernanda Coello Nieto

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the presence of social anxiety in students of the "Computer Science Engineering" major at Universidad del Azuay. The research included a sample of 112 students aged between 17 and 30. The CHASO social skills questionnaire was applied. The test was assessed by considering that the higher the score, the higher the social. The results showed the male student population presented high scores in most of the dimensions. Therefore, they have more social skills than female population, which implies less predisposition to suffer from social anxiety.

Keywords: CHASO, female population, social anxiety, social skills, university students



Este certificado se encuentra en el repositorio digital de la Universidad del Azuay, para verificar su autenticidad escanee el código QR

Este certificado consta de: 1 página

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA I	I
DEDICATORIA II	II
AGRADECIMIENTO I	III
AGRADECIMIENTO II	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE ANEXOS.....	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Ansiedad.....	2
1.1.1 Definiciones.....	2
1.2 Antecedentes históricos de la ansiedad.....	3
1.3 Clasificación.....	5
1.3.1 Trastorno de ansiedad por separación.....	6
1.3.2 Mutismo selectivo.....	6
1.3.3 Fobia específica	7

1.3.4	Trastorno de ansiedad social.....	7
1.3.5	Trastorno de pánico:	8
1.3.6	Agorafobia.....	8
1.3.7	Trastorno de ansiedad generalizada	9
1.3.8	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos.....	9
1.3.9	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:	9
1.3.10	Otro trastorno de ansiedad especificado.....	9
1.3.11	Trastorno de ansiedad no especificado.....	10
1.4	Síntomas de la Ansiedad.....	10
CAPÍTULO II.....		12
2.	ANSIEDAD SOCIAL.....	12
2.1	Definiciones	12
2.2	Antecedentes históricos	13
2.3	Efectos de la ansiedad social	14
2.4	Síntomas de la ansiedad social	14
2.5	Factores de la ansiedad social.....	16
2.6	Comorbilidad de la ansiedad social	17
2.7	Ansiedad social en estudiantes universitarios	18
2.8	Tratamiento de la ansiedad social.....	19
2.8.1	Tratamientos farmacológicos.....	19
2.8.2	Tratamientos psicológicos Terapia cognitivo conductual (TCC)	20

2.9	“Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS).	21
CAPÍTULO III.....		21
3.	METODOLOGÍA.....	21
3.1	Objetivo general.....	21
3.2	Objetivos específicos:.....	22
3.3	Hipótesis.....	22
3.4	Tipo de investigación.....	22
3.5	Participantes	22
3.6	Instrumentos	23
3.7	Ficha sociodemográfica.....	23
CAPÍTULO IV		26
4.	RESULTADOS	26
4.1	Descripción de la muestra.....	26
DISCUSIÓN.....		42
CONCLUSIONES.....		47
RECOMENDACIONES		48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		49
ANEXOS.....		56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación del género de los participantes con respecto a las dimensiones.	26
Tabla 2. Tabla de edad de los participantes	27
Tabla 3. Frecuencia de edades de los participantes evaluados.....	27
Tabla 4. Distribución de los participantes por nivel de escolaridad.....	28
Tabla 5. Distribución de los participantes por estado civil de los estudiantes	28
Tabla 6. Distribución de los participantes con respecto a las personas con las que residen actualmente	29
Tabla 7. Distribución de los participantes que tienen pareja actualmente	29
Tabla 8. Distribución de los participantes por padecer alguna enfermedad física.....	29
Tabla 9. Distribución de los participantes por diagnóstico previo de ansiedad social.....	30
Tabla 10. Distribución de los participantes por Tratamiento de Ansiedad Social	30
Tabla 11. Distribución de los participantes por tratamiento farmacológico de Ansiedad Social	31
Tabla 12. Correlación del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la edad.....	31
Tabla 13. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto al género	32
Tabla 14. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 6 de la ficha sociodemográfica: “¿Actualmente tiene pareja?”	33

Tabla 15. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 6 de la ficha sociodemográfica: “¿Actualmente tiene pareja?”	33
Tabla 16. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 7 de la ficha sociodemográfica: “¿Padece usted de alguna enfermedad física?”	35
Tabla 17. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 7 de la ficha sociodemográfica: “¿Padece usted de alguna enfermedad física?”	35
Tabla 18. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 9 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?.....	36
Tabla 19. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 9 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?”	37
Tabla 20. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 10 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha recibido usted tratamiento farmacológico para Ansiedad?”	38
Tabla 21. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 10 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha recibido usted tratamiento farmacológico para Ansiedad?”	39
Tabla 22. Distribución de Puntuaciones del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO.....	40
Tabla 23. Distribución de los percentiles.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Solicitud de permiso al decano de la facultad de Ciencias de la Administración	56
Anexo 2: Solicitud de permiso a la coordinadora de la carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación	57
Anexo 3: Consentimiento informado.....	58
Anexo 4: Ficha Sociodemográfica.....	60
Anexo 5: Cuestionario CHASO.....	61

INTRODUCCIÓN

Día a día estamos en constante cambio, la evolución del ser humano es notoria en varios aspectos como por ejemplo su adaptación y desenvolvimiento en la sociedad. Por ende, al ser seres sociales, la interacción con los demás es fundamental para un correcto desarrollo interpersonal. Sin embargo, la ansiedad social dificulta este proceso debido a que genera en el individuo que padece de este trastorno, un comportamiento evitativo por el miedo a recibir comentarios negativos por parte de otras personas, una autopercepción errónea, y una subestimación a sus propias capacidades.

La ansiedad social afecta de manera significativa en las áreas de la vida de la persona, es decir si un estudiante universitario padece este trastorno, el resultado académico se verá afectado, de manera que limitará las capacidades intelectuales y habilidades socioemocionales que normalmente posee, por ejemplo, si hay trabajos en grupo el individuo presentará dificultades para pensar y concentrarse. En consecuencia, se generan ciertas conductas de huida con la finalidad de evitar una situación embarazosa o humillante.

El presente trabajo se compone de cuatro capítulos, en los cuales se expondrán diferentes contenidos: el primer capítulo abordará las definiciones sobre ansiedad, antecedentes históricos y síntomas. El segundo capítulo será planteado netamente a la ansiedad social se analizará los efectos, síntomas, factores que lo componen, comorbilidad, ansiedad social en los estudiantes universitarios. Posteriormente, se abordará la metodología, análisis de datos y discusión utilizados en esta investigación. Finalmente, se realizará la verificación de cada objetivo e hipótesis planteadas.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Ansiedad

1.1.1 Definiciones

La palabra ansiedad proviene del latín “Anxietas” cuyo significado es el estado de agitación, inquietud o de zozobra del ánimo, siendo el mismo en términos médicos es la angustia que acompaña a diversas enfermedades (Sarudiansky, 2013).

Almonte y Montt (2019), definen a la ansiedad como un conjunto de emociones que se adaptan y preparan al individuo para detectar y enfrentar las amenazas de forma eficaz, de manera que al enfrentar situaciones de estrés su desempeño sea el mejor.

Kuaik y De la Iglesia (2019), hacen mención acerca de que la ansiedad es una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en relación con el valor objetivo de amenaza que posee la situación familiar. Interfiere de manera directa con el manejo efectivo y adaptativo de circunstancias aversivas o difíciles, e incluso deteriora el funcionamiento cotidiano en lo social, en lo laboral, entre otras áreas. También hace mención que se manifiesta de manera espontánea, inesperada y recurrente en ausencia de un estímulo amenazante.

Según Zumaya (2011), la ansiedad es la reacción de emergencia incrementada en un estado de vigilancias, el miedo es delimitado en tiempo y espacio en su inicio y en la declinación. Ocasionalmente está presente, por ejemplo: “últimamente siento como si algo terrible fuera a pasar”. La ansiedad forma parte del día a día del ser humano puesto que es una emoción principal. De manera que se expone de manera aislada o es parte de la respuesta general del miedo.

Según Clark y Beck (1999, 2012), hacen mención sobre una teoría propia la cual la ansiedad es conceptualizada como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva la misma que responde al anticipar sucesos o circunstancias percibidas como acontecimientos imprevisibles o incontrolables y que estos de manera potencial podrían amenazar a los individuos y sus intereses vitales.

La ansiedad se debe diferenciar de un estado transitorio o como un estado estable de la personalidad, la cual se caracteriza por sentimientos que son percibidos como la tensión y aprensión, una respuesta de corto plazo que está representada por un momento específica ante situaciones generadas por diversas circunstancias (Gaudry & Spielberg, 1971).

Riveros, Hernández & Rivera (2007) mencionan que la ansiedad es un mecanismo natural adaptativo que contribuye en el afrontamiento de los retos de la vida cotidiana. Por ende, si se presenta intensamente, desproporcionada, continua y de manera que se interpone con las actividades, se la considera desadaptativa.

1.2 Antecedentes históricos de la ansiedad

Se atribuye a los primeros textos la medicina occidental, se relaciona a los estados de angustia, siguen mediante el curso de varias enfermedades físicas, no necesariamente se limitaron a cuadros específicos (Sarudiansky, 2013). Al momento de referirse al miedo se habla de una emoción o una respuesta psicológica, fisiológica y comportamental, en relación con un estímulo peligroso (Sarudiansky, 2013).

La ansiedad y angustia se distinguen por la terminología psicológico-psiquiátrica, las mismas tienen un interés especial debido a que estos dos términos hacen referencia a trastornos, cuadros y sintomatologías propias de las mismas. Teniendo en cuenta que, se ha encontrado una asimetría terminológica en relación con la ansiedad y la angustia en español, respecto al alemán y del inglés (Berrios, 2008).

“Angoisse” en francés se lo define como una sensación de contracción o una presión, que además es acompañada de una gran dificultad de respiración y tristeza inmensa, siendo esta un grado avanzado de ansiedad. Mientras que “Anxiété” corresponde a un estado de entristecimiento y agitación con la

presencia de una sensación de dificultad respiratoria. Desde esta perspectiva, se distinguen tres términos: Ansiedad, Angustia e Inquietud, además presenta un carácter dimensional en el que también se distinguen su grado de severidad o la capacidad de generar sufrimiento al individuo (Berrios, 2008).

Se introducen los términos de ansiedad y miedo, inquiriendo que los mismos deben ser diferenciados utilizando tres criterios; el primero menciona una presencia/ausencia de un estímulo preciso, lo que caracteriza al miedo por la presencia de un objeto amenazante. El segundo criterio menciona que al miedo se le atribuyen síntomas motores de lucha o huida, mientras que a la ansiedad síntomas de paralización e incapacidad, por último, el tercer criterio menciona la equidad entre la respuesta y el estímulo, siendo el miedo una reacción apropiada a la magnitud del peligro, mientras que la ansiedad es desproporcionada (Kuaik & De la Iglesia, 2019).

Freud alude que la neurosis de angustia y sus diversas características, en las cuales incluyen: irritabilidad, presencia de “ataques de angustia” los cuales son caracterizados por: actividad cardíaca, problemas en la respiración, sudor, temblores, ataques de hambre, terror nocturno, vértigo y congestiones (Freud, 1999).

Sarudiansky (2013), menciona que hay diversos conceptos al referirnos “tener ansiedad” de manera que hay una relación entre la patología y la enfermedad. Etimológicamente se relaciona con la angustia. Por otro lado, la manera descriptiva se asocia con el miedo, nerviosismo y a algunos estados patológicos.

Clark y Beck (1999, 2012) mencionan que se ve a la ansiedad como una condición humana que va desarrollándose de manera evolutiva. Es una reacción emocional compleja de manera que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva. Le permite al individuo relevar y analizar información importante sobre los resultados esperados, de manera que, actúen estratégicamente en consecuencia. La intensidad moderada impulsa y perfecciona el desempeño físico e intelectual, de manera que, para la resolución de problemas el individuo sea movilizado y así favorecer la adaptación (Barlow & Durand, 2001).

Bandelow & Michaelis (2022), mencionan que los pacientes que padecen trastornos de ansiedad son tratados en su mayoría de forma ambulatoria,

probablemente reciban menos atención psiquiátrica clínica que los pacientes con otros trastornos que requieren un tratamiento hospitalario pero que son menos frecuentes como la esquizofrenia o trastornos afectivos bipolares.

Según Zumaya (2011) explica que hay una prevalencia en el sexo femenino en una proporción de 3 mujeres por cada 1 hombre (3:1).

1.3 Clasificación

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 Disorder CDI-10, of World Health Organization.

En el presente estudio se utilizará 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, se detallarán cada uno de ellos:

1.3.1 Trastorno de ansiedad por separación:

La respuesta del individuo es emocional la misma genera una ansiedad excesiva caracterizada por la incapacidad de quedarse, alejarse y estar a solas, en el que presenta un modo reiterativo de aislamiento social, angustia, tristeza, apatía y desesperación incesante al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado estrechamente, generalmente por sus padres, siendo esta angustia excesiva según el desarrollo del niño. Sienten miedo excesivo y persistente 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, también presentan una actitud persistente de rechazo a estar solos o sin ninguna figura de apego lo que ocasiona la presencia de ansiedad, síntomas físicos, pesadillas, no asistir a la escuela o quedarse solo en casa. Este trastorno evoluciona después de una situación de estrés vital como una pérdida de un familiar y esperable del desarrollo infantil, puede presentarse a los 6 u 8 meses de edad y con una mayor prevalencia en niños menores de 12 años, con un mínimo de duración de cuatro semanas en niños y adolescentes y seis meses en adultos (APA, 2013 citado por Albornoz, 2022).

1.3.2 Mutismo selectivo:

El mutismo selectivo está marcado por una elevada ansiedad social, se distingue por una timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y el retraimiento social, por ejemplo, en su hogar, solo habla con sus familiares cercanos. El mutismo selectivo se considera un cuadro clínico atípico, sin embargo, está asociado con un trastorno de comunicación, el no hablar tiene consecuencias, que trae consigo un impacto nocivo a largo plazo en el progreso académico, laboral y social, si no es tratado rápidamente. Tiene mayor probabilidad que se manifieste en niños pequeños que en adolescentes y adultos.

Inicia antes de los 5 años de edad sin embargo el mismo debe ser examinado después del ingreso a la escuela. En los criterios diagnósticos mencionan que la duración de la alteración es de mínimo un mes no obstante ésta no se limita al primer mes de escuela. A los niños que poseen mutismo selectivo normalmente se les diagnostica con algún trastorno de ansiedad (APA, 2013 citado por Albornoz, 2022).

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 miedo o ansiedad que es proporcionado al riesgo real. 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. En los subtipos anteriormente mencionados se encuentra mayor predominancia en las mujeres, mientras que al ver sangre, heridas, inyecciones o daño en específico; su prevalencia se produce de manera similar en ambos sexos. La fobia específica se desarrolla por lo general en la primera infancia antes de los 10 años. Comúnmente aparece entre los 7 - 11 años. Aunque el evento desencadenante sea específico y concreto, su contacto puede provocar pánico, como en la agorafobia o fobia social. En poblaciones de mayor edad su prevalencia es menor. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, y presenta un malestar significativo causando deterioro en áreas importantes del funcionamiento social, laboral y escolar con una duración de 6 meses, son desproporcionados en relación con el peligro real que el objeto o la situación implica (Organización Panamericana de la Salud, 1995 citado por Albornoz, 2022).

1.3.4 Trastorno de ansiedad social:

El trastorno es caracterizado por un marcado 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 por ejemplo el individuo puede buscar plazas de trabajo las cuales no requieran la interacción social. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir de manera significativa, causándole un malestar persistente de por lo menos 6 meses o más en la rutina normal del sujeto, en sus relaciones sociales, en el ambiente laboral o académico. Tiene alta comorbilidad con la depresión mayor y su prevalencia es mayor en mujeres que en los varones (APA, 2013 citado por Albornoz,2022).

1.3.5 Trastorno de pánico:

El trastorno de pánico se basa en los ataques de pánico inesperados y recurrentes acompañados por miedo y malestar intenso, el cual llega a su máxima expresión en cuestión de minutos, las cuales se presentan de manera significativa recurrente, no se limitan a una situación en particular por lo que son imprevisibles, 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 o más. 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. Con frecuencia se encuentra una fobia secundaria a enloquecer, perder el control o morir. La prevalencia global de trastorno de pánico antes de los 14 años es baja. La edad de inicio de los síntomas está entre los 20 a 24 años, siendo atípico en la infancia también se considera que los niños no pueden explicar los síntomas que presentaron. (Organización Panamericana de la Salud, 1995 citado por Albornoz, 2022).

1.3.6 Agorafobia:

Las personas que sufren agorafobia presentan una característica principal miedo o ansiedad intenso la cual puede ser provocada por una exposición real; muestran 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, la evitación o síntomas de la ansiedad causan un malestar emocional clínicamente significativo, el individuo lo identifica como excesivo o irracional. Las mujeres tienen mayor prevalencia al igual que las personas mayores a 65 años. El trayecto de la agorafobia es persistente y crónico (Organización Panamericana de la Salud, 1995 citado por Albornoz, 2022).

1.3.7 Trastorno de ansiedad generalizada:

El trastorno de ansiedad generalizada es caracterizado por un estado de anticipación aprensiva ya sea por actividades o acontecimientos, tanto la intensidad, frecuencia como la preocupación es desproporcionada a una situación anticipada. 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, puede aparecer aproximadamente a los 30 años de edad, son escasas las apariciones en la infancia. Existe una mayor probabilidad de prevalencia en mujeres. Comúnmente los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, sus preocupaciones tienen que ver con sus pares con el rendimiento académico y deportivo (APA,2013 citado por Albornoz, 2022).

1.3.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos:

Este trastorno es caracterizado por la aparición ataques de pánico, angustia o ansiedad asociados a una intoxicación o de evitar sustancias y tratamientos médicos. Los síntomas se pueden presentar durante o después de la intoxicación. Los síntomas causan malestar clínicamente significativos y deterioro en las áreas personales del individuo. En la población en general puede ser poco frecuente (APA,2013 citado por Albornoz, 2022).

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 significativa, se debe a los efectos fisiológicos de una enfermedad orgánica. Los síntomas se manifiestan como ansiedad o ataques de pánico prominentes. Mayor prevalencia en individuos con diferentes afecciones médicas como asma, hipertensión, úlceras y artritis (APA, 2013 citado por Albornoz, 2022).

1.3.10 Otro trastorno de ansiedad especificado:

Esta categoría de trastorno hace referencia a síntomas particulares de la ansiedad, los cuales ocasionan un malestar clínicamente significativo o deterioro del

funcionamiento. Utilizado únicamente en caso que el médico opta por notificar el motivo específico (APA, 2013 citado por Albornoz, 2022).

1.3.11 Trastorno de ansiedad no especificado:

Esta clase de trastornos se debe a que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad, este trastorno se utiliza en el único caso que el médico prefiere no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios además de no existir suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (APA,2013 citado por Albornoz, 2022).

1.4 Síntomas de la Ansiedad

Se comprende a la ansiedad como una reacción emocional la cual se la considera como diversas respuestas desagradables, las cuales se manifiestan de manera independiente (Becerra et al., 2016).

Los síntomas de ansiedad se expresan mediante 3 canales: cognitivo, conductual o motor y el fisiológico, en la cual se manifiestan los pensamientos intrusivos al igual que las conductas evitativas (Ávila-Toscano et al.,2021).

Nivel Cognitivo: se manifiesta como un estado de malestar o distrés caracterizado por:

- Sentimientos de tensión
- Aprehensión
- Preocupación
- Miedo
- Inseguridad
- Autovaloraciones negativas
- Anticipaciones de eventos negativos
- Dificultades para recordar
- Dificultad para concentrarse

Nivel Fisiológico: Se manifiestan variaciones en las respuestas del sistema nervioso central, como:

- Alteraciones en la frecuencia cardíaca
- Presión arterial
- Sudoración excesiva
- Palpitaciones
- Arritmias
- Molestias en el estómago
- Dolor de cabeza
- Temblor en las extremidades
- Respiración agitada
- Apnea
- Escalofríos
- Sequedad en la boca

Nivel Conductual o Motor: Se manifiesta por conductas que indican inquietud motora, como:

- Movimientos con las extremidades
- Rascarse o tocarse alguna parte del cuerpo reiteradamente.
- Movimientos torpes
- Tartamudez
- Dificultades de expresión verbal
- Expresiones faciales de susto
- Miedo o desesperación
- Fumar o beber en exceso

CAPÍTULO II

2. ANSIEDAD SOCIAL

2.1 Definiciones

El trastorno de ansiedad social (fobia social) puede ser definido como un miedo o ansiedad elevada con respecto a diversas actividades que se desarrollan en un entorno social, en donde la persona se encuentra comprometida a la valoración por parte de otros individuos. El sujeto que padece dicho trastorno siente temor de proceder de forma en la que resulte humillado, criticado negativamente o rechazado. Por tanto, las situaciones de naturaleza social tienen a evitarse (Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según el CIE-10, esta ansiedad está caracterizada por un intenso pavor a ser el núcleo de miramientos o de comportarse de manera vergonzosa en diversas situaciones sociales, así que el sujeto huye de estas mismas (OMS, 2020).

Este trastorno puede ocasionar una ansiedad anticipatoria cuando se presentan una o más situaciones de índole social. Produciéndose así un círculo vicioso en donde los intentos sociales fallidos o frustrados generan más miedos anticipatorios (Botella, Baños y Perpiña, 2003).

Otras definiciones como las de Caballo et al., (2014), describen que los individuos con Trastorno de Ansiedad Social (TAS) pueden llegar a sentirse juzgados y evaluados negativamente por sus conductas. Siendo así, que actividades de la vida cotidiana como utilizar servicios de transporte, ingerir alimentos, utilizar baños públicos o caminar cerca de alguien más generan malestar en la persona.

En el transcurso de estas actividades el sujeto tiende a preocuparse de que las demás personas noten su nerviosismo, temblor, enrojecimiento de la cara, o síntomas de malestar físico como desmayos, dolor de estómago, apariencia enferma, ya que, en la lógica del paciente, estas señales provocan críticas negativas por parte de los demás.

La ansiedad social deteriora significativamente el correcto desempeño del sujeto en diversas áreas como la laboral, educativa, familiar, interpersonal e intrapersonal, reduciendo así su calidad de vida y limitando las capacidades normales que la persona posee (Alcalaico, 2012).

2.2 Antecedentes históricos

El trastorno de ansiedad social, es una condición médica que ha suscitado malestar a lo largo de la historia del ser humano. Así que cuando nos referimos a esta fobia, no estamos hablando de una enfermedad mental de origen actual. De hecho, Olivares (2009) refiere al autor Robert Burton, quien en 1845 relata un caso clínico del griego Hipócrates, en el que un paciente describe que siente un malestar diferente de la timidez o temor, ocasionando que el individuo no quiera estar cerca de las otras personas debido a que piensa que estos mismos lo van a criticar negativamente cuando vocalice o realice gestos al momento de hablar.

Según Alcalaico (2012) Beard en 1879 describe una particularidad visible en los pacientes con ansiedad social, en donde síntomas como la desviación hacia otros sitios al momento de mirar a los demás, evitar constantemente el contacto visual e inclinar la cabeza, están presentes.

Janet (1903) designó por primera vez el término “phobie du situations sociales” (fobia a las situaciones sociales) definición que describe a los individuos con temor de ser observados por los demás en las diferentes situaciones sociales de la vida cotidiana.

Alcalaico (2012) afirma que en 1966 Marks y Gerlder propusieron la distinción de la fobia social de los otros trastornos de ansiedad. Siendo así que en 1970 Marks creó una clasificación de las fobias en cuatro variantes: Fobia animal, Fobia social, Fobias específicas y Agorafobia.

En el año de 1980 la fobia social se reconoció como un trastorno clínico independiente gracias a la publicación del DSM-III (Olivares, 2009).

En 1985 Liebowitzse señala a esta condición clínica como un “trastorno de ansiedad olvidado” y en años posteriores surgió la propuesta para cambiar su denominación, llamándose actualmente como “trastorno de ansiedad social”.

Finalmente, en 1987 una actualización del DSM-III (DSM-III-R) incluyó los subtipos “generalizada” y “no generalizada”, esto con el fin de distinguir a los individuos

a los cuales les generaba temor las situaciones sociales, de los que presentaban miedo únicamente en las situaciones particulares.

2.3 Efectos de la ansiedad social

Disrupción

Se trata de una serie de comportamientos que buscan satisfacer necesidades no cubiertas. En niños se puede dar la obstaculización del avance de la clase, impidiendo que se dé la enseñanza y una sana convivencia. Ejemplos de estos comportamientos pueden ser: ruidos molestos (silbidos, carcajadas, chirridos, etc.), producir ruidos con objetos (golpear la silla o el escritorio, tirar útiles contra la pared o hacerlos caer) o moverse constantemente del sitio (Bados, 2005).

Agresividad

Es un estado en donde el individuo siente la necesidad de dañar a las demás personas, animales o propiedades de manera desproporcionada. Esto lo puede realizar de manera verbal (ofensas, amenazas, etc.) o de forma física (golpes, tirones de cabello, embestidas, etc.); estas agresiones pueden estar enfocadas a sus pares, figuras que representen alguna autoridad, a sí mismos o el entorno que los rodea (Bados, 2005).

Reacciones afectivo-emocionales descontroladas

Se refieren a las conductas que presentan un desajuste de la comprensión y disfrute de cualquier tipo de relación interpersonal. Las manifestaciones que puede tener la persona son: constante búsqueda de atención, irritabilidad, cambios constantes de humor, aislamiento o somatizaciones (Bados, 2005).

Huida, evitación

Son diversas conductas que tienen la finalidad de evitar un estímulo o situación aversiva para el individuo. Provocando diversos problemas como la privación de experiencias cognitivas, afectivas y sociales (Bados, 2005).

2.4 Síntomas de la ansiedad social

Bados (2005) menciona que la ansiedad social no es un fenómeno unitario, ya que se presenta de forma similar a las demás emociones, formando así tres dimensiones de respuesta.

Subjetivo-cognitiva

La persona presenta dificultades al momento de recordar, pensar, concentrarse, en cogniciones y emociones negativas, además de varios miedos. Tienen a subestimar sus propias capacidades y sobreestimar las posibilidades de fracasar y cometer errores, previsiones poco realistas acerca de las respuestas de los otros individuos a sus manifestaciones ansiosas, atención selectiva a las palabras o reacciones negativas de los demás, percibir erróneamente una valoración desaprobarción, o exagerar el grado de intensidad de estas y crítica muy negativa del propio comportamiento en situaciones sociales (Bados, 2005).

Fisiológico-somática

Serie de reacciones corporales tales como taquicardia, temblor de voz y manos, sudoración, enrojecimiento de la cara, tensión muscular, problemas gastrointestinales (gases, diarrea, estreñimiento), sequedad de la boca, escalofríos, activación de las glándulas suprarrenales, dolor en el pecho, sensación de vacío y de desmayo, cefaleas, dificultad para digerir, náuseas, dificultades al momento de respirar, urgencias urinarias, manos frías y pegajosas, y sensación de hormigueo o entumecimiento (Bados, 2005).

Motor-conductual

Constante evitación de las situaciones que producen miedo (inventar excusas, no mirar a los demás a la cara, mutismo, evitar ser el centro de atención), conductas de escape (huir de la situación temida, consumo de alcohol o drogas), silencios largos y frecuentes, tartamudear, incoherencias, volumen de voz bajo y voz monótona, muecas, comportamiento distante y frío, señales de intranquilidad, retorcer las manos, posturas rígidas, encogimiento de la postura, risa inapropiada y fuera de lugar, comentarios poco interesantes, morderse las uñas, mover las piernas y brazos, torpeza, timidez, desconfianza, buscar privacidad, reservados, constante vigilancia y alerta ante posibles amenazas sociales (Bados, 2005).

Existe una cuarta dimensión que integra todos los aspectos emocionales del individuo tales como: despersonalización, baja tolerancia al dolor, ya sea físico o mental, labilidad emocional, sentimientos de soledad, tristeza, angustia, humillación, vergüenza, inadecuación social y personal, hipersensibilidad al rechazo y críticas (Caballo et al., 2018).

2.5 Factores de la ansiedad social

Factores familiares

Brucht y Heimberg (1994) señalan que los trastornos específicos en el individuo surgen a raíz de los factores de vulnerabilidad como los estilos de crianza, abandono, poco o nulo contacto con los contextos sociales, el modelado que se da a través de los mensajes verbales y la comunicación de creencias. Los comportamentales generan sentimientos de rechazo hacia las situaciones de índole social y a las manifestaciones de muestras de ansiedad por parte de los progenitores.

Factores neurobiológicos

Autores como Bousoño, Sáiz, Jiménez y Fernández (1999) indican que el origen de la ansiedad social tiene que ver con los sistemas de neurotransmisión.

Furmark (2004) indica que este trastorno tiene bases neuro-anatómicas en una red la cual posee sensibilidad a la región que conecta la amígdala con el hipocampo y está orientada hacia el córtex prefrontal. Gracias este estudio se ha podido asociar las variaciones genéticas que existen en la serotonina con síntomas graves y la excitabilidad de la amígdala en pacientes con trastorno de ansiedad social.

Factores psicológicos

Existen algunos esquemas cognitivos los cuales tienen mucha relevancia en la dirección de la conducta que puede tener una persona con ansiedad social. Los esquemas referidos son los que apelan a las creencias básicas del self de la persona, así como las reglas inflexibles de funcionamiento las cuales se relacionan con el funcionamiento social y los supuestos disfuncionales (Clark & Wells, 1995).

Factores socioculturales

Los valores y principios forman parte de la cultura de una sociedad, siendo así que estas influyen directamente en el comportamiento de los individuos que fueron educados y criados en este ambiente. Un claro ejemplo de esto son las creencias asociadas al machismo, ya que generan sumisión a la “autoridad” (padres, hermanos, jefes masculinos). Lo que después generará un factor de vulnerabilidad para el trastorno de ansiedad social (Baños, Quero y Botella, 2005).

2.6 Comorbilidad de la ansiedad social

Los individuos que sufren de ansiedad social experimentan niveles elevados de neuroticismo e introversión, aparte de timidez en su infancia. Estos padecimientos en la niñez pueden dar inicio no solo al trastorno anteriormente mencionado, ya que también generan comorbilidad con otras enfermedades mentales (Mannuzza et al., 1995).

Según Murillo y Rodríguez (2016), existen diversos trastornos psiquiátricos que se pueden asociar con la ansiedad social, entre ellos se encuentran las fobias específicas, varios tipos de ansiedad, trastornos alimenticios, dependencia a las drogas y la esquizofrenia. Pero también existen otros trastornos que se asocian con menor frecuencia como la agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, se considera que el trastorno de depresión mayor tiene una alta comorbilidad con la ansiedad social. Siendo así que un 41,1% de las personas que han padecido de ansiedad social también han presentado historias de depresión (Magee et al., 1996).

Eysenck (1979) explica que existe una estrecha relación entre la ansiedad social y la ejecución de diversas tareas de la vida cotidiana. Demostrando que el rendimiento del individuo puede estar deteriorado debido al alto nivel de ansiedad experimentado al momento de realizar dichas labores, especialmente tareas cognitivas o motoras. Igualmente, se ha planteado que la focalización de la atención de uno mismo sumado con las preocupaciones de la autovaloración puede generar este deterioro en la ejecución (Baños et al., 2003).

Por lo general, la ausencia de comorbilidad puede ocasionar que las personas que padecen de este trastorno no busquen un tratamiento adecuado para mejorar su condición (Roca y Baca, 1998). Ante la presencia de algún trastorno comórbido (como la depresión) el individuo se ve en la necesidad de acudir a consulta. Siendo así que un 28,9% de las personas con comorbilidad acude a terapia frente a un 5,4% sin comorbilidad (Schneier et al., 1992).

La comorbilidad entre la ansiedad social y otros trastornos mentales como la depresión, puede aumentar el riesgo de suicidio (Weiller et al., 1996). Por lo tanto, también influye de manera negativa en la terapia psicológica.

2.7 Ansiedad social en estudiantes universitarios

Varias investigaciones a lo largo de los años han demostrado como la ansiedad social afecta significativamente a los adultos jóvenes, especialmente a los estudiantes universitarios; ocasionando deserción académica, bajo desempeño o que corran un alto riesgo de reprobación exámenes importantes (Ejaz & Muazzam, 2021). También se ha podido observar que los estudiantes rehúyen de participar en las clases, hacer presentaciones en público, realizar trabajos grupales, preguntar o aclarar sus dudas, tanto en público como en privado (Olivares, 2011).

Según Leigh y Clark (2015) otras de las dificultades que experimentan los universitarios con ansiedad social son los problemas para concentrarse, entorpecimiento al momento de realizar las tareas o el impedimento para construir buenas relaciones interpersonales con sus semejantes.

Generalmente, los estudiantes universitarios son considerados como una población de riesgo para la ansiedad social debido a las altas exigencias psicológicas, sociales, académicas y un elevado nivel de estrés que presentan a lo largo de su formación estudiantil (Cardona-Arias et al., 2015).

Por otra parte, las relaciones interpersonales son vitales en la formación académica universitaria, por esta razón el estudiante busca la aceptación de sus compañeros y relacionarse con el sexo opuesto. Pero en muchas ocasiones la interacción con personas desconocidas puede llegar a presentar ansiedad.

Según las investigaciones de Arkowitz, Perl y Himadi (1978) el 37% de los estudiantes han llegado a reportar síntomas de ansiedad y nerviosismo al momento de interactuar con miembros del otro sexo. No obstante, el consumo de alcohol genera una percepción positiva como reductor de la ansiedad y sirve como un facilitador social, asociándose así la ingesta de estas sustancias con este trastorno (Burkey y Stephens, 1999).

Kushner, Abrams y Borchardt (2000), evaluaron el efecto que tenía el alcohol sobre la tensión de los individuos. Para realizar este experimento, seleccionaron a 88 personas con el fin de determinar si una cantidad moderada de alcohol incrementaba, decremента o no cambiaba el nivel de tensión y ansiedad. Los resultados señalaron que los participantes que tenían un mayor grado de consumo tenían una creencia de que la ingesta de esta bebida ayudaba a reducir su tensión y ansiedad en los encuentros sociales.

2.8 Tratamiento de la ansiedad social

Existen diversos tipos de tratamiento para el trastorno de ansiedad social, los cuales van desde terapias psicológicas con diversos enfoques, hasta medicamentos que reducen significativamente el malestar que puede llegar a tener una persona que padece esta enfermedad.

2.8.1 Tratamientos farmacológicos

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

Son considerados como fármacos de primera línea en casos de ansiedad social. Cabe mencionar que estos medicamentos han sido recomendados debido a los diversos estudios realizados, los cuales han evidenciado como la paroxetina ha funcionado en pacientes que no han respondido con éxito a otros métodos de tratamiento (Velasco, 2007).

Benzodiazepinas:

Entre este grupo de medicamentos se incluyen algunos como: alprazolam, clonazepam y bromazepam. Si bien se han utilizado estos fármacos para pacientes que padecen de este trastorno, su uso no es considerado como tratamiento de primera línea debido a los efectos secundarios que genera, como alteraciones cognitivas, sedación, ataxia, etc. (Velasco, 2007).

Inhibidores irreversibles y reversibles de la monoaminoxidasa (IMAO y RIMA):

Son considerados como tratamientos farmacológicos de segunda línea debido a las diversas restricciones en alimentos que contienen tiramina, ya que existe el riesgo de generar reacciones hipertensivas, y efectos secundarios como. insomnio, hipertensión postural, aumento de peso, entre otros (Velasco, 2007).

Betabloqueantes adrenérgicos:

Normalmente, el uso de estos fármacos se da cuando el paciente afronta diversas situaciones específicas como hablar en público u otras situaciones temidas. Este

medicamento disminuye síntomas característicos de la ansiedad como lo son los temblores, sudoración, taquicardias (Velasco, 2007).

2.8.2 Tratamientos psicológicos

Terapia cognitivo conductual (TCC):

Según Heimberg (2002) esta terapia enseña a los pacientes las cogniciones y comportamientos competentes necesarios para funcionar adaptativamente en su mundo, tanto interpersonal como intrapersonal.

A su vez, la TCC incluye diversos modelos y técnicas de tratamiento, tales como:

Exposición:

Esta técnica fundamenta que la ansiedad social es producto de una respuesta condicionada o aprendida, por lo tanto, enfrentarse a las situaciones temidas, ya sea “en vivo” o imaginariamente, de manera gradual y sistemática, puede corregir este aprendizaje erróneo, hasta lograr la habituación o extinción de las mismas. Logrando así que el paciente pueda afrontar estas situaciones con un nivel de ansiedad moderado o tolerable (Velasco, 2007).

Reestructuración cognitiva:

La reestructuración cognitiva considera que este trastorno surge debido a las creencias desadaptativas propias y de los demás. En su mayoría, estas son adquiridas a edades tempranas. El propósito de esta técnica es modificar estas creencias y desarrollar una visión realista de los diversos sucesos y acontecimientos que se desarrollan tanto en la vida cotidiana, como en el entorno social (Velasco, 2007).

Relajación:

Existen diversas técnicas de relajación las cuales ayudan al paciente a identificar las situaciones ansiógenas que le generan malestar, de manera inmediata y reducen la activación fisiológica que se puede generar (Velasco, 2007).

Entrenamiento en habilidades sociales:

Existe una estrecha relación entre la ansiedad social y la carencia de habilidades sociales, por lo tanto, este entrenamiento es efectivo para que el paciente pueda aprender y mejorar habilidades como la comunicación asertiva, estrategias para iniciar o mantener conversaciones, entre otras (Velasco, 2007).

2.9 “Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS).

Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS) ha sido presentado en formato de intervención grupal de la siguiente manera: con un mínimo de 4 y con un máximo de 10 pacientes, el cual pretende la participación de ambos sexos. El programa está planificado con 21 sesiones las cuales se dividen en: 2 sesiones iniciales individuales de evaluación, 15 sesiones de tratamiento de grupo y 2 sesiones de evaluación después de finalizar la intervención. se da priorización a una sesión de apoyo (a los tres meses) y finalmente 2 sesiones de seguimiento (a los 6 y 12 meses respectivamente); las sesiones cuentan con ocho componentes básicos: psicoeducación, educación en valores, entrenamiento en aceptación, mindfulness, reestructuración y desvinculación de los pensamientos, entrenamiento en habilidades sociales y tareas para la casa. Es fundamental el entrenamiento en habilidades sociales e interacción con los pares y su entorno, la interacción con una persona del sexo opuesto. Por último, habilidades comunicativas con los demás, las mismas serán incluidas mediante una psicoeducación a los estudiantes universitarios (Salazar et al., 2022).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Objetivo general:

➤ Evaluar la presencia de ansiedad social en los estudiantes de la carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación.

3.2 Objetivos específicos:

- Determinar las variables sociodemográficas.
- Relacionar las variables sociodemográficas con la presencia de ansiedad social.
- Analizar los datos obtenidos para determinar si existen diferencias entre el nivel de ansiedad social entre los estudiantes de los primeros y últimos ciclos de la carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación.
- Impartir un taller de habilidades sociales o estrategias de afrontamiento de ansiedad social basado en el “Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS) (participación voluntaria de los estudiantes).

3.3 Hipótesis

Al finalizar este trabajo investigativo se espera confirmar las siguientes hipótesis planteadas:

- A mayor edad menor es la predisposición de padecer de ansiedad social.
- La ansiedad social afecta más a la población femenina que a la masculina.

3.4 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa, no experimental, descriptiva, comparativa y cuenta con un corte de tipo transversal.

3.5 Participantes

Los participantes fueron 112 estudiantes de la carrera de Ciencias de la Computación de la Universidad del Azuay, pertenecientes a primero, tercero, quinto, séptimo y noveno semestre. La muestra fue obtenida mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Con respecto a los criterios de inclusión, se tomaron en cuenta a todas las personas que accedieron por voluntad propia a participar en esta investigación, además de haber firmado el consentimiento informado.

Se consideró únicamente a los estudiantes pertenecientes a dicha carrera, por ende, no se contempló la posibilidad de añadir a la muestra a sujetos de otras facultades.

3.6 Instrumentos

Para la elaboración de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

3.7 Ficha sociodemográfica

Es un instrumento que recopila datos informativos del individuo en diversas áreas de su vida (personal, social, económica, académica, etc.)

Cuenta con las siguientes preguntas:

- Género
- Edad
- Ciclo académico
- Estado civil actual
- Personas con las que vive actualmente
- ¿Actualmente tiene pareja?
- ¿Padece usted de alguna enfermedad física? Si su respuesta es positiva especifique cual.
- ¿Ha tenido usted Ansiedad Social?
(Entendiéndose por “Ansiedad Social” al miedo o ansiedad persistentes e intensos ante situaciones sociales específicas en las que la persona cree que puede ser juzgada negativamente, avergonzada o humillada).

- Si su respuesta fue "sí". Indique la edad en que recibió el diagnóstico
- ¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?
- ¿Ha recibido usted tratamiento farmacológico para Ansiedad?

“Cuestionario de Habilidades Sociales” (CHASO)

El “Cuestionario de Habilidades Sociales” (CHASO) es una escala de autoinforme la cual mide las habilidades sociales. Fue elaborado por Caballo, Salazar y el Equipo de Investigación CISO-A en 2017.

Este test consta de 40 ítems y 10 dimensiones las cuales miden: Interactuar con desconocidos, Expresar sentimientos positivos, Afrontar las críticas, Interactuar con las personas que me atraen, Mantener la calma en situaciones embarazosas, Hablar en público/Interactuar con superiores, Afrontar situaciones de hacer el ridículo, Defender los propios derechos, Pedir disculpas y por último Rechazar peticiones; teniendo como finalidad valorar los distintos tipos de respuestas. La calificación se realiza al sumar todos los ítems del cuestionario según a la habilidad que correspondan, por ejemplo, Habilidad 1: Interactuar con desconocidos, se debe sumar los ítems: 18, 22, 27 y 35, así hasta obtener las puntuaciones de las 10 dimensiones.

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).

La respuesta a cada ítem se realiza en una escala de tipo Likert, puntuando desde 1 (“Muy poco característico de mí”) hasta 5 (“Muy característico de mí”). No hay ningún ítem formulado en negativo, de forma que la puntuación se obtiene al sumar directamente

los ítems y a mayor puntuación mayor habilidad social, lo que nos indica si el evaluado padece o no ansiedad social (Caballo et al.,2017).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 112 participantes, que cumplían con los criterios de inclusión para esta investigación, la media de la edad de los participantes fue 19,47 SD 2,22 y una edad mínima de 17 y máxima de 30. Además, la distribución por sexo fue masculino del 82,1% (92) y el sexo femenino en un 17,9% (20).

Tabla 1. Comparación del género de los participantes con respecto a las dimensiones.

Género	N	M	ds	%	P
Masculino	92	128.47	24.13	82,1	.049
Femenino	20	116.65	23.85	17,9	

En la tabla 1 se observa la variable de género y los resultados indican que la muestra de masculino con un total de 92, con una media 128.47 y una desviación estándar de 24.13 y femenino con un total de 20, con una media de 116.65 y una desviación estándar de 23.85, con un valor $p = .049$ lo que implica que existe una diferencia estadísticamente significativa en el manejo de habilidades sociales de los varones en comparación con las mujeres en las dimensiones del CHASO.

Tabla 2. Tabla de edad de los participantes.

	N	M	ds	Min	Max
Edad	112	19.47	2.23	17	30

En la tabla 2 se observa que la media de la edad de los estudiantes de la carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación de la Universidad del Azuay es ($M=19.47$) y la desviación estándar ($sd=2.23$), como valor mínimo ($Min=17$) y como puntaje máximo ($Max=30$).

Caracterización de la muestra

Se trabajó con un total de 112 participantes para poder medir el nivel de Ansiedad Social a continuación se describirán las características generales de la ficha sociodemográfica.

Tabla 3. Frecuencia de edades de los participantes evaluados

Edad	<i>f</i>	%
17	18	16.1
18	31	27.7
19	16	14.3
20	17	15.2
21	11	9.8
22	9	8.0
23	4	3.6
24	3	2.7
25	2	1.8
30	1	.8
Total	112	100.00

La edad se encuentra distribuida por años cumplidos, siendo el de mayor porcentaje los estudiantes de 18 años con un porcentaje del 27.7%, seguido por los de 17 con 16.1%; los de 20 años con un porcentaje de 14.3%; los 19 años con un porcentaje de 14.3%; 21 años con un porcentaje de 9.8%; 22 años con un porcentaje de 8.0%; 23 años con un porcentaje de 3.6%; 24 años con un porcentaje de 2.7%; 25 años con un porcentaje de 1.8%; y finalmente los de 30 años con un porcentaje de .8%.

Tabla 4. Distribución de los participantes por nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	<i>f</i>	%
Primeros	55	49.10
Tercer	17	15.2

Quinto	19	17.0
Séptimo	11	9.8
Noveno	10	8.9
Total	112	100.00

En la variable nivel de escolaridad se encuentra cursando primer semestre ($f=55$; $\%=49,10$); en tercer semestre ($f=17$; $\%=15,2$); en quinto semestre ($f=19$ $\%=17,0$); en séptimo semestre ($f=11$; $\%=9,8$); y por último noveno semestre ($f=10$; $\%=8,9$) Por lo tanto, se cuenta con una muestra total de ($f=112$).

Tabla 5. Distribución de los participantes por estado civil de los estudiantes

Estado civil	f	%
Casado	1	.8
Soltero	109	97.32
Unión Libre	2	1.78
Total	112	100.00

En la variable estado civil se encuentra mayoritariamente las personas solteras ($f=109$; $\%=97.32$); en unión libre ($f=2$; $\%=1,78$), y parejas casadas ($f=1$; $\%=,8$)

Tabla 6. Distribución de los participantes con respecto a las personas con las que residen actualmente.

Personas con las que reside actualmente	f	%
Solo	11	.98
Familia extensa	55	49.10
Familia nuclear	45	40.2
Otro	1	.9
Total	112	100.00

En la variable personas con las que reside actualmente se encuentra mayoritariamente solas ($f=11$; $\%=,98$); Familia extensa ($f=55$; $\%=49,10$), Familia

nuclear ($f=45$; $\%=40,2$) y finalmente otro ($f=1$; $\%=,9$)

Tabla 7. Distribución de los participantes que tienen pareja actualmente.

Pareja	<i>f</i>	%
Con pareja	32	28.6
Sin pareja	80	71.4
Total	112	100.00

En la variable tiene pareja se encuentra con pareja ($f=32$; $\%=28,6$), y sin pareja ($f=80$; $\%=71,4$). Por lo tanto, se cuenta con una muestra total de ($f=112$).

Tabla 8. Distribución de los participantes por padecer alguna enfermedad física.

Salud física	<i>f</i>	%
Enfermedad Física	8	7,1
No padece enfermedad	104	92,9
Total	112	100.00

En la variable estado de salud física del estudiante, se encuentran con enfermedad física ($f=8$; $\%=7,1$), y sin enfermedad física ($f=104$; $\%=92,9$). Por lo tanto, se cuenta con una muestra total de ($f=112$).

Tabla 9. Distribución de los participantes por diagnóstico previo de ansiedad social.

Diagnóstico de Ansiedad Social	<i>f</i>	%
Con diagnóstico	31	10.3
Sin diagnóstico	81	89.7
Total	112	100.00

En la variable *diagnóstico de Ansiedad Social*. del estudiante, se encuentran con *diagnóstico* ($f=31$; $\%=10,3$), y *Sin diagnóstico* ($f=81$; $\%=89,7$). Por lo tanto, se cuenta

con una muestra total de ($f=112$).

Tabla 10. Distribución de los participantes por Tratamiento de Ansiedad Social.

Tratamiento de Ansiedad Social	<i>f</i>	%
Con tratamiento	8	7.1
Sin tratamiento	104	92.9
Total	112	100.00

En la variable *Tratamiento de Ansiedad Social*. del estudiante, se encuentran con *tratamiento psicológico* ($f=8$; $\%=7,1$), y *Sin tratamiento psicológico* ($f=104$; $\%=92,9$). Por lo tanto, se cuenta con una muestra total de ($f=112$).

Tabla 11. Distribución de los participantes por tratamiento farmacológico de Ansiedad Social.

Tratamiento Farmacológico de Ansiedad Social	<i>f</i>	%
Con tratamiento	7	6.3
Sin tratamiento	105	93.8
Total	112	100.00

En la variable *Tratamiento Farmacológico de Ansiedad Social* del estudiante, se encuentran con *tratamiento* ($f=7$; $\%=6,3$), y *Sin tratamiento* ($f=105$; $\%=93,8$). Por lo tanto, se cuenta con una muestra total de ($f=112$).

Resultado 1: A mayor edad menor es la predisposición de padecer Ansiedad social

Tabla 12. Correlación del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la edad.

			CHASO
Rho de Spearman	Edad	Coefficiente de correlación	.099
		P	.297

En la tabla 12 se observa la relación entre edad y habilidades sociales, en la cual se indica que no hay relación entre edad y habilidades sociales, es decir que este factor no incide en las habilidades sociales.

Resultado 2: La Ansiedad Social afecta más a la población femenina que a la masculina

Tabla 13. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto al género

Habilidades CHASO	Género	N	M	ds	p
Interactuar con desconocidos	Masculino	92	11.35	4.298	.051
	Femenino	20	9.30	3.757	
Expresar sentimientos positivos	Masculino	92	14.55	3.946	.961
	Femenino	20	14.60	2.945	
Afrontar las críticas	Masculino	92	14.30	3.377	.109
	Femenino	20	12.95	3.471	
Interactuar con las personas que me atraen	Masculino	92	11.67	4.904	.005
	Femenino	20	8.20	4.686	
Mantener la calma en situaciones embarazosas	Masculino	92	13.09	3.199	.314
	Femenino	20	12.30	2.922	
Hablar en público/Interactuar con superiores	Masculino	92	12.58	3.683	.036
	Femenino	20	10.60	4.122	
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	Masculino	92	9.50	3.356	.369
	Femenino	20	8.75	3.432	
Defender los propios derechos	Masculino	92	12.20	3.452	.124
	Femenino	20	10.80	4.456	

Pedir disculpas	Masculino	92	15.24	3.456	.182
	Femenino	20	16.35	2.815	
Rechazar peticiones	Masculino	92	13.99	3.572	.187
	Femenino	20	12.80	3.874	

En la tabla 13 se puede observar que la variable de género la población femenina presenta valores $p < 0.05$: Interactuar con personas que me atraen con una media de 8.20 y un p valor de 0.005, lo que implica que existe una diferencia entre hombres y mujeres al desarrollar esta variable y finalmente el hablar en público/interactuar con superiores con un p valor de 0.036, es decir, existen diferencias estadísticamente significativas lo que implica una diferencia evidente en habilidades sociales con respecto a mujeres y hombres.

Tabla 14. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 6 de la ficha sociodemográfica: “¿Actualmente tiene pareja?”

<i>¿Actualmente tiene pareja?</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ds</i>	<i>P</i>
Sí	32	133.97	26.553	.036
No	80	123.31	22.963	

En la tabla 16 se muestra la relación del Cuestionario de habilidades sociales con respecto a la pregunta 6: ¿Actualmente tiene pareja?, se observa que 32 estudiantes si tienen pareja con una media de 133.97 y una desviación estándar de 26.553 mientras que 80 estudiantes no tienen pareja con una media de 123.31 y una desviación estándar de 22.963 con un p valor de 0.036, es decir, representa que si existen diferencias de las habilidades sociales en estudiantes que no tienen pareja comparados con los que sí tienen.

Tabla 15. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 6 de la ficha sociodemográfica: “¿Actualmente tiene pareja?”

Habilidades CHASO		N	M	ds	P
Interactuar con desconocidos	Sí	32	11.22	4.316	.712
	No	80	10.89	4.266	
Expresar sentimientos positivos	Sí	32	15.84	3.977	.022
	No	80	14.05	3.589	
Afrontar las críticas	Sí	32	14.94	3.537	.087
	No	80	13.71	3.327	
Interactuar con las personas que me atraen	Sí	32	13.63	4.702	.000
	No	80	10.03	3.802	
Mantener la calma en situaciones embarazosas	Sí	32	12.94	3.272	.985
	No	80	12.95	3.126	
Hablar en público/Interactuar con superiores	Sí	32	12.72	3.978	.388
	No	80	12.03	3.765	
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	Sí	32	9.75	3.707	.448
	No	80	9.21	3.232	
Defender los propios derechos	Sí	32	13.25	3.690	.017
	No	80	11.43	3.550	
Pedir disculpas	Sí	32	16.06	3.212	.215
	No	80	15.19	3.413	
Rechazar peticiones	Sí	32	13.63	4.470	.781
	No	80	13.84	3.278	

En la tabla 15 se puede observar que la variable de Tiene pareja actualmente presentan valores $p < 0.05$ en: expresar sentimientos positivos con un p valor de 0.022, interactuar con personas que me atraen con un p valor de 0.000 y por último defender los derechos propios con un p valor de 0.017 es decir presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable.

Tabla 16. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 7 de la ficha sociodemográfica: “¿Padece usted de alguna enfermedad física?”

Enfermedades Físicas	N	M	ds	P
Sí	8	129.50	19.041	.707
No	104	126.12	24.827	

En la tabla 16 se muestra la relación del Cuestionario de habilidades sociales con respecto a la pregunta 7: ¿Padece alguna enfermedad física?, se observa que 8 estudiantes si tienen una enfermedad física con una media de 129.50 y una desviación estándar de 19.041 mientras que 104 estudiantes no tienen enfermedad física con una media de 126.12 y una desviación estándar de 24.827 con un p valor de 0.707 es decir que al padecer una enfermedad física no se relaciona con el manejo de habilidades sociales.

Tabla 17. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 7 de la ficha sociodemográfica: “¿Padece usted de alguna enfermedad física?”

CHASO		N	M	ds	p
Interactuar con desconocidos	Sí	8	10.13	5.167	.558
	No	104	11.05	4.209	
Expresar sentimientos positivos	Sí	8	15.50	2.777	.468
	No	104	14.49	3.842	
Afrontar las críticas	Sí	8	15.88	3.044	.120
	No	104	13.92	3.418	
Interactuar con las personas	Sí	8	11.25	5.064	.909
	No	104	11.04	5.047	

que me atraen					
Mantener la calma	Sí	8	12.00	4.781	.381
	No	104	13.02	3.014	
en situaciones embarazosas					
Hablar en público/Interactuar con superiores	Sí	8	13.88	4.324	.206
	No	104	12.10	3.774	
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	Sí	8	11.50	3.703	.063
	No	104	9.20	3.302	
Defender los propios derechos	Sí	8	13.63	3.378	.180
	No	104	11.82	3.673	
Pedir disculpas	Sí	8	12.50	4.440	.010
	No	104	15.66	3.186	
Rechazar peticiones	Sí	8	13.25	3.196	.673
	No	104	13.82	3.681	

En la tabla 17 se puede observar que la variable ¿padece una enfermedad física? la población presenta un valor $p < 0.05$ siendo p valor 0.010 en pedir disculpas presentando una diferencia significativa, lo que representa que la población tiene mejor manejo para dicha habilidad social.

Tabla 18. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 9 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?”

¿Ha estado usted en tratamiento	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ds</i>	<i>p</i>
---------------------------------	----------	----------	-----------	----------

psicológico por Ansiedad Social?				
Sí	8	111.38	16.818	
No	104	127.51	24.573	.071

En la tabla 20 se muestra la relación del Cuestionario de habilidades sociales con respecto a la pregunta 9: ¿Ha recibido tratamiento Psicológico para la ansiedad?, se observa que 8 estudiantes si han recibido tratamiento psicológico para la ansiedad con una media de 111.38 y una desviación estándar de 16.818 mientras que 104 estudiantes no han recibido tratamiento psicológico para la ansiedad con una media de 127.51 y una desviación estándar de 24.573 con un p valor de 0.071 por lo que no representa diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 19. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 9 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?”

Habilidades CHASO		N	M	ds	p
Interactuar con desconocidos	Sí	8	9.25	4.166	.235
	No	104	11.12	4.262	
Expresar sentimientos positivos	Sí	8	13.00	2.000	.226
	No	104	14.68	3.857	
Afrontar las críticas	Sí	8	12.88	3.091	.310
	No	104	14.15	3.438	
Interactuar con las personas que me atraen	Sí	8	9.50	4.870	.367
	No	104	11.17	5.041	
Mantener la calma en	Sí	8	11.00	1.852	.070
	No	104	13.10	3.188	

situaciones embarazosas					
Hablar en público/Interactuar con superiores	Sí	8	9.00	3.423	.013
	No	104	12.47	3.752	
Afrontar situaciones de hacer el ridículo	Sí	8	8.75	3.059	.593
	No	104	9.41	3.398	
Defender los propios derechos	Sí	8	9.63	3.583	.063
	No	104	12.13	3.630	
Pedir disculpas	Sí	8	15.38	2.925	.957
	No	104	15.44	3.410	
Rechazar peticiones	Sí	8	13.00	1.773	.533
	No	104	13.84	3.742	

En la tabla 19 se puede observar que la variable de tratamiento psicológico por ansiedad la población que ha recibido tratamiento psicológico por ansiedad junto con la habilidad de hablar en público/interactuar con superiores, se encuentra diferencias estadísticamente significativas con un $p < 0.05$ siendo p valor .013.

Tabla 20. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 10 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha recibido usted tratamiento farmacológico para Ansiedad?”

Tratamiento Farmacológico por Ansiedad	N	M	ds	P
Sí	7	113.43	19.982	.149
No	105	127.22	24.508	

En la tabla 20 se muestra la relación del Cuestionario de habilidades sociales con respecto a la pregunta 10: ¿Ha recibido tratamiento Farmacológico para la ansiedad?, se observa que 7 estudiantes si han recibido tratamiento farmacológico para la ansiedad con

una media de 112.43 y una desviación estándar de 19.982 mientras que 105 estudiantes no han recibido tratamiento farmacológico para la ansiedad con una media de 127.22 y una desviación estándar de 24.508 con un p valor de 0.149.

Tabla 21. Comparación de medias del Cuestionario de Habilidades Sociales CHASO con respecto a la pregunta 10 de la ficha sociodemográfica: “¿Ha recibido usted tratamiento farmacológico para Ansiedad?”

Tratamiento Farmacológico por Ansiedad		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ds</i>	<i>P</i>
Interactuar con desconocidos	Sí	7	7.71	3.946	.036
	No	105	11.20	4.212	
Expresar sentimientos positivos	Sí	7	14.57	3.457	.995
	No	105	14.56	3.810	
Afrontar las críticas	Sí	7	14.43	3.409	.771
	No	105	14.04	3.433	
Interactuar con las personas que me atraen	Sí	7	11.00	2.828	.977
	No	105	11.06	5.147	
Mantener la calma en situaciones embarazosas	Sí	7	10.86	3.805	.070
	No	105	13.09	3.076	
Hablar en público/Interactuar con superiores	Sí	7	9.00	4.123	.021
	No	105	12.44	3.723	

Afrontar situaciones de hacer el ridículo	Sí	7	6.43	1.272	.016
	No	105	9.56	3.374	
Defender los propios derechos	Sí	7	10.57	3.690	.308
	No	105	12.04	3.666	
Pedir disculpas	Sí	7	15.57	3.309	.914
	No	105	15.43	3.385	
Rechazar peticiones	Sí	7	13.29	2.215	.714
	No	105	13.81	3.719	

En la tabla 21 se puede observar que la variable de Tratamiento farmacológico por ansiedad las siguientes habilidades con un $p < 0.05$: interactuar con desconocidos presenta un p valor de 0.036, hablar en público con un p valor de 0.021 y afrontar situaciones de hacer el ridículo con un p valor de 0.016, presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a las personas que no han recibido tratamiento farmacológico por ansiedad.

Tabla 22. Distribución de Puntuaciones del Cuestionario de Habilidades Sociales

CHASO

Rangos	N	%
Muy bajo	32	28.6
Bajo	26	23.2
Medio	27	24.1
Alto	27	24.1

En la tabla 22 se puede observar que 32 (28.6%) personas presentan un rango de puntuación muy bajo que representa que tiene mayor probabilidad a desarrollar mayor ansiedad social, 26 (23.2%) personas presentan una puntuación baja que representa más probabilidad a desarrollar ansiedad social.

Tabla 23. Distribución de los percentiles

N	M	ds	Min.	Max.	Percentiles	Puntuación
112	126.36	24.405	59	179	25	111.25
					50	127.00
					75	144.00
					90	158.70

En la siguiente tabla se puede observar la muestra total 112 participantes con una media de 126.36, Desviación Estándar de 24.405, mínimo de 59, máximo de 179; con un percentil de 25 y su puntaje respectivo de 111.25; con un percentil de 50 y su puntaje respectivo de 127.00; con un percentil de 75 y su puntaje respectivo de 144.00; con un percentil de 90 y su puntaje respectivo de 158.70; lo que implica que a menor puntuación mayor riesgo a padecer ansiedad social.

DISCUSIÓN

Según Barnhill (2020) el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) posee ciertos factores como el temor o ansiedad ante situaciones, acciones sociales o la interacción frente al público. El individuo que se siente afectado por estas situaciones de manera frecuente va a evadir las situaciones que le puedan causar angustia, miedo y humillación. Rossi, R. R. O. R. (2005) menciona que en la mayoría de estructuras sociales existe una cantidad reducida de la población que no exterioriza su comportamiento como la mayoría, estar en la sociedad implicar ciertas adaptaciones; es decir seguir dichas pautas la misma que también implica la interacción con individuos del mismo sexo y del sexo opuesto.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de ansiedad social en los estudiantes de entre 17 y 30 años de la carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación.

Citado anteriormente, la ansiedad social no tiene un solo origen específico, por lo tanto, existen varios factores causales que determinan si el individuo puede o no padecer de este trastorno mental. Entre estos factores se encuentra el déficit en las habilidades sociales.

Las habilidades sociales (conocidas como “asertividad” en la década de los 70) pueden ser definidas como un conjunto de hábitos relacionados con diversas conductas, pensamientos y emociones los cuales nos permiten comunicarnos de manera eficaz con las demás personas, establecer relaciones interpersonales placenteras y exitosas, aparte de ser una vía para lograr la autosatisfacción y cumplimiento de metas y objetivos personales (Roca, 2014).

Las habilidades sociales y la ansiedad social son constructos que se han podido relacionar teóricamente en lo que respecta al modelo cognitivo conductual. Y es que, según esta corriente psicológica, la ansiedad social es el malestar subjetivo que se experimenta en las diversas situaciones de carácter social en las que el individuo puede verse envuelto; y las habilidades sociales tienen relación en lo concerniente al componente conductual de este trastorno (Caballo, Salazar, Irurtia, et al., 2014).

A lo largo de los años se han realizado diversas investigaciones con el objetivo de comprobar que existe esta relación entre la ansiedad social y las habilidades sociales.

Lefrançois, Van Dijk, Bardel, Fradin y El Massioui (2011) realizaron un estudio en donde evaluaron a 38 personas que padecían de ansiedad social utilizando la “Escala de

Ansiedad Social de Liebowitz” (LSAS) y el “Inventario de asertividad de Rathus” (RAS). Encontrando que existe una correlación moderada entre las dos ($r = -0,60$; $p < 0,05$).

En 1982 Chambless, Hunter, y Jackson realizaron estudios con muestras generales, en donde utilizaron el “Inventario de aserción” (AI), la “Escala de malestar y evitación social” (SAD) y la “Escala de miedo a la evaluación negativa” (FNE) “con el objetivo de evaluar a 112 estudiantes universitarios. Al finalizar estas evaluaciones, encontraron que existe una relación significativa entre la subescala de Probabilidad de respuesta del AI y la SAD ($r = 0,24$; $p < 0,01$), así como con la FNE ($r = 0,33$; $p < 0,01$)” (Caballo, Salazar, Iruña, et al., 2014).

En 1993, “Caballo halló una relación significativa ($p < 0,001$) y moderada entre la asertividad (medida con el RAS) y la ansiedad social (medida con la FNE y la “Escala multidimensional de expresión social”, EMES) con 73 personas, siendo la mayoría estudiantes universitarios” (Caballo, Salazar, Iruña, et al., 2014).

Siendo así que estas investigaciones sugieren la existencia de una relación estrecha entre las habilidades sociales y la ansiedad social.

Otro factor fundamental cuando se habla de ansiedad social es el sexo del individuo, debido a que tanto hombres como mujeres se involucran de diferente manera en lo que respecta a las relaciones sociales, además de que el apoyo que se buscan en dichas relaciones difiere (Belle, 1987).

A lo largo de los años diversos autores han señalado que la ansiedad social afecta más a la población femenina que masculina. De hecho, Robles, Caballo, Salazar, et al. (2007) realizaron un estudio en México en el que concluyeron que las mujeres tienen una mayor intensidad de este trastorno que los hombres.

La población femenina es más propensa a desarrollar trastornos de ansiedad que la masculina (entre 2 a 3 veces más). Siendo así que el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad en algún momento de su vida (Alonso et al., 2004).

Estos resultados están relacionados con diversos factores psicosociales y socioculturales que aumentan esta predisposición. Entre ellos se encuentran: el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes. Pero también existen factores de otras índoles como:

la predisposición genética, rasgos de la personalidad, hormonas sexuales, reactividad endocrina frente al estrés, sistemas de neurotransmisión y determinantes neuropsicológicos (Grant y Weissman, 2009).

Otra explicación para entender el motivo de esta predisposición es que los hombres tienden a ocultar con mayor frecuencia sus miedos. Y es que, en el contexto de las sociedades de occidente, se espera que la mujer sea más activa en el ámbito social que el hombre, y esto se relaciona con que los varones pueden evitar ciertas situaciones sociales con mucha más facilidad, además de que no suelen ser hostigados por su ausencia o experimentar presión por parte de los demás en su vida diaria (García, Flores, Gutiérrez, et al, 2008).

En esta investigación se comparó la variable de género de los participantes con las dimensiones de habilidades sociales del CHASO. Demostrando la existencia de una diferencia estadísticamente significativa de $p = .049$ con una media de 128.47 en masculino y 116.65 en femenino, lo indica que los hombres tienen un mejor manejo de habilidades sociales que las mujeres. Por consiguiente, se demostró que la hipótesis: “La ansiedad social afecta más a la población femenina que a la masculina” se pudo comprobar, debido a que en la calificación del CHASO la población masculina tuvo mayor puntaje en ocho de las diez dimensiones que fueron evaluadas en comparación con la población femenina, siendo estas: Interactuar con desconocidos, Afrontar las críticas, Interactuar con personas que me atraen, Mantener la calma en situaciones embarazosas, Hablar en público/Interactuar con superiores, Afrontar situaciones de hacer el ridículo, Defender los propios derechos y Rechazar peticiones. Mientras que las mujeres obtuvieron una puntuación más alta que los hombres en las dimensiones: Expresar sentimientos positivos y Pedir disculpas.

Debido a que una mayor puntuación significa mayor habilidad social y que existe una relación significativa entre la ansiedad social y las habilidades sociales, podemos concluir que la población masculina de esta muestra, al tener un puntaje elevado en la mayoría de las dimensiones, tiene más habilidades sociales que la población femenina, por tanto, menor predisposición a padecer de ansiedad social.

Con respecto a la hipótesis: “A mayor edad menor es la predisposición de padecer de ansiedad social”. Los resultados de la muestra determinaron que no existe una correlación positiva entre la edad y la predisposición de padecer ansiedad social ($p = .297$), por lo tanto, la hipótesis no se pudo comprobar.

Sin embargo, en la investigación realizada por Zubeidat, Fernández Parra, Sierra y Salinas (2008) a 1012 adolescentes (582 mujeres y 430 hombres) la edad de la muestra fue significativa, ya que los resultados indicaron que la puntuación media en la Escala de Ansiedad en Interacción Social (SIAS) de los jóvenes que formaron los ciclos formativos fue ligeramente superior a la de los procedentes de educación secundaria obligatoria y de bachillerato. Concluyendo que existen pocos estudios que informen de diferencias en la ansiedad social asociadas al nivel de estudios.

Por otra parte, existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo masculino y femenino en las siguientes habilidades sociales del CHASO: “Interactuar con las personas que me atraen” ($p = .005$) y “Hablar en público/Interactuar con superiores” ($p = .036$).

Con respecto a la pregunta seis de la ficha sociodemográfica: “¿Actualmente tiene pareja?” encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p = .036$) en el manejo de habilidades sociales entre las personas evaluadas que sí tienen pareja con respecto a los que no. Siendo así que los individuos que tienen pareja manejan de mejor manera las siguientes habilidades sociales: “Expresar sentimientos positivos” ($p = .022$), “Interactuar con las personas que me atraen” ($p = .000$) y “Defender los propios derechos” ($p = .017$). Estos resultados se corroboran con la investigación realizada por Zubeidat, Fernández Parra, Sierra y Salinas (2008) en donde concluyeron que “la probabilidad de presentar alguna psicopatología fue significativamente mayor entre los adolescentes con una relación de pareja ($OR=1.66$) que entre los que no mantenían una”.

En la pregunta siete de la ficha sociodemográfica: “¿Padece usted de alguna enfermedad física?” Se encontró una diferencia estadísticamente significativa de $p = .010$ en la dimensión de “Pedir disculpas”. Por tanto, las personas que no padecen de enfermedades físicas tienen mayor habilidad en esta dimensión en comparación de los individuos que tienen.

Al evaluar la pregunta nueve de la ficha sociodemográfica; “¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?” Se encontró una diferencia estadísticamente significativa de $p = .013$ en la dimensión de: “Hablar en público/Interactuar con superiores”. Dando a entender que las personas que han recibido tratamiento psicológico tienen una mayor habilidad en esta dimensión en contraste con los individuos que no.

En la pregunta diez de la ficha sociodemográfica: “¿Ha recibido usted tratamiento farmacológico para Ansiedad?” Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las siguientes dimensiones: “Interactuar con desconocidos” ($p = .036$), “Hablar en público/Interactuar con superiores” ($p = .021$) y “Afrontar situaciones de hacer el ridículo” ($p = .016$).

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se evidencia en base a los objetivos planteados, las siguientes conclusiones:

- Los resultados obtenidos en el presente trabajo, además del estudio realizado en 2008 por Zubeidat, Fernández Parra, Sierra y Salinas, indicaron que no existe una relación estadísticamente significativa entre la disminución de la predisposición de padecer ansiedad social y el incremento de la edad.
- Por otra parte, la ansiedad social tiene un impacto mayor en la población femenina que en la masculina. Como se explicó anteriormente, existen varios factores (sociales, biológicos, interpersonales, infancia, etc.) los cuales generan una predisposición significativa.
- Se considera que las habilidades sociales que el individuo posee son importantes para que la persona se desenvuelva de manera eficiente en su entorno social, lo que se relaciona con los resultados de este estudio, en donde se demostró que las mujeres poseen menos habilidades.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados se recomienda lo siguiente:

- Se propone que en la entrevista para los estudiantes de nuevo ingreso se les consulte si poseen algún diagnóstico psicológico o si desea ayuda en este ámbito.
- Es de fundamental importancia que los aspirantes a las carreras reciban talleres de habilidades sociales, liderazgo, técnicas de resolución de problemas para afrontar de manera eficaz lo académico y la convivencia con los demás.
- Se sugiere que los docentes tengan una capacitación acerca de ansiedad social puesto que pocos conocen acerca de esta temática, sus características y cómo afecta a nivel académico.
- Planificación e implementación del “Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS) por parte de la Universidad del Azuay, para los estudiantes universitarios de todas las carreras y ciclos. Este programa tiene como objetivos el entrenamiento en habilidades sociales, la interacción tanto con pares, como su entorno y sexo opuesto.
- Desarrollar seminarios, congresos y talleres psicoeducativos en la población universitaria femenina enfocados en mejorar las habilidades sociales. En conjunto, se plantea como objetivo evaluar de manera general mediante encuestas el rendimiento en esta área, antes y después de la implementación de estas capacitaciones.
- Por último, se espera que futuras investigaciones evalúen posibles correlaciones entre la predisposición del padecimiento de ansiedad social y la edad en la población universitaria. Con el objetivo de prevenir y abordar de manera temprana estos síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albornoz García, J. F. (2022). *Ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay*. *Dspace.uazuay.edu.ec*, 2022, 5–8. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11521>
- ALCCALAICO, M. (2012). *Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente* (pp. 61–68). *Revista Científica de Ciencias de la Salud*.
- Almonte, C., & Montt, M. E. (2019). *Psicopatología infantil y de la adolescencia 3ª Ed.* Mediterraneo; Mediterraneo. <https://mediterraneo.cl/inicio/1020-psicopatologia-infantil-y-de-la-adolescencia-3ed.html>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., & Almansa, J. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Alves, J. (2000). LIDERAZGO Y CLIMA ORGANIZACIONAL. *Revista de Psicología Del Deporte*, 9(2), 123–133. <http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2147/Liderazgo%20y%20clima%20organizacional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). DSM-5. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de American Psychiatric Association | Editorial Médica Panamericana. In *www.medicapanamericana.com* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/dsm-5-guia-de-consulta-de-los-criterios-diagnosticos-del-dsm-5>
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV* (4th ed.). MASSON, S.A. (Original work published 2000)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5*. (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Américo, J. (2010). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO*. Biblioteca virtual en salud. <http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf>
- Aragón-Borja, L. E., Contreras-Gutiérrez, O., & Tron-Álvarez, R. (2011). Ansiedad Y Pensamiento Constructivo En Estudiantes Universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(1), 43–56. <https://doi.org/10.5460>
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20–29. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1989-38092009000300003

- Arkowitz, H., Hinton, R., Perl, J., & Himadi, W. (1978). Treatment Strategies for Dating Anxiety in College Men Based on Real-Life Practice'. *The Counseling Psychologist*, 7(4), 41–46. <https://doi.org/10.1177/001100007800700410>
- Ávila-Toscano, J. H., Vargas-Delgado, L. J., Rambal-Rivaldo, L. I., & Oquendo-González, K. P. (2021). Ansiedad ante exámenes en universitarios: papel de engagement, inteligencia emocional y factores asociados con pruebas académicas. *Psicogente*, 24(46), 82–105. <https://www.redalyc.org/journal/4975/497570255005/>
- Bados, A. (2005). *Fobia Social -I*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/359/1/114.pdf>
- Baeza-Velasco, C., Fénétrier, C., & Gély-Nargeot, M.-C. (2012). Diferencias en ansiedad social auto-informada entre estudiantes universitarios chilenos y franceses. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 6(2), 39–47. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439643141004>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Anxiety*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/bbandelow>
- Baños, R., Quero, S., & Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. In *Redalyc* (1st ed., Vol. 5, pp. 23–42). International Journal of Clinical and Health Psychology.
- Barlow, D., Durand, M., & Nuñez, J. L. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. Redalyc. <https://books.google.com.gt/books?id=FQhBvoG2SiUC>
- Barnhill, J. W. (2020, April). *Fobia social*. Manual MSD Versión Para Público General; Manuales MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/fobia-social>
- Becerra, M. C., Tapia, M. de los Á. F., & Borja, L. E. A. (2016). Situaciones que generan ansiedad en estudiantes de Odontología. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 8(2), 35–41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282255142002>
- Belle, D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. In R. Barnett, L. Biener, & GK Baruch (Eds.), *Gender and stress* (pp 257-277). In *APA PsycNet* (pp. 257–277). <https://psycnet.apa.org/record/1987-98337-000>
- Berrios, G. (1996). *HISTORIA DE LOS SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES La psicopatología descriptiva del siglo XIX* (pp. 15–23). <https://www.mundocondignidad.org/libros/historia-de-los-sintomas-de-los-trastornos-mentales.pdf>
- Botella, C., Baños, R., & Perpiñá, C. (2003). Fobia Social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. In *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología* (1st ed., Vol. 8, pp. 37–64). Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. <https://www.aepcp.net/book/fobia->

- Bousoño, M., Sáiz, P., Jiménez, L., & Fernández, J. (1999). *Bases biológicas del trastorno por ansiedad social. Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*, (pp. 15–26).
- Bruch, M. A., & Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(2), 155–168. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(94\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0887-6185(94)90013-2)
- Caballo Manrique, V. E., Salazar, I. C., García López, L. J., Irurtia Muñiz, M. J., & Arias Martínez, B. (2014). *Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas*. Dialnet.unirioja.es; Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6119225>
- Caballo, V. E., & Salazar, I. C. (2022). Introduction Current status of research on social anxiety and relationship with psychoeducational variables: An international perspective. *European Journal of Education and Psychology*, 15(2), 3–6. <https://doi.org/10.32457/ejep.v15i2.1966>
- Caballo, V., Carroble, J. A., & Salazar, I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Biblioteca Hernán Malo González de La Universidad Del Azuay. <https://biblioteca.uazuay.edu.ec/buscar/item/83791>
- Caballo, V., & Salazar, I. (2017). DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES: EL “CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES” (CHASO). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(1), 5–24.
- Caballo, V., Salazar, I., & Hoffman, S. (2019). UNA NUEVA INTERVENCION MULTIDIMENSIONAL PARA LA ANSIEDAD SOCIAL: EL PROGRAMA IMAS. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 149–172. https://www.researchgate.net/profile/Vicente-Caballo/publication/333161878_Una_nueva_Intervencion_multidimensional_para_la_ansiedad_social_el_programa_IMAS/links/5cde5910a6fdccc9ddb56344/Una-nueva-Intervencion-multidimensional-para-la-ansiedad-social-el-programa-IMAS.pdf
- Caballo, V., Salazar, I., Irurtia, M., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). *RELACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES CON LA ANSIEDAD SOCIAL Y LOS ESTILOS/TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD*. ACADEMIA; Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual.
- Cardona-Arias, J. A., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J., & Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios1. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 11(1), 79–89. <https://www.redalyc.org/journal/679/67943296005/>
- Chambless, D., Hunter, K., & Jackson, A. (1982). *Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples*. Psycnet.apa.org; Behaviour Research and Therapy. <https://psycnet.apa.org/record/1982-30472-001>

- Clark, D., & Wells, A. (1995). Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. In *Google Books* (pp. 69–90). Guilford Press. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rXrekuSy2bsC&oi=fnd&pg=PA69&dq=Clark>
- Cruz Roja Ecuatoriana. (2018). *GUÍA DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO al interviniente*. <https://volunteeringredcross.org/wp-content/uploads/2019/09/SP-Guia-de-Cuidado-y-Auto-Cuidado-al-Interviniente-CREcuadoriana.pdf>
- Ejaz, B., & Muazzam, A. (2021). Self-consciousness in female university students: the predictive role of social anxiety. *Undefined*, 71(3), 905–908. <https://doi.org/10.47391/JPMA.168>
- Eysenck, M. W. (1979). Anxiety, learning, and memory: A reconceptualization. *Journal of Research in Personality*, 13(4), 363–385. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(79\)90001-1](https://doi.org/10.1016/0092-6566(79)90001-1)
- Fernández-Sogorb, A., Aparicio-Flores, M. del P., Granados, L., Aparisi, D., & Inglés, C. J. (2018). Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Rua.ua.es*, 11(2018), 30–36. <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/76046>
- Freud, S. (1925). *Sigmund Freud Obras completas* (Vol. 20, pp. 85–115). Amorrortu editores. (Original work published 1926)
- Furmark, T., Tillfors, M., Garpenstrand, H., Marteinsdottir, I., Långström, B., Oreland, L., & Fredrikson, M. (2004). Serotonin transporter polymorphism related to amygdala excitability and symptom severity in patients with social phobia. *Neuroscience Letters*, 362(3), 189–192. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2004.02.070>
- García, R. R., Flores, R. A. E., Gutiérrez, A. C. P., Rojas, M. A. Á., & Agraz, F. P. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54–62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328008>
- Gaudry, E., & Spielberg, C. (1971). *Anxiety and educational achievement*. New York: Wiley.
- Grant, B., & Weissman, M. (2009). Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En: *W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 31–45). Barcelona: Elsevier Masson.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie* (5th ed., Vol. 1). Boston. (Original work published 1906)
- Jhosep, A., & Karla, M. (2020). *ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS - HUANCAYO- 2020*. Universidad Peruana Los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1922/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kuaik, I. D., & Iglesia, G. de la. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42–50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Kushner, M. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149–171. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00027-6](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00027-6)
- Labarga, J. M. C. (2007). ¿Qué modelo de liderazgo utilizar en la formación y desarrollo de directivos? *Intangible Capital*, 1(2), 109–128. <https://doi.org/10.3926/ic.17>
- Lefrançois, C., Van Dijk, A., Bardel, M.-H., Fradin, J., & El Massioui, F. (2011). Reviewing self-confidence in order to reduce social anxiety. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.11.003>
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2015). Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder in Adolescents: A Development Case Series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 1–17. <https://doi.org/10.1017/s1352465815000715>
- Magee, W. J. (1996). Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830020077009>
- Mannuzza, S. (1995). Generalized Social Phobia. *Archives of General Psychiatry*, 52(3), 230. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950150062011>
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2020). *Acoso Escolar – Ministerio de Educación*. Educacion.gob.ec; Gobierno del encuentro. <https://educacion.gob.ec/acoso-escolar/>
- Muñoz Murillo, J. P., & Rodríguez, D. A. (2016). *PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD SOCIAL* (pp. 40–47). Revista Cúpula. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>
- Navia, C. (2008). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Revista Latinoamericana de Psicología. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80500105.pdf>
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Redalyc*, 40(1), 8–21.
- Olivares, J. (2011). Catorce años de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (1997-2011). *INFORMACIO PSICOLOGICA*, 102, 90–109. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/68>
- OMS. (2020, March 26). *El impacto psicológico del COVID-19 en la sociedad no debe ser ignorado | DW | 26.03.2020*. DW.COM. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10*. Editorial Médica Panamericana. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Vol. 1, pp. 295–366). Organización Panamericana de la Salud. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf> (Original work published 1995)
- Ortíz, D. L. S., Vélez, D. M. A., & Garzón, C. P. C. (2008). Características De Ansiedad Y Depresión En Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34–39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503006>
- Ramírez, N. H. (2015). Ansiedad bibliotecaria en estudiantes universitarios. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 38(3), 227–236. <https://doi.org/10.17533>
- Reyes Marrero, R., & de Portugal Fernández del Rivero, E. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911–4917. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación En Psicología*, 10(1), 91–102. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2348649>
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M., & Páez Agraz, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. In *Redalyc* (pp. 54–62.). Psicología Iberoamericana. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328008.pdf>
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Alvarez, M., & Paez, F. (2008). Psicología Iberoamericana. *Redalyc*, 16(2), 54–62. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328008.pdf>
- Roca, E. (2014). *CÓMO MEJORAR TUS HABILIDADES SOCIALES Cuarta edición revisada 2014* ACDE. Acde. <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/pdf/Habilidades%20sociales-Dale%20una%20mirada.pdf>
- Rodriguez Rossi, R. O. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. In *Redalyc*. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14270205.pdf>
- Rossi, R. O., & Rodriguez, R. (2005). *Investigación en Salud*. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14270205.pdf>
- Salazar, I., Caballo, V., Arias, V., Curtiss, J., Rossitto, A., Gómez Araujo, R., Herrera Puente, J., Coello, M., Gamarra, O., Sanguino Andrés, R., Hofmann, S., del Moral Bernal, S., Herrera Giner, P., & Royuela, Á. (2022). Aplicación internacional del programa “Intervención multidimensional para la ansiedad social” (IMAS): II. Eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 30(1), 19–49. <https://doi.org/10.51668/bp.8322102s>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Redalyc*, 21(2), 19–28. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>

- Schneier, F. R., Chin, S. J., Hollander, E., & Liebowitz, M. R. (1992). Fluoxetine in Social Phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 62–63. https://journals.lww.com/psychopharmacology/Citation/1992/02000/Fluoxetine_in_Social_Phobia.18.aspx
- UNICEF. (2017, May 10). *1 de cada 5 estudiantes ha sufrido de acoso escolar en el Ecuador*. [Www.unicef.org. https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/1-de-cada-5-estudiantes-ha-sufrido-de-acoso-escolar-en-el-ecuador#:~:text=En%20el%20Ecuador%2C%201%20de](https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/1-de-cada-5-estudiantes-ha-sufrido-de-acoso-escolar-en-el-ecuador#:~:text=En%20el%20Ecuador%2C%201%20de)
- Unicef. (2020). *La salud mental es determinante para que niños, niñas, adolescentes, familias y comunidades puedan salir adelante*. [Unicef.org. https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-salud-mental-es-determinante-para-que-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-adolescentes-familias-y](https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-salud-mental-es-determinante-para-que-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-adolescentes-familias-y)
- Yukl, G. (2008). *Liderazgo en las organizaciones*. Biblioteca.udgvirtual.udg.mx; PEARSON EDUCACIÓN. <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1965>
- Zubeidat, I., Parra, F., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2022). Assessment of factors associated to social anxiety and other psychopathologies in adolescents. *Salud Mental*, 31(3), 189–196. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300004&script=sci_abstract&tlng=en
- Zumaya, M. (2011). La ansiedad. In *Dialnet*. Revista de la Universidad de México. <https://www.revistadelauniversidad.mx/download/4fb1b3b2-78e4-414d-a237-73773c291567>

ANEXOS

Anexo 1: Solicitud de permiso al decano de la facultad de Ciencias de la Administración

Cuenca, 07 de septiembre, 2022

Ingeniero
Oswaldo Merchán Manzano
Decano de la Facultad de Ciencias de la Administración
Cuenca

De nuestra consideración

Nosotros, Paula Doménica García Vivar con código de estudiante 87798 y Pablo Mateo Sánchez Andrade con código de estudiante 87818, de la escuela de Psicología Clínica, de la Facultad de Psicología, solicitamos de manera más comedida se nos permita realizar el estudio de nuestro trabajo de titulación “Ansiedad social en estudiantes de la carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación de la Universidad del Azuay” en la cual se llenará una ficha sociodemográfica; se le aplicará el Cuestionario De Las Habilidades Sociales (CHASO) en total se estima un tiempo de 20 minutos máximo para la aplicación de la misma. La finalidad del estudio es académica e investigativa.

Por la favorable atención que se sirva dar a la presente, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente,

Paula Doménica García Vivar

Pablo Mateo Sánchez Andrade

paulagarcia@es.uazuay.edu.ec
0987642469

mateosanchez@es.uazuay.edu.ec
0979696659

**Anexo 2: Solicitud de permiso a la coordinadora de la carrera de Ingeniería en
Ciencias de la Computación**

Cuenca, 07 de septiembre, 2022

PhD
Patricia Ortega Chasi
Coordinadora de la Carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación
Cuenca

De nuestra consideración

Nosotros, Paula Doménica García Vivar con código de estudiante 87798 y Pablo Mateo Sánchez Andrade con código de estudiante 87818, de la escuela de Psicología Clínica, de la Facultad de Psicología, solicitamos de manera más comedida se nos permita realizar el estudio de nuestro trabajo de titulación “Ansiedad social en estudiantes de la carrera de Ingeniería en Ciencias de la Computación de la Universidad del Azuay” en la cual se llenará una ficha sociodemográfica; se le aplicará el Cuestionario De Las Habilidades Sociales (CHASO) en total se estima un tiempo de 20 minutos máximo para la aplicación de la misma. La finalidad del estudio es académica e investigativa.

Por la favorable atención que se sirva dar a la presente, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente,

Paula Doménica García Vivar
paulagarcia@es.uazuay.edu.ec
0987642469

Pablo Mateo Sánchez Andrade
mateosanchez@es.uazuay.edu.ec
0979696659

Anexo 3: Consentimiento informado

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES DE INGENIERÍA EN SISTEMAS 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 esta investigación, cuya temática es:

“Ansiedad social en los estudiantes de Ingeniería en Ciencias de la Computación de la Universidad del Azuay”.

Si usted acepta participar, a continuación, se llenará una ficha sociodemográfica; se le aplicará el Cuestionario De Las Habilidades Sociales (CHASO). 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.

Los responsables de esta evaluación son: Paula Doménica García Vivar y Pablo Mateo Sánchez Andrade, estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad del Azuay. 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.

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, tenga alguna duda o comentario respecto a la aplicación de esta evaluación, por favor **diríjase a Paula Doménica García Vivar**, al correo electrónico: paulagarcia@es.uazuay.edu.ec o al celular: **0987642469** y **Pablo Mateo Sánchez Andrade**, al correo electrónico: mateosanchez@es.uazuay.edu.ec o al celular: **0979696659**.

Firma del Estudiante.

Anexo 4: Ficha Sociodemográfica

Coloque una marca visible para cada una de sus respuestas.

Acepto participar en esta investigación

SI..... NO.....

Género

- Masculino
- Femenino
- Otro

Edad

.....

Ciclo académico

.....

Estado civil actual

- casado/a
- soltero/a
- divorciado/a
- viudo/a
- unión libre

Personas con las que vive actualmente

- Solo/a
- Familia Extensa (incluye esposos, padres, hijos, nietos, suegros)
- Familia Nuclear (esposo y/o hijos)

¿Actualmente tiene pareja?

- SI
- NO

¿Padece usted de alguna enfermedad física? Si su respuesta es positiva especifique cual.

- SI
- NO

¿Ha tenido usted Ansiedad Social?

(Entendiéndose por “Ansiedad Social” al miedo o ansiedad persistentes e intensos ante situaciones sociales específicas en las que la persona cree que puede ser juzgada negativamente, avergonzada o humillada).

- SI
- NO

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

.....

¿Ha estado usted en tratamiento psicológico por Ansiedad Social?

- SI
- NO

¿Ha recibido usted tratamiento farmacológico para Ansiedad?

- SI
- NO

Anexo 5: Cuestionario CHASO

Cuestionario de 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 presenta la ocasión.

Responda señalando en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos incluidos en el cuestionario son características 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 que baje la voz a alguien que 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 meta 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 (besos, abrazos, caricias) a personas que 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

¿Estaría dispuesta/o a participar en un taller de habilidades sociales o estrategias de afrontamiento para la ansiedad social?

SI..... NO.....

Si su respuesta fue "sí". Comuníquese a través de la información brindada al final del consentimiento informado.