



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma De México

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**FOBIA SOCIAL Y LAS HABILIDADES SOCIALES EN ADULTOS JÓVENES:
CORRELATOS Y DIFERENCIAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

CARLOS SILVA RUZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE

COMITÉ: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

DRA. MA DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ

LIC. ELIÉZER EROSA ROSADO

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO



Ciudad de México

Septiembre, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este es un homenaje a los locos. A los inadaptados. A los rebeldes. A los alborotadores. A las fichas redondas en los huecos cuadrados. Aunque algunos los vean como locos, nosotros vemos su genio. Porque las personas lo bastante locas como para pensar que pueden cambiar el mundo son las que lo cambian.

Anuncio “Piensa diferente” de Apple, 1997.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y Facultad de Estudios superiores Zaragoza por formar parte de mi formación académica y profesional, instituciones siempre con las puertas abiertas al conocimiento.

Al proyecto PAPIME PE303216 de nombre “Evaluación e intervención de aspectos motivacionales, sociales y de bienestar para el fomento del aprendizaje estratégico en universitarios” por todo su apoyo durante la realización de esta investigación.

Un reconocimiento especial a mis sinodales por permitirme trabajar con ellos y compartirme sus conocimientos tan valiosos en el ámbito de la investigación, a todos ellos mi más profundo respeto:

A la Dra. Mirna García Méndez por guiarme durante clases y en la realización de este proyecto, por sus apreciadas y precisas aportaciones que han hecho de este un buen trabajo.

A la Dra. Bertha Ramos del Río por brindarme su apoyo durante clases y en la realización de este proyecto, por sus apreciadas recomendaciones y aportaciones que han dado un buen enfoque a esta investigación.

Al Lic. Eliézer Erosa Rosado quien me ha compartido con gusto su experiencia y conocimientos en el campo de la estadística, por sus valiosas aportaciones que mejoraron este trabajo cada día.

A la Dra. Ma del Refugio Cuevas Martínez quien me ha apoyado durante la carrera y con las revisiones minuciosas de este proyecto, aportaciones tan puntuales que aprecio mucho.

A la Dra. Margarita Villaseñor Ponce a quien agradezco inmensamente su guía y apoyo durante estos cuatro años y en la realización de este proyecto, por todo el conocimiento que ha compartido conmigo y por sus valiosas aportaciones que me ayudaron a mejorar este trabajo.

Un especial reconocimiento a mis padres María y Gerardo quienes me han apoyado incondicionalmente durante toda mi vida y me han enseñado a desempeñarme con disciplinada, respeto y humildad, por su amor, comprensión y enseñarme a ser cada día mejor.

A mis hermanos Gerardo y Christian quienes me han apoyado desde que inicie esta etapa, por su cariño y comprensión.

A los profesores Alfonso Sergio Correa, Gerardo Reyes, Alejandra Villagómez, Julieta y Eduardo Contreras quienes me apoyaron durante mi formación académica.

Finalmente agradezco a mis compañeros y amigos con quienes he tenido la suerte y el gusto de trabajar en proyectos, compartido buenos momentos y de quienes he aprendido cosas valiosas de cada uno: A Elizabeth, Alejandro, Ricardo, Karen, Alberto, Daniela., Bárbara, Blanca, Edgar, Alejandra, Yesenia y Dani que siempre me quiere hacer reír.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. FOBIA SOCIAL.....	1
Conceptualización.....	1
Síntomas.....	3
Epidemiología Global.....	5
Epidemiología en México.....	6
Implicaciones en la adolescencia.....	7
Factores asociados.....	9
Modelo teórico de Schlenker y Leary (The self- presentation theory).....	11
Tratamiento.....	13
Exposición.....	13
Reestructuración cognitiva.....	13
Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS).....	14
Farmacoterapia.....	16
CAPÍTULO 2. HABILIDADES SOCIALES.....	17
Conceptualización.....	17
Componentes.....	18
Desarrollo de las habilidades sociales.....	19
Modelado.....	19
Instrucción directa.....	19
Ensayo conductual.....	19
Retroalimentación del medio.....	20
Modelo de las Habilidades Sociales.....	20
Habilidades sociales en el ámbito académico.....	22
Las habilidades sociales como tratamiento para la Fobia social.....	23
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	25
Planteamiento del problema.....	25
Pregunta de investigación.....	27
Objetivos.....	27
Hipótesis.....	28

VARIABLES INTERVINIENTES	29
Tipo de estudio	29
Tipo de diseño	29
Metódo	30
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	32
Análisis Factorial Exploratorio	32
Relación entre las dimensiones del cuestionario de habilidades sociales CHASO y CASO-A30	39
Diferencias entre Hombre y Mujeres en Habilidades Sociales.....	40
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS	54

Resumen

La fobia social es un problema de salud que afecta principalmente a adultos jóvenes e impide un desempeño óptimo en las diferentes esferas de la vida cotidiana como lo es la familia, relaciones interpersonales, el desempeño académico, etc. Las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas mediante las cuales podemos expresar sentimientos, actitudes, deseos etc. Este trabajo tuvo dos objetivos el primero, obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Habilidades Sociales (CHASO) para su validación en población mexicana y el segundo objetivo fue identificar la relación entre Fobia social y las Habilidades Sociales en adultos jóvenes. Se llevó a cabo un estudio transversal con diseño correlacional de dos muestras independientes. Participó una muestra intencional y voluntaria de 1047 adultos jóvenes estudiantes de pregrado, 33.5% de los participantes eran hombres y 66.5 % mujeres, con una edad media 18.74 (DE= 1.812) con un rango de 16 a 37 años a quienes se les aplicó el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO- A30) y la Escala de Habilidades Sociales (CHASO). El análisis factorial exploratorio demostró que el CHASO cuenta con propiedades psicométricas adecuadas. Los resultados también indicaron relaciones negativas bajas y moderadas entre la fobia social y habilidades sociales al igual que diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Los datos demuestran que el CHASO es una medida de autoinforme adecuada para la medición de las habilidades sociales y que estas son un elemento importante para el tratamiento de la fobia social.

Palabras clave: *fobia social, habilidades sociales, adultos-jóvenes, validación, CHASO.*

Introducción

Sofie Hagen suele visitar restaurantes de cinco estrellas, regularmente solicita al mesero una mesa lejos de las personas y el ruido, busca baños realmente amplios en los que puede esconderse y permanecer veinte minutos respirando profundamente, cuando suele acudir a fiestas con amigos o familiares se excusa durante una hora busca un rincón aislado o hasta un callejón para respirar hondo durante quince minutos y poder reponerse de la angustia de estar en público, escuchando conversaciones o el tener que hablar con desconocidos.

Esto la ha llevado a querer frecuentar a sus familiares y amigos en su hogar más que en lugares públicos lo que provoca que sea considerada como rara, antisocial, aburrida, diva por no saludar a las personas y hasta estúpida por no poder hablar en público, entre otros calificativos que le han puesto conforme pasa el tiempo (BBC, 2016). Así como Sofie Hagen existen más personas en todo el mundo que sufren de fobia social. La que puede llegar a ser un impedimento en la vida de éstas, y ocasionar que las actividades cotidianas como saludar, hablar en público, hablarle al chico o chica que nos atrae, exponer en clase, hablar con figuras de autoridad etc., sea un verdadero reto para quien la padece.

Estas actividades que en su mayoría son cotidianas casi siempre provocan una ansiedad exagerada, es decir un temor a la vergüenza y/o al rechazo social y puede darse que el individuo evite o enfrente estas situaciones con un considerable nivel ansiedad, por lo general tiene inicio en la adolescencia y puede llegar a ser un verdadero problema si no se trata.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la clasificación mundial de enfermedades mentales (1992) (CIE-10) menciona que las fobias sociales más graves suelen asociarse con baja autoestima y un miedo frecuente a las críticas, además que su presencia se origina por miedo a ser el foco de atención, situaciones sociales en las que puede comportarse de un modo embarazoso (comer, hablar en público, fiestas, reuniones, clases) presentando síntomas como temblor en las manos, nauseas, urgencia al miccionar. Todos estos síntomas pueden llegar a progresar y desembocar en crisis de pánico.

El desarrollo de conceptos en cuanto a fobia social y ansiedad social involucra una discusión teórica en la que, como menciona Camili y Rodríguez (2008), las últimas dos décadas se ha estudiado el complejo tema de la ansiedad o fobia social que los psicólogos y psiquiatras han asumido como el trastorno de ansiedad social (TAS).

La American Psychiatric Association (2014) (DSM5) menciona que el trastorno de ansiedad social (TAS) se debe al miedo al parecer torpe tonto, o apenado, miedo a cometer errores sociales, considerando así que el TAS se vincula con situaciones donde otras personas podrían observar de cerca a la persona, al hablar o actuar en público, beber o comer, hablar por teléfono, escribir o platicar simplemente con otra persona.

Dada la similitud de las definiciones y síntomas que se presentan en el CIE-10 y la American Psychiatric Association (DSM-5) esta investigación se refiere a la explicación de este fenómeno como fobia social entendiéndolo como un padecimiento que afecta la realización de actividades cotidianas ya mencionadas anteriormente y no como un trastorno que inhabilita por completo la vida de la persona y que requiere de hospitalización.

En México la Secretaria de Salud (2015) define a la fobia social como un estado emocional en el que se presentan cambios somáticos (mareos, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria y/o mareos) y psíquicos (nerviosismo, deseo de huir, sensación de muerte inminente, inquietud, miedos irracionales, temor a perder la razón y el control) es importante mencionar que la fobia social tiende a generar distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de la persona misma.

Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas y Cruz (2009) a través de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reportan que el inicio de que los trastornos psiquiátricos se presenta a edades muy tempranas durante las primeras décadas de vida. Los padecimientos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social con una prevalencia de 10.0% en hombres y 12.4% en mujeres, seguidas por la depresión, agorafobia y la ansiedad por separación. Estos hallazgos muestran una mayor prevalencia en

adolescentes mujeres comparadas con los varones, resultados que han sido reportados por Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet (2003) una revisión de la literatura científica sobre los estudios epidemiológicos de fobia social, hallando en la mayoría de las investigaciones una prevalencia más alta en mujeres que hombres en población infantil y adolescente.

Es ahí donde radica la importancia del problema, padecer fobia social durante el proceso de adolescencia a la adultez, un periodo de diversos cambios, es un verdadero problema ya que impide desempeñarse en el ámbito familiar y sobre todo escolar en donde se tiene una interacción diaria con compañeros conocidos o desconocidos, figuras de autoridad (maestros, doctores); se tiene que exponer en clases o congresos, participar en seminarios en los que muchas veces es indispensable hablar para expresar argumentos acerca de algún tema y ser evaluado por el docente. Bolsoni-Silva y Loureiro (2014) mencionan que el presentar fobia social en esta etapa puede dificultar el desempeño académico de una manera considerable (ausencias, notas bajas y dificultad para hablar en clase, etc.) por lo que los estudios con adultos jóvenes universitarios tienen una importante justificación.

El desarrollo de esta etapa implica demandas en programas de intervención ya que se encuentran en el preámbulo de una vida profesional que cada día es más exigente y donde deberán hacer uso de diversas habilidades para salir adelante.

CAPÍTULO 1

Fobia social

“Al ingresar a la licenciatura me encontré con una serie de retos que, a lo largo de la vida, había sobrellevado difícilmente y que en un nivel superior de educación se agravaron aún más el tener que hablar frente a un público desconocido, mis compañeros de clase, o el participar en un congreso y pensar que estarían presentes personas de autoridad (profesores expertos en el tema); Que podría equivocarme frente a todos los presentes, generaba en mí un nivel de ansiedad tal (taquicardia, sudoración excesiva, malestares gastrointestinales) que en ocasiones prefería no participar en estas actividades lo que repercutía en mi desempeño académico, la dificultad que tenía para hablar en clase generaba malas notas y había ocasiones en las que optaba por ausentarme para evitar trabajos en equipo”.

Los síntomas descritos en este caso son característicos de lo que se ha denominado *fobia social* o *ansiedad social*. Tema que se ha investigado en diferentes contextos como en el educativo, laboral, y de la salud, entre otros. Producto de estos estudios han surgido modelos teóricos que tratan de explicar al origen, desarrollo y mantenimiento de la fobia social, para lo cual se han generado distintos tipos de tratamientos, tanto psicológicos como farmacológicos. Además de instrumentos psicométricos destinados a la evaluación de personas con dicho trastorno.

Conceptualización

Caballo, Verania y Bas (2007) definen a la Fobia social como un temor constante y persistente en una o más situaciones en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida y a la posible evaluación por parte de los demás, temiendo actuar de manera humillante o embarazosa.

La Secretaria de Salud (2015) la define como un estado emocional en el que se presentan cambios somáticos (mareos, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria y/o mareos) y psíquicos (nerviosismo, deseo de huir, sensación de muerte inminente, inquietud, miedos irracionales, temor a perder la razón y el control).

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos más empleados en en ámbito clínico tanto en le psiquiatría como en la psicología son los que describe el DSM-5, y que se citan a continuación:

- a) Ansiedad en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
- b) El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- c) Las situaciones sociales casi siempre provocan ansiedad.
- d) La ansiedad es desproporcionada a la amenaza real planteada por la situación social y por el contexto sociocultural.
- e) La ansiedad es persistente y dura típicamente seis o más meses.
- f) La ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La Fobia Social (FS) se presenta en situaciones sociales por lo que resulta adecuado definirla, Antony y Swinson (2014) la definen como cualquier contexto en la que uno se encuentre con otras personas implicando la interacción con los demás (conocidas como circunstancias interpersonales) y ocasiones en las que uno se vuelve el foco de atención y es observado por los demás.

Estos autores mencionan algunas de situaciones de carácter social que se enumeran a continuación:

- | | |
|---|--|
| 1. Invitar a alguien a salir | 9. Devolver un artículo a una tienda |
| 2. Dirigirse a una persona de autoridad | 10. Mostrarse asertivo |
| 3. Entablar o mantener un conversación | 11. Hablar en público |
| 4. Asistir a una fiesta | 12. Hablar en una reunión |
| 5. Acudir a una entrevista de trabajo | 13. Tocar algún instrumento musical ante otros |
| 6. Conocer a personas nuevas | 14. Ser observado |
| 7. Hablar por teléfono | 15. Cometer un error en público |
| 8. Expresar una opinión personal | 16. Exponer en clase |

Síntomas

En cuanto a los síntomas que puede presentar una persona con FS, Caballo, Verania y Bas (2007) mencionan que el síntoma conductual más común es la evitación de las situaciones temidas como una presentación en clase, acudir a una cita con la persona que nos atrae, etc. El CIE-10 establece que se presentan al menos dos síntomas fisiológicos durante la situación social que genera FS como puede ser ruborización, miedo a vomitar o necesidad de orinar o defecar aunado a un malestar emocional provocado por los síntomas o conducta de evitación, que la persona reconoce como excesiva.

Antona (2009) enumera una serie de síntomas fisiológicos que predominan en una persona con FS y son:

1. Elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración excesiva
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantamiento
6. Opresión o malestar torácico

7. Náuseas
8. Molestias gastrointestinales
9. Mareos o incluso desmayos
10. Des-realización (sensación de irrealidad)
11. Llanto
12. Debilidad muscular

Hay que resaltar que un elemento importante es el componente cognitivo. En general las personas con FS suelen tener una serie de pensamientos disfuncionales debido a que se interpretan las situaciones sociales que causan FS en el sujeto. Antony y Swinson (2014) exponen las creencias que comúnmente tienen las personas con FS:

1. *“Tengo que gustarle a todo el mundo”*
2. *“Si hay alguien a quien no le gusto, significa que no soy una persona digna de ser amada”*
3. *“Si alguien me rechaza debe ser que merezco el rechazo”*
4. *“La gente siempre debería estar interesada en lo que digo”*
5. *“Nadie debería, cuando hablo, mostrar signos de aburrimiento o desaprobación”*
6. *“La gente no debería hablar de mí a mis espaldas”*
7. *“Si cometo un error en el trabajo me despedirán”*
8. *“Si me equivoco, la gente se enfadara conmigo”*
9. *“Si doy una presentación, quedaré como un tonto”*
10. *“La gente se dará cuenta de que estoy muy nervioso”*
11. *“La gente me encuentra poco atractivo/a, aburrido/a, estúpido/a, débil, extraño/a, etcétera”*
12. *“Si en el trabajo me tiemblan las manos, será una catástrofe”*
13. *“No se puede confiar en nadie porque, porque la gente es muy crítica y desagradable”*

Como se nota, la mayoría de estos pensamientos hace un profundo énfasis en la “evaluación constante de los demás”, este tipo de pensamientos pueden ser muy recurrentes en la vida de la persona lo que ocasiona en casos graves un impedimento para llevar a cabo actividades cotidianas.

Epidemiología Global

Kohn, Saxena, Levav y Saraceno (2004) reportan que a nivel mundial la prevalencia de los problemas de salud mental comienza a permanecer en números rojos, y son causa de sufrimiento y comorbilidad; Estos tienden a complicarse aún más debido al hecho de que parte de la población a nivel mundial no recibe tratamiento. Obtener datos exactos sobre la incidencia a nivel mundial resulta una tarea compleja ya que algunos países no cuentan con presupuesto para realizar un estudio epidemiológico, sobre todo en América latina.

Kohn et al. (2005) realizaron una investigación a partir de estudios comunitarios publicados en América Latina y el Caribe donde se estimaron las prevalencias de diferentes problemas de salud mental al igual que se recuperaron datos correspondientes al uso de los servicios de salud mental con la finalidad de valorar una tasa de prevalencia total en toda América Latina y estimar la brecha de la atención psiquiátrica; en este estudio se encontró que los padecimientos que principalmente afectan a los adultos son la depresión mayor, la distimia, los trastornos de ansiedad generalizada -siendo más frecuente en mujeres que varones- y el abuso o dependencia del alcohol, afectando a casi 31 millones de adultos.

Estas investigaciones impulsadas por la organización mundial de la salud OMS se han visto limitadas ya que algunos países como los pertenecientes a América Latina no cuentan con un registro epidemiológico de las enfermedades mentales, incluso pueden llegar a ser omitidas o enfocarse a un solo sector de la población.

Epidemiología en México

En México, la Encuesta Nacional de Psiquiatría (ENEP) se encarga de estimar las diferencias por sexo, la prevalencia y la gravedad de 17 trastornos psiquiátricos enfocándose en adolescentes que residen en la Ciudad de México. Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas y Cruz (2009) exponen que los padecimientos que requieren atención psiquiátrica se inician a edades muy tempranas durante las primeras décadas de vida, hallando que los más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Pero, a pesar de esta similitud no se mantiene el estándar de prevalencia para los demás padecimientos ya que es marcada la diferencia por sexo. Los resultados indican que las mujeres presentan un 12.4% más que los hombres los que tienen una incidencia del 10.0%; en cuanto al padecimiento que sigue en incidencia es la depresión con un 7.6%; en mujeres y una diferencia notable en hombres con 2.0 %; estos problemas de salud mental. Son seguidos por el trastorno negativista desafiante con 3.7% en hombres y 6.9% en mujeres, encontrándose por último a la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación.

Cabe destacar que estos hallazgos muestran una mayor prevalencia y gravedad de los problemas de salud en las adolescentes mujeres comparadas con los varones, dejando en evidencia que los adolescentes de ambos sexos muestran diferentes estándares en las psicopatologías en este periodo de vida. Las mujeres se muestran más vulnerables a padecer fobias específicas y sociales, depresión mayor, trastorno negativista desafiante y agorafobia y los varones presentaron fobias específicas y sociales, trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009).

Es muy probable que el número de casos sea mayor a lo que se reporta en la literatura debido a aspectos como los que Benjet, et al. (2009) mencionan ya que el acceso a los servicios de salud mental de los/as adolescentes está limitado y determinado por poca disponibilidad y distribución geográfica de las instituciones que atienden este problema a lo largo de todo el país, además de considerar

aspectos económicos y sociales ya que no todos tienen accesos a los servicios de salud.

Implicaciones en la adolescencia

La aparición de un problema psicológico en la adolescencia tiene un impacto considerable en las diversas esferas de una persona como la familia, relación de amigos, pareja, rendimiento académico etc. Como lo mencionan Olivares, Rosa y García-López (2004) la adolescencia es un proceso continuo que edifica el desarrollo de la vida de las personas ya que implica toda una transición desde la infancia a la edad adulta.

Se puede delimitar considerando como límite inferior los cambios fisiológicos característicos de esta etapa y como límite superior las conductas que el sujeto ha desarrollado y persisten en la edad adulta. Estos mismos autores señalan que la fobia social se presenta de forma progresiva con posibles conductas de timidez y/o aislamiento que puede perdurar o por otra parte surge de un evento sumamente estresante con altas cargas de ansiedad, sintomatología que inicia en la adolescencia la cual se caracteriza por ser un periodo crítico ya que cada persona se verá sometida a un proceso de evaluación por el resto de sus compañeros, sea en la escuela o el trabajo y tendrá que establecer un rol en un sistema social exigente y completamente distinto al de su familia (Bados, 2001).

La FS representa un problema de salud, ya que como explica Antona (2009), se han encontrado casos en los que los niños de ocho años tienen características importantes como temor a ser constantemente evaluados por los demás, indicadores relevante para el desarrollo de la FS y que se puede presentar plenamente en la adolescencia.

Investigaciones como la de Caballo, Salazar, Olivares, Irurtia, Olivares, y Toledo, (2014) han encontrado que el rango de edad de inicio en la que se presenta la FS va de los 14 a 16 años con riesgo a empeorar si no se le atiende -siendo poco frecuente que se desarrolle a partir de los 25 años. La FS puede disminuir de manera importante la calidad de vida de las personas volviéndose relevante para este

periodo de vida. Como lo menciona Mamani (2012), impacta en los roles que rodean a los jóvenes como es el familiar, pareja y sobre todo el de universitario, ya que en este rol se exigen actividades que no podrán llevar a cabo adecuadamente o en ocasiones se evitarán si se tiene FS.

La edad de inicio en promedio es 14 a 16 años lo que coincide con el ingreso a la educación media superior, que implícitamente conlleva la enseñanza de diversas herramientas para el desarrollo, que se pondrán constantemente a prueba posteriormente en la educación superior, culminando esta etapa en campos reales como son las organizaciones en las que el egresado intentará ingresar compitiendo por un puesto con sus pares. Por ello, presentar FS puede repercutir en forma negativa en la formación de un estudiante. Respecto a este tema Olivo (2011) señala que la vida universitaria exige que el estudiante cumpla con las demandas de la institución; se cursan asignaturas en donde se tiene que participar en clase, presentar informes orales, realizar exámenes, trabajos en equipo que implican interacción con compañeros desconocidos, y que se investigue y desarrolle destrezas y conocimientos en distintas áreas que conforman su formación profesional. Todas estas actividades requieren que el estudiante tenga control de sus emociones, acciones y cogniciones generando un equilibrio que le permita desempeñarse de acuerdo a sus capacidades. Un estudiante con FS se desempeñará con dificultad afectando de forma general su rendimiento académico, como ha quedado evidenciado en estudios como el realizado por Cejudo De la Sierra y Fernández (2015) llevado a cabo en la ciudad de México donde se trabajó con una muestra de 381 universitarios de distintas instituciones, 204 mujeres y 148 hombres con un rango de edad entre 18 a 25 años en el cual se encontró una relación significativa entre la fobia social y el bajo rendimiento académico (promedio de calificaciones).

Por lo tanto los estudiantes con FS, no se encuentran en igualdad de condiciones con respecto a sus pares ya que a causa de está, las calificaciones de muchos de ellos no son las mejores por las constantes inhibiciones, como por ejemplo, no participar en clases aunque conozcan las respuestas a las preguntas del docente.

Además, dudan y evitan hablar con el profesor cuando necesitan retroalimentación o aclarar las dudas que surgen durante la clase (Olivo, 2011).

Factores asociados

Diversos estudios han señalado que la incidencia y prevalencia de problemas de salud mental son el producto de una interrelación de factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Sierra, Zubeidat y Parra (2006) enumeran una serie de factores que tienen implicación en el desarrollo y mantenimiento de la fobia social. Hacen una revisión desde los factores evolucionistas pasando por familiares, psicológicos, neurobiológicos hasta lo sociocultural.

Respecto a los factores evolutivos se postula que tiene su origen en los sistemas primitivos de valoración-respuesta ya que según esta inclinación hay dos sistemas complejos de interacción uno de defensa y otro de seguridad. De acuerdo con Antony y Swinson (2014) desde un enfoque evolucionista tiene cierto sentido que los seres humanos desarrollemos ansiedad social, ya que somos seres plenamente sociales; dependemos de nuestros pares, tener ansiedad es innato para los humanos ya que nos ayuda a estar alerta a ciertas situaciones, pero es claro que la timidez y la fobia social no siempre son útiles y sobre todo si es en grandes magnitudes y con un extenso periodo.

Otro factor de vulnerabilidad que ha sido estudiado es la familia ya que los antecedentes familiares constituyen una forma probable de desarrollar fobia social. Los estudios que se enfoca en la familia tratan de verificar en qué medida los familiares de sujetos con fobia social también la presentan y si los hijos de fóbicos sociales desarrollan este problema (Olivares, Rosa & García-López, 2004).

Según Vargas (2014) el funcionamiento familiar podría estar relacionado con la aparición de la fobia social e incluso de la depresión en algún miembro de la familia, pero es necesario enfatizar que el impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores. Los aspectos neurobiológicos también son importantes para explicar el origen de la fobia social, Antona (2009) menciona que la investigación neurobiológica permite realizar estudios para determinar la base

psicofisiológica de la ansiedad y generar tratamientos efectivos además de profundizar en otras líneas de trabajo como los ensayos neurofarmacológicos basados en la reacción de las personas al medicamento y observar cómo funciona en el sistema nervioso.

Gracias a los estudios neurobiológicos ahora sabemos que en personas con FS hay una activación fisiológica, que está regulada por el Sistema Nervioso Autónomo, por lo que existen respuestas motoras y un procesamiento cognitivo. Soltillo (2012) expone que la respuesta emocional que se genera en el cerebro se transmite por el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y se manifiesta en conducta, explicándolo de un modo más específico, ante una situación que genera FS a la persona, el cerebro procesa dicha información mediante la corteza cerebral por lo que se estimula a la amígdala y ésta envía información al hipotálamo y éste a su vez a la hipófisis lo que genera las respuestas motoras y fisiológicas antes mencionadas.

Resulta complejo el tratar de describir una causa única en la aparición de la fobia social o de algún otro problema de salud mental; existen investigaciones que tratan de abarcar una gran cantidad de aspectos para poder identificar la prevalencia de una enfermedad mental, estudios como el de Londoño et al. (2010) trataron de identificar los factores de riesgo psicosociales y ambientales que influyen en el origen de problemas mentales, trabajando con 490 participantes usuarios del servicio de psicología en Colombia de distintas universidades de las regiones andina, santanderes, costa pacífica y costa atlántica, utilizaron un cuestionario de evaluación basado en el eje cuatro del DSM IV que evalúa problemas ambientales y psicosociales relacionados al grupo primario de apoyo, al ambiente social, enseñanza, analfabetismo, problemas académicos, laborales, de vivienda, económicos, acceso a los servicios de salud, etc.; se encontró que para la depresión influyen factores de vivienda, acceso a los sistemas de salud y problemas laborales; en cuanto a los problemas de ansiedad social se encontraron problemas económicos y de aprendizaje. Estudios como éste resultan interesantes en la medida que se realizan en contextos totalmente distintos en comparación con otros países por lo que la cultura y condición económica refiere aunque surge una constante en cuanto al género debido a que las diferencias se inclinan hacia una

mayor incidencia y probabilidad de presentar ansiedad social en mujeres que en hombres, resultados que han sido replicados por varios investigadores (Caballo, 2003).

Es importante considerar que estos elementos no funcionan de manera individual y que no es adecuado caer en un determinismo en la explicación de la génesis cultural del problema. Así mismo, se ha encontrado que la cultura puede influir en los pensamientos y conductas del sujeto dentro de las instituciones que conforman a la sociedad como lo es la familia, escuela y trabajo; de acuerdo con Antony y Swinson (2014) algunas culturas consideran que el escaso contacto ocular es un signo de timidez o FS, otras por el contrario la evitación de este contacto ocular es muestra de respeto.

Algunos teóricos han desarrollado modelos para explicar la génesis de la fobia social, uno de los más reconocidos es el de Schlenker y Leary (1982) que se explica a continuación.

Modelo teórico de Schlenker y Leary ***(The self- presentation theory)***

El modelo teórico sobre el que se basa esta investigación es la teoría de la autopresentación, en la cual Schlenker y Leary (1982) esbozan una explicación para el origen de la ansiedad social. El planteamiento central de la teoría es que las personas experimentan ansiedad social antes o durante encuentros sociales cuando éstas tienen una motivación para dar una buena impresión en los demás pero a la vez se tiene una desconfianza por lo tanto se cree que no se podrá generar esa buena impresión lo que produce ansiedad a niveles considerables (creando imágenes de escenarios catastróficos) ante la expectativa negativa de lo que pudiera ocurrir en dichas situaciones o durante éstas.

Leary y Jongman-Serreno (2014) exponen que este modelo de autopresentación se da en dos circunstancias: La primera, llamada ansiedad social de estado, la cual solo se presentará en determinadas situaciones; y la segunda, a la (que los autores)

hacen referencia como ansiedad social de rasgo, en la que la persona presenta este problema de forma constante.

Un ejemplo de ello, es cuando un empleado de una empresa reconocida es elegido por primera vez para dar una exposición a los directivos de la organización sobre los avances de crecimiento económico de los últimos seis meses, esta persona en un principio se siente motivada porque lo ve como una oportunidad para demostrar su buen desempeño, pero al poco rato comienza a imaginar escenarios en donde no puede expresarse correctamente, comienza a tartamudear y por ello los directivos lo califican como un mal empleado o cualquier otro calificativo provocándole pensamientos negativos tales como *“todo me sale mal”*, *“las personas se reirán de mí”*, etc. Generándole FS aun sin haberse enfrentado a dicha situación.

Schlenker y Leary (1982) mencionan que las personas con FS crean imágenes centrales en las cuales distorsionan la realidad de lo que pudiera ocurrir, por lo que se sienten incapaces de interactuar frente a personas con autoridad o desconocidos, perdiendo de esta manera la confianza de presentarse ante estas situaciones.

Por ultimo las personas con FS, ya sea de rasgo o estado, Antona (2009) presentan comúnmente una baja autoestima, déficit en las habilidades sociales y una constante desvalorización sobre sí mismos.

De esta forma, la teoría de la autopresentación plantea que en la FS la presencia de pensamientos distorsionados, con constantes devaluaciones son elementos cruciales en el mantenimiento de dificultades para interactuar ante situaciones sociales. Elementos que Botella et al., (2003) consideran deben tomarse en cuenta durante la evaluación de la FS así como en la terapia o creación de programas de intervención con el fin de lograr mejores resultados.

Tratamiento

En años recientes han surgido técnicas para abordar a la FS, éstas se han compuesto principalmente por el enfoque cognitivo conductual, aplicando terapias con la finalidad de que el paciente sea el propio agente de cambio y lograr promover formas de afrontar las situaciones que generan FS (Camilli & Rodríguez, 2008). Como mencionan Craske y Stein (2016) la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que presenta mayor aporte empírico sobre el tratamiento de FS la cual es corta en comparación con otras terapias, su duración va de 10 a 20 semanas y se ha demostrado tener efectos significativos en el tratamiento de este padecimiento.

Específicamente han surgido tres tipos de procedimientos bajo el enfoque cognitivo conductual: Exposición, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales (EHS), que en ocasiones son acompañadas de farmacoterapia, siendo la exposición la que ha arrojado mejores resultados (Caballo y Mateos, 2000).

Exposición

El objetivo de la exposición es que el paciente entre en contacto directo con las situaciones temidas que suele evadir, permaneciendo en los escenarios que le producen ansiedad hasta que disminuya, estas exposiciones contribuyen a superarla (Bados, 2001). Un aspecto importante a considerar es que las sesiones de exposición son difíciles de programar y las actividades (saludar, llamar por teléfono, conversaciones, etc.) duran muy poco.

Reestructuración cognitiva

Esta consiste en apoyar y dirigir al paciente en la identificación de sus pensamientos negativos o irracionales como algunos teóricos los llaman, estos pensamientos se tratan de identificar antes y después de la situación que regularmente provoca FS (Camilli & Rodríguez, 2008).

El terapeuta ayuda a que el paciente sea consciente de sus pensamientos y creencias disfuncionales y los discuta de una manera activa hasta lograr un control y desecharlas, y de esa forma reducir los niveles de FS. Ellis y Abrahms (2005)

mencionan que los terapeutas afrontan y discuten las creencias creadoras de problemas mentales en terrenos lógicos y empíricos.

Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS)-que será mencionado brevemente ya que en el próximo capítulo se explica más detalladamente- ha tenido un auge en los últimos años, Bados (2001) menciona que el EHS puede ser un elemento adicional clave en la exposición si el paciente carece de éstas; El tratamiento en habilidades sociales ha resultado ser eficaz, con resultados similares a la terapia de exposición.

Antona (2009) refiere que estas intervenciones pueden trabajarse de distintas maneras y emplearse de forma individual o si es el caso de manera grupal, con farmacoterapia y si el paciente lo requiere, asistidas por un terapeuta.

Debido a la efectividad de estas técnicas ha surgido un programa que engloba estas técnicas para el tratamiento de la FS. El programa de intervención para adolescentes con fobia social (IAFS) fue desarrollado por Olivares et al (2005), este programa pretende ser una herramienta que permita investigar condiciones eficaces y aplicarlas en intervenciones efectivas en adolescentes y adultos con FS.

Este programa está diseñado para aplicarse en ambientes educativos, con una fundamentación teórica en la psicología conductual comunitaria, el protocolo se aplica a lo largo de 12 sesiones de 90 minutos de duración pero se permite un incremento en el tiempo de 120 minutos.

Este programa está compuesto por las técnicas que he mencionado anteriormente se ha utilizado en muestras mexicanas como la investigación llevada a cabo por Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (2009) con una muestra relativamente pequeña (17 niños) con un rango de edad de entre los 7 y 12 años con FS, estos fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales, la primera: a) niños que recibieron el protocolo de intervención IAFS, b) niños que recibieron el protocolo IFAS pero con una variable extra que fue dar información sobre FS a sus padres, y c) niños en lista de espera sin recibir algún tipo de tratamiento, estos niños

recibieron 2 evaluaciones, la primera (pretest) en donde se midieron los síntomas de FS reportado por los padres, y la segunda medición (postest) 3 meses después de recibir el tratamiento. Los resultados arrojaron que los dos grupos expuestos mostraron mejoría ($p=0.012$ para el grupo que se le dio información a los padres y $p=0.015$ para el grupo que no recibió información) pero, no así el grupo que no recibió algún tratamiento, entre los dos grupos que recibieron tratamientos no hubo diferencias significativas reportando ($p=0.105$ para el primer grupo y $p=0.356$ para el segundo) por lo que dar información a los padres sobre la FS no tuvo alguna relevancia.

Una investigación similar es la de García-López, Luis-Joaquín, Ruiz, Olivares, Piqueras, Rosa, y Bermero (2006) que tuvo como propósito presentar los resultados de un estudio piloto que evaluaba la efectividad del IAFS en adultos jóvenes que presentaban FS. La muestra estudiada se conformó de 12 estudiantes en su mayoría mujeres (83%) con una media de 20 años todos ellos cursaban en los primeros años de la carrera y presentaban comorbilidad con otros padecimientos.

Los participantes fueron asignados al azar a dos grupos conformados por 6 participantes cada uno, se les realizaron dos evaluaciones (pretest y postest). Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los grupos y las variables sociodemográficas con una significancia mayor al 0,05, pero si las hubo en el postest junto con una potencia estadística alta (SPAI-FS pretest 115.50, postest 57.10, $t=9.88$, potencia del 99%) lo que indica una reducción en los niveles de FS después de recibir el tratamiento.

Estas investigaciones han demostrado la eficacia de un programa integrado por las técnicas ya mencionadas, la crítica que puede hacerse a dichos estudios es que sus muestras no son representativas por lo que convendría realizarlo en ambientes educativos con muestras que si lo sean, integrando nuevas variables e identificando las que son efectivas, y de esa forma contar en un futuro no muy lejano con un mayor repertorio de técnicas para el tratamiento de la FS.

Farmacoterapia

Por ultimo entre los tratamientos para la FS se encuentra la farmacoterapia, este tratamiento es utilizado en casos con niveles considerables de FS, Schlatter (2010) menciona que inicialmente se debe valorar la necesidad de una medicación sobre todo en casos graves y en aquellos en los que exista también un cuadro depresivo.

Sadock, B y Sadock, V (2007) enumeran los tipos de fármacos más utilizados, y son los siguientes:

1. Benzodiazepinas: Estos medicamentos normalmente actúan de manera eficaz ayudando a hacer frente a la fobia social y específica.
2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): A este grupo de medicamentos pertenecen el citalopram, paroxetima, sertralina, y venlafaxina actúan con eficacia pero tienen efectos secundarios como náuseas, cefaleas, y disfunción sexual por lo que son fármacos que se tienen que administrar con responsabilidad en niños y jóvenes.
3. Tricíclicos: Estos fármacos reducen la intensidad de todos los problemas de ansiedad, al igual que en los obsesivos- compulsivos, debido a su efecto secundario (muerte por sobredosis) es altamente no recomendable.

CAPÍTULO 2

HABILIDADES SOCIALES

Conceptualización

Establecer una definición de Habilidades Sociales (HS) es una tarea complicada ya que a partir de la década de los 70 existe un debate acerca de instaurar una definición de las HS y qué conductas se deben considerar HS, debido a que éstas están permeadas por la cultura y cambiarán de acuerdo al país en el que unos se encuentre. Es a mediados de los 70 cuando el estudio y evaluación de las HS comienza a cobrar fuerza y convertirse en un asunto de debate a nivel mundial entre los estudiosos del tema (Caballo, Salazar, Iruña, Olivares & Olivares, (2014).

Las habilidades sociales se definen como: *“Un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de los futuros problemas...”* (Caballo, 1987, P.855).

Antona (2009) enumera las situaciones sociales más comunes en las que se emplean estas HS:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Iniciar y mantener conversaciones | 7. Aceptar cumplidos |
| 2. Hablar en público | 8. Expresar opiniones personales |
| 3. Expresar amor agrado y afecto | 9. Expresar enojo, molestia, desagrado |
| 4. Defender los propios derechos | 10. Disculparse |
| 5. Pedir favores | 11. Afrontar críticas |
| 6. Rechazar peticiones | 12. Hacer cumplidos |

Componentes

Las HS se conforman de componentes conductuales que son objetivamente medibles y a su vez se desglosan en más elementos. Caballo (1993) ha revisado y encontrado en diversas investigaciones los componentes moleculares y conductuales que se presentan con mayor frecuencia en las situaciones sociales, que a continuación se han agrupados (Tabla 1).

TABLA 1 *Componentes moleculares y conductuales de las HS.*

Componentes no verbales	Mirada	
	Latencia de la respuesta	
	Sonrisas	
	Gestos	
	Expresión Facial	
	Postura	
	Cambios de Postura	
	Distancia	
	Expresión corporal	
	Automanipulaciones	
	Afirmaciones con la cabeza	
	Orientaciones	
	Movimientos de las piernas	
	Movimientos nerviosos de las manos	
Componentes paralingüísticos	Voz	Volumen, tono, claridad ,velocidad ,timbre, inflexión
	Tiempo del habla	Duración de la respuesta, Numero de palabras dichas
	Perturbaciones del habla	Pausas, silencios en la conversación, numero de muletillas, vacilaciones
Componentes verbales	Peticiones de nueva conducta	Peticiones para compartir la actividad
	Contenido de halagos	Expresiones en primera persona
	Preguntas	Claridad
	Contenido de aprecio	Ofrecimiento de alternativas
	Autorrevelación	Generalidad
	Contenido de rechazo	Razones, explicaciones
	Humor	Expresiones en primera persona
	Variedad de los temas	Iniciar la conversación
	Contenido de enfrentamiento	Retroalimentación
	Formalidad	Contenido de acuerdo

Continuación

Componentes mixtos más generales	Afecto
	Conducta positiva espontanea
	Escoger el momento apropiado
	Tomar la palabra
	Ceder la palabra
	Conversación en general
	Saber escuchar

*Adaptada de Caballo (1993)

Desarrollo de las habilidades sociales

El desarrollo de las HS está sujeto a diferentes procesos, estos permiten aprenderlas y consolidarlas, de lo contrario se genera una deficiencia en las competencias sociales, Antona (2009) explica los siguientes procesos:

Modelado

Por medio del aprendizaje observado percibimos el comportamiento de personas que son significativas para nosotros y adquirimos su forma de comportarse. Estas personas pueden ser los padres, hermanos, amigos, profesores, etc.

Instrucción directa

La conducta se modifica en periodos determinados en función de instrucciones que personas de nuestro entorno nos indiquen.

Ensayo conductual

Se refiere a poner en práctica las conductas aprendidas e instrucciones, este proceso constituye un punto importante para adquirir HS.

Retroalimentación del medio

Significa que el entorno puede castigar o reforzar las conductas de la persona y de esta manera la probabilidad de realizar dicha conducta incrementa o disminuye.

Estos procesos comienzan desde una edad muy temprana, el inicio de la etapa preescolar-en donde está implícito el tener que interactuar con compañeros y profesores-, la familia, amigos, etc. De acuerdo con Imach, Chein, Lancuza, Caballero y Martinenghi (2011) las relaciones entre pares durante la infancia y la adolescencia e incluso la adultez favorecen significativamente al desarrollo de relaciones sociales e interpersonales adecuadas; estas suministran oportunidades únicas para el aprendizaje de las HS que no pueden adquirirse de otra manera, e influyen en el logro de una personalidad sana. Sin embargo no todas las personas desarrollan HS lo que les ocasiona problemas en sus relaciones y lo que es posible la aparición de enfermedades de salud mental como la fobia social. López (2008) expone que el déficit de HS está sujeto a factores como género, cultura, familia, dimensiones que influyen fuertemente en el desarrollo.

Como vemos, desarrollar HS es sumamente importante, no solo para tener relaciones sociales sanas sino que además ayuda a prevenir problemas de salud mental, desde este punto de vista, las HS sociales pueden verse tanto como un área de trabajo preventivo como terapéutico (Olivares,2005).

Modelo de las Habilidades Sociales

Existen pocos si no es que nulos intentos por establecer un modelo que explique la adquisición y desarrollo de las HS, uno de estos modelos es el de McFall (1982) citado en Caballo (1993), este modelo explica que la respuesta socialmente habilidosa es el resultado de una serie de conductas aprendidas seguida de una evolución de las posibles respuestas las cuales se dividen en tres estadios:

1. Habilidades de descodificación: se refiere a la interpretación de los rasgos de las situaciones de un marco de conocimiento existente.

2. Habilidades de decisión este tiene como estímulo entrante una interpretación situacional y se devuelve como estímulo saliente una posible respuesta que el sujeto considera es la más adecuada al contexto.
3. Habilidades de codificación: Implica la ejecución de la conducta seleccionada

Caballo (1993) explica (tabla 2) el modelo de McFall (1982) adaptándolo a las necesidades de evaluación y tratamiento:

Tabla 2 Modelo de Mc Fall (1982) adaptado a las necesidades de evaluación y tratamiento

Estadios	Evaluación	Entrenamiento
<p>Habilidades de decodificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción • Percepción • Interpretación 	<p>¿Quién está en la escena? ¿Dónde tiene lugar la situación? ¿Qué dijeron los demás en la escena? ¿Quién quiere qué de quién? ¿Qué emociones se expresaron?</p>	<p>Entrenamiento en percepción social Modificación de actitudes Técnicas de reestructuración cognitiva</p>
<p>Habilidades de decisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de respuesta • Comprobación de la respuesta • Selección de la respuesta • Búsqueda en el repertorio • Evaluación de su utilidad 	<p>Definir derechos, responsabilidades y objetivos a corto y largo plazo</p> <p>Generar alternativas de respuesta Anticipar y evaluar las consecuencias a corto y largo plazo</p> <p>Escoger una respuesta</p>	<p>Entrenamiento en habilidades de solución de problemas</p> <p>Entrenamiento en auto instrucciones</p>
<p>Habilidades de decodificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución • Autobservación 	<p>Contenido verbal Componentes no verbales Contexto y ocasión Reciprocidad</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales</p> <p>Exposición</p> <p>Técnicas de auto control</p>

El modelo de Mc Fall (1982) de acuerdo con Caballo (1993) resalta el papel de variables ambientales y su aprendizaje conductual y cognitivo, por lo que algunas HS pueden ser aprendidas o no, esto dependerá del contexto en el que se desarrolle cada individuo.

Integración en el ámbito académico

En pleno siglo XXI los problemas de adaptación social son muy frecuentes en la población. Caballo, Del Prette, y Carrillo (2010) mencionan la importancia que suele dar la sociedad a las relaciones sociales y su falta de aprendizaje de habilidades lo que tiende a generar problemas en el funcionamiento habilidoso e interacción social de muchas personas, ocasionando relaciones pobres y conflictivas que en su mayoría generan ansiedad. Estos mismos autores señalan que las HS son un elemento básico en el desarrollo y mantenimiento de las relaciones interpersonales y que, éstas pueden trabajarse adecuadamente en el ámbito académico.

Las HS se pueden desarrollarse efectivamente en etapas tempranas como lo es el preescolar y etapas avanzadas como lo es la educación media superior y universitaria. El periodo de infancia y adolescencia es un momento clave para la adquisición y puesta en práctica de las HS, por lo que es importante identificar qué habilidades sociales juegan un papel importante en cada una de estas etapas (Lacunza & Contini de Gonzáles, 2011).

Villa (2008) midió el nivel de desempeño de las HS y la frecuencia de pensamientos inadecuados que generan fobia social en una muestra de 330 estudiantes universitarios, compuesta por 53 hombres y 227 mujeres con rango de edad de 17 a 39 años con una edad promedio de 23 años. En este estudio se encontró que el 80% de la población no tiene buen desempeño en las HS y un 10% tiene una alta frecuencia de pensamientos irracionales acerca las situaciones sociales.

Estudios como estos evidencian la necesidad de la implementación de programas que potencien las HS y que ayudarían a prevenir la aparición de problemas de salud mental como la fobia social. De acuerdo con López (2008), el entrenamiento en HS se llevaría de forma teórica y práctica, teórica para proporcionar de elementos

básicos de las HS y práctica llevando acabo ejercicios en el ambiente académico con el objetivo de extrapolarse a la vida cotidiana.

Las habilidades sociales como tratamiento para la Fobia social

Un fenómeno que se ha trabajado en los últimos años es la relación existente entre las HS y la FS, asociación que se ha planteado teóricamente pero en pocas ocasiones se ha demostrado a nivel empírico, investigaciones como la de Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares (2014) que pretendían hallar la posible relación entre las HS y la FS en una muestra de estudiantes universitarios (n=537) con una media de 22 años de los cuales 407 eran mujeres y 130 hombres, los resultados indicaron correlaciones inversas significativas lo que quiere decir que a menor HS mayor FS e inversamente con mayor HS menor FS. La FS no necesariamente se origina de forma directa por un déficit de HS pero de acuerdo con Antona (2009) las personas con FS muestran una clara carencia de éstas.

El déficit de HS es considerado como un problema en el funcionamiento y adaptación del individuo, porque esto genera graves implicaciones en las interacciones sociales, este se considera como un indicador para desarrollar FS ya que normalmente estas dificultades son consecuencia de este problema patológico (Stravyski, Kyparrissis & Amado, 2014).

Con base en ello, el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se ha empleado como un proceso mediante el cual se enseña a mejorar la calidad de las relaciones sociales con el objetivo de superar dicho déficit (Antony & Swinson, 2014). El EHS ha resultado ser un tratamiento eficaz con resultados similares a la técnica de exposición, esta intervención se compone de instrucciones, modelado, ensayos de conducta, retroalimentación, así como tareas complementarias para realizar en casa, estas habilidades se practican en diferentes escenarios y diversos contextos como son el hacer peticiones, expresar opiniones, formular y recibir críticas e iniciar y mantener conversaciones entre muchas otras (Irizar & Odriozola, 2011).

A partir de esto se han diseñado programas de EHS con la finalidad de disminuir los niveles de FS en estudiantes universitarios, tal es el caso de estudio llevado

acabo por Wagner, Pereira y Oliveira (2014) que evaluaron la eficacia del entrenamiento para la disminución de la FS. En este estudio participaron 32 estudiantes universitarios españoles con niveles altos de fobia social que previamente respondieron el cuestionario de ansiedad social para adultos CASO-A30 (pre-test) , este programa duró 10 sesiones en las cuales se revisaron temas con respecto al manejo de ansiedad, asertividad, técnicas de relajación, manejo de relaciones interpersonales, hablar en público y la expresión de sentimientos, los resultados de la segunda medición (pos-test) muestran una diferencia significativa con respecto a la primera en las cinco dimensiones del CASO-A30 demostrando la eficacia del entrenamiento.

En un segundo estudio Villa (2009) diseñó y piloteó un programa de EHS para estudiantes universitarios, en este programa se utilizó reestructuración cognoscitiva, conductual y manejo de respuestas fisiológicas. En el estudio participaron 14 mujeres y 2 hombres los cuales respondieron a la Escala Multidimensional de la Expresión Social (Caballo, 1987). El programa se compuso de 8 sesiones en las cuales se aplicó los cuestionarios EMES-M y EMES- C (pres-test) al inicio del programa y al finalizar(pos-test),los temas se centraron en la psicoeducación con respecto a la asertividad y estilos de comunicación, moldeamiento, habilidades de conversación, expresión de sentimientos, y hablar en público. Los resultados de la segunda evaluación muestran una diferencia de medias significativa en las puntuaciones del pre y pos test, lo que indica una disminución en los niveles de FS de los participantes, lo que verifica la efectividad del programa de EHS.

Estas investigaciones respaldan la importancia de implementar un programa de EHS dentro de las instituciones educativas de nivel superior en el país, ya que como menciona Olivares (2005) la FS es uno de los problemas de salud mental más frecuentes durante la adolescencia y parte de la adultez, este problema puede ser un antecedente del mal desempeño académico.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

La posibilidad de ser juzgado por otras personas durante una presentación en público o de exponerse a ser avergonzado, estar rodeado de personas desconocidas en reuniones y fiestas, hablar con personas de autoridad, son situaciones que suelen ocasionar ansiedad a tal grado que dificulte la realización de las actividades escolares diarias, como hacer trabajos en equipo, exponer en clase, expresar nuestros ideales, hablar con profesores, etc. Estos miedos son parte de un tipo de ansiedad llamado Fobia social que consiste en un miedo persistente y relacionado con situaciones sociales en las que surge el temor a ser avergonzadas. Una persona con Fobia social padece de preocupaciones constantes y percibe que las personas persistentemente la evalúan como rara, débil o tonta cuando se encuentra en una situación social temida. Generalmente los sujetos con Fobia social presentan dificultades en actividades tales como hablar en público, escribir, comer o beber en compañía de terceros, hablar por teléfono, conversar con la persona que le atrae, preocuparse constantemente durante días o semanas antes de un evento donde sabe que habrá muchas personas; de igual forma, tiene dificultad para hacer y conservar amistades. Los síntomas físicos que experimenta comúnmente una persona con fobia social son palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sonrojarse cuando están rodeados de otras personas e incluso tener náuseas y/o molestias gastrointestinales. A nivel cognitivo es muy frecuente la presencia de distorsiones cognitivas y de numerosas creencias irracionales relacionadas con la percepción de sí mismo en las situaciones sociales. Se potencian las emociones sociales negativas como la pena, la vergüenza y la culpa, con sentimientos de inadecuación o incapacidad para enfrentar el caso. Para una persona con ansiedad social, la angustia y sus síntomas se pueden disparar a niveles tan elevados en las situaciones sociales que no sólo

las hace sumamente difíciles de afrontar, sino pueden llegar al grado que se prefieren evitar, produciendo un estado momentáneo de bienestar aun cuando el miedo volverá a presentarse en el futuro, generalizándose a contextos similares o análogos en distintos entornos como puede ser en las relaciones laborales (un divorcio, cambio de trabajo o casa donde implique tener que conocer gente nueva, un ascenso que ponga a la persona a cargo de otras, etc.). El ámbito académico es un entorno social particular que presenta múltiples oportunidades de confrontación con estas situaciones: presentar una investigación frente a la clase, participar en un debate en clase, exponer en un congreso, presentar un examen, hablar con profesores, delegar responsabilidades, hacer oír su opinión, integrarse a equipos de trabajo, conocer nuevos compañeros cada curso, etc., situaciones todas ellas que constituyen potencialmente elementos de evaluación y eventualmente afectar el desempeño académico. Las Investigaciones reportan que el síntoma más común de la fobia social es la evitación de las situaciones que generan ansiedad aunque los sujetos con fobia en ocasiones no tendrán más remedio que soportarlas con una notable ansiedad (Caballo, Verania & Bas, 2007). Generar conductas de evitación limita la oportunidad de un desarrollo personal y perjudica la calidad de vida de la persona en situaciones sociales. Los Estudios revelan que la mayoría de los casos de ansiedad social inician entre los 14 y 16 años con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, un periodo crítico para el inicio de este padecimiento, por lo que es importante diseñar programas de tratamiento que impliquen la detección e intervención temprana en la población infantil y adolescente, ya que el hecho de no tratar tempranamente a la fobia social puede ocasionar ataques de pánico o requerir de medicación (Olivares, Caballo, García-López, Rosa, & López-Gollonet, 2003). Considerando el tiempo que los jóvenes pasan en la escuela y las oportunidades de intercambio social que en ella se presentan, resulta un momento y lugar oportuno tanto para su detección oportuna como para su intervención.

Dentro de los tratamientos con mayor efectividad para la fobia social que tienen como objetivo reducir los altos niveles de ansiedad y mejorar el funcionamiento de

las relaciones personales se encuentra el realizado por Vallés Antonio y Vallés Consol, (2011).

Estos autores mencionan que es indispensable contar con una medida de autoinforme de este constructo, que si bien se ha construido y validado el CHASO Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España (2017) en población española es indispensable validar este instrumento para población mexicana y que cuente con propiedades psicométricas adecuadas, es por ello que abarcar objetivos como identificar la relación de la fobia social y las habilidades sociales, el detectar diferencias en hombres y mujeres y validar el cuestionario de habilidades sociales (CHASO) para población mexicana obedecen al propósito de esta investigación el cual es identificar qué habilidades sociales están presentes en la población académica y son necesarias habilitar, no solo para prevenir el desarrollo de la fobia social en estudiantes sino que además permitan diseñar un programa de intervención propio para la población estudiada que cuente con evidencia sólida, confiable y apoyen al desarrollo del estudiante en ámbitos como personal, académico y profesional.

La presente investigación se estructura de la siguiente manera:

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del cuestionario de habilidades sociales (CHASO) en una población mexicana?

¿Cómo se relaciona la Fobia Social con las Habilidades Sociales en adultos jóvenes?

Objetivo general

Obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Habilidades Sociales (CHASO).

Identificar la relación entre Fobia social y las Habilidades Sociales en adultos jóvenes

Objetivo (s) específico (s)

Obtener la consistencia interna de la escala a través del alfa de Cronbach

Identificar la distribución factorial de la escala de habilidades sociales (CHASO)

Identificar la relación de los factores de fobia social y los factores de habilidades sociales

Identificar las diferencias de los factores de fobia social y los factores de habilidades sociales en hombres y mujeres

Hipótesis

Ho: El instrumento mostrará una solución factorial similar a la versión validada en España

Ha: El instrumento mostrará una solución factorial distinta a la versión validada en España.

Ho: El cuestionario de habilidades sociales (CHASO) no cuenta con una confiabilidad y una consistencia interna adecuadas

Ha: El cuestionario de habilidades sociales (CHASO) obtendrá niveles de confiabilidad y consistencia interna adecuados

Ho: No hay relación negativa entre los factores de fobia social y los factores de habilidades sociales

Ha: Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre los factores de fobia social y los factores de habilidades sociales

Ho: No hay diferencia entre los factores de fobia social y los factores de habilidades sociales en hombres y mujeres

Ha: Si hay diferencia entre los factores de fobia social y los factores de habilidades sociales en hombres y mujeres

Variables intervinientes

Definición conceptual

Fobia social: La fobia social se define como un temor constante y persistente en una o más situaciones en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida y a la posible evaluación por parte de los demás, temiendo actuar de manera humillante o embarazosa (Caballo, 2007).

Definición operacional

Fobia social: Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de ansiedad social para adultos CASO-A30 Caballo et al., (2010) de manera global y en cada una de sus subescalas.

Definición conceptual

Habilidades sociales: La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de los futuros problemas (Caballo, 1986).

Definición operacional

Habilidades sociales: Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Habilidades Sociales (CHASO), de manera global y en cada una de sus subescalas.

Tipo de estudio

Transversal

Tipo de diseño

Correlacional de dos muestras independientes

Participantes

Participó una muestra intencional y voluntaria de 1047 adultos jóvenes estudiantes de pregrado que cursaban la licenciatura en psicología de la FES Zaragoza, UNAM. 33.5% de los participantes eran hombres y 66.5 % mujeres, una edad media 18.74 (DE= 1.812) en un rango de 16 a 37 años; de los cuales 95.2 % cursan el primer año de la licenciatura.

En la tabla 3 se muestra de la proporción de promedios por edad en los dos turnos en los estudiantes de licenciatura.

Tabla 3

Proporción de hombres y mujeres de licenciatura

	Hombres				Mujeres			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	%	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	%
Edad	351	19.07	2.17	35.5	696	18.57	1.57	66.5
Turno matutino	204	18.82	1.73	57.8	399	18.53	1.32	57.7
Turno vespertino	147	19.41	2.65	41.9	297	18.60	1.85	42.3

Instrumentos

Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO- A30) (Caballo et al., 2010)

Este instrumento de evaluación de la ansiedad social consta de 30 ítems que se puntúan en una escala Likert de cinco puntos, desde 1= “Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo” hasta 5= “Mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo”. El CASO-A30 evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario.

Cuestionario de Habilidades sociales (CHASO) (Caballo, Salazar y Irurtia, 2015)

Este instrumento de evaluación de las habilidades sociales consta de 76 ítems que se puntúan en una escala Likert de cinco puntos desde 1= “Muy poco característico de mí” hasta 5 =“Muy característico de mí”. Su calificación es de forma directa, es decir a mayor puntaje mayores habilidades sociales.

Procedimiento

Se aplicaron los cuestionarios CASO-A30 y CHASO en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la ciudad de México a los alumnos estudiantes de la licenciatura en psicología que se encontraban cursando el primer año de la carrera, antes de la aplicación se informó que los datos proporcionados eran carácter estrictamente confidencial y con fines de investigación, se explicaron las instrucciones sobre el llenado de los instrumentos y se informó que se aclararían dudas durante la aplicación si es que tenían alguna, posteriormente se les entregó dos cuadernillos el primero con las instrucciones de llenado y los instrumentos y el segundo con las hojas de respuesta.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Para el análisis se realizó análisis factorial exploratorio, posteriormente el análisis descriptivo e inferencial en el cual se efectuaron correlaciones utilizando el estadístico *r de Pearson* para determinar la relación entre las dos variables (fobia social y habilidades sociales) y *t de Student* para dos muestras independientes con el fin conocer la diferencia de medias entre hombres y mujeres, por ultimo para rectificar que las diferencias de medias no se debía al tamaño de las muestras se empleó el estadístico D de Cohen.

Análisis Factorial Exploratorio

Como primer paso de este estudio se obtuvieron las propiedades psicométricas del CHASO para población mexicana. Se llevó a cabo una distribución de frecuencias para obtener el sesgo y la distribución de los reactivos en las diferentes opciones. También una prueba *t de Student* para grupos extremos con la finalidad de identificar la discriminación de los reactivos. Posteriormente se obtuvo la correlación ítem total de la escala.

Resultado de estos análisis se mantuvieron todos los reactivos, con los cuales se adquirió la medida de adecuación de la muestra mediante el índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) el cual arrojó un valor de .944; en la prueba de esfericidad de Bartlett el resultado de la *ji cuadrada* fue de 23423.25 a un nivel de significancia de .000, lo cual indica que la escala es factorizable.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal. Solo se mantuvieron los reactivos con cargas factoriales iguales o mayores a .40 y además de que no deberían tener un peso factorial en más de un factor (Tabla 4). Con este análisis se eliminaron los ítems 1, 6, 7, 9, 14, 15, 22, 24, 28, 34, 38, 40, 41, 42, 49, 50, 52, 54, y 62 quedando conformada la escala por 9 factores a diferencia de la primera versión que se compone de 12, la varianza explicada de las 9 dimensiones es de 56.97%.con un alfa de 0.94.

Tabla 4 *Pesos Factoriales de la Escala de Habilidades Sociales CHASO*

Ítem	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	0.861								
10	0.837								
29	0.817								
18	0.796								
35	0.715								
5	0.661								
47	0.458								
43		0.725							
57		0.706							
46		0.704							
21		0.659							
30		0.648							
63		0.594							
3		0.593							
65		0.553							
45		0.444							
13			0.728						
27			0.671						
64			0.657						
39			0.604						
32			0.598						
73			0.593						
37			0.58						
69			0.471						
12				0.687					
20				0.677					
11				0.657					
31				0.614					

Continuación

Ítem	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51				0.612					
4				0.578					
56				0.558					
53				0.538					
36					0.747				
55					0.739				
58					0.703				
60					0.678				
48					0.652				
72					0.593				
66					0.529				
16						0.784			
2						0.776			
74						0.705			
33						0.702			
76						0.532			
25						0.469			
67							0.783		
70							0.731		
61							0.675		
8							0.517		
17							0.432		
19								0.717	
26								0.716	
6								0.584	
71								0.571	
68									0.659
75									0.623
59									0.596

Continuación

Ítem	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19								0.717	
26								0.716	
6								0.584	
71								0.571	
68									0.659
75									0.623
59									0.596

Nota: Factor 1. Interactuar con personas que me atraen. Factor 2. Hablar en público/ interactuar con superiores. Factor 3. Interactuar con desconocidos. Factor 4. Expresar molestia, enfado o desagrado. Factor 5. Expresar sentimientos positivos. Factor 6. Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios. Factor 7. Rechazar peticiones. Factor 8. Quedar en evidencia. Factor 9. Pedir aclaraciones.

En la Tabla cinco se presentan los factores, con sus definiciones, ítems y alfas de Cronbach.

Tabla 5
Factores que conforman la escala CHASO y su confiabilidad

Factores	Definición de Factores	Reactivos	Alfa de Cronbach
Interactuar con personas que me atraen	Invitarla a salir, decirle chistes, iniciar una conversación, sacarla a bailar, tomar la iniciativa de contacto físico, etc.	23,10,29,18,35,5,47	0.91
Hablar en público/ interactuar con superiores	Situaciones sociales como hacer preguntas en clase, leer en voz alta, exponer en clase, cantar, bailar en fiestas, preguntar dudas a superiores, recibir retroalimentación de un jefe.	43,57,46,21,30,63,3,6 5 ,45	0.89
Interactuar con desconocidos	Saludar, tener citas, hacer nuevas amistades y mantener conversaciones con desconocidos	13,27,64,39,32,73,37, 69	0.85
Expresar molestia, enfado o desagrado	Pedir que bajen la voz cuando me molesta, que me regresen algo que preste, que no se metan en la fila, etc.	12,20,11,31,51,4,56,5 3	0.83
Expresar sentimientos positivos	Expresar cariño, alegría o amor a alguien de la familia, amigos, pareja, etc.	36,55,58,60,48,72,66	0.85

Continuación

Factores	Definición de Factores	Reactivos	Alfa de Cron Bach
Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios	Pedir disculpas cuando mi comportamiento molesta a otras personas, cuando me equivoco, cuando afecto los sentimientos de otras personas, reconocer nuestra ignorancia sobre algún tema y discutir abiertamente con personas que nos hacen críticas	16,2,74,33,76.25	0.81
Rechazar peticiones	Mantener la negativa en situaciones que molestan o no se quiere participar, no prestar algo que se nos pide.	67,70,61,8,17	0.74
Quedar en evidencia	Se refiere a comer, beber, escribir, firmar o trabajar delante de otros, asistir a clases de gimnasia o danza, usar lavabos públicos y entrar a un lugar donde haya mucha gente como aulas o transportes públicos.	19,26,6,71	0.70
Pedir aclaraciones	Mantener la conversación con personas que no comparten la misma opinión, pedir explicaciones sobre algún tema, etc.	68,75,59	0.62

Por último se llevó a cabo la correlación de Pearson entre los 9 factores del CHASO (Tabla 6). Como las expectativas teóricas predicen correlacionan de manera más fuerte el segundo factor con el tercero, es decir, los factores hablar en público/ interactuar con superiores e Interactuar con desconocidos, también para el segundo factor con el cuatro (expresar molestia, enfado o desagrado), lo mismo para el factor Interactuar con personas que me atraen con el factor Interactuar con desconocidos; de igual manera, la correlación con los demás factores es directa.

Tabla 6
Correlación entre los Factores del CHASO

Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1	.477**	.549**	.397**	.340**	.198**	.245**	.337**	.355**
2		1	.622**	.584**	.414**	.306**	.450**	.448**	.406**
3			1	.429**	.407**	.257**	.294**	.357**	.413**
4				1	.344**	.257**	.514**	.306**	.437**
5					1	.513**	.291**	.288**	.258**
6						1	.256**	.438**	.205**
7							1	.339**	.281**
8								1	.242**
9									1

** $p < 0.01$

Nota: Factor 1. Interactuar con personas que me atraen. Factor 2. Hablar en público/ interactuar con superiores. Factor 3. Interactuar con desconocidos. Factor 4. Expresar molestia, enfado o desagrado. Factor 5. Expresar sentimientos positivos. Factor 6. Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios. Factor 7. Rechazar peticiones. Factor 8. Quedar en evidencia. Factor 9. Pedir aclaraciones.

Relación entre las dimensiones del cuestionario de habilidades sociales CHASO y CASO-A30

Se realizó la prueba de r de Pearson para identificar las relaciones entre las dimensiones del cuestionario de Ansiedad Social CASO A-30 y el cuestionario de Habilidades Sociales CHASO (Tabla7). Los resultados obtenidos demuestran que existe una relación negativa entre todas las dimensiones. Siendo la relación más fuerte, de acuerdo con la literatura el factor 2. Hablar en público/ interactuar con superiores con el Factor 1. Hablar en público/ interacción con personas de autoridad, seguido de la relación entre el Factor 3. Interactuar con desconocidos y el Factor 2. Interacción con desconocidos, otra relación fuerte es la de los factores 1. Interactuar con personas que me atraen y 3. Interacción con el sexo opuesto.

Tabla 7

Correlación entre los factores de la escala de ansiedad social y los factores de la escala de habilidades sociales.

Factores CHASO	Hablar en público/ interacción con personas de autoridad	Interacción con desconocidos	Interacción con el sexo opuesto	Expresión asertiva, enfado, molestia y desagrado	Quedar en evidencia o en ridículo
1	-.374**	-.361**	-.516**	-.259**	-.193**
2	-.626**	-.438**	-.351**	-.319**	-.253**
3	-.441**	-.534**	-.362**	-.274**	-.227**
4	-.332**	-.272**	-.223**	-.260**	-.090**
5	-.149**	-.256**	-.153**	-.133**	-.064
6	-.097**	-.138**	-.093**	-.082*	-.094**
7	-.251**	-.247**	-.162**	-.297**	-.145**
8	-.331**	-.299**	-.306**	-.285**	-.421**
9	-.212**	-.150**	-.194**	-.151**	-.110**

** $n < 0.01$

Nota: Factor 1. Interactuar con personas que me atraen. Factor 2. Hablar en público/ interactuar con superiores. Factor 3. Interactuar con desconocidos. Factor 4. Expresar molestia, enfado o desagrado. Factor 5. Expresar sentimientos positivos. Factor 6. Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios. Factor 7. Rechazar peticiones. Factor 8. Quedar en evidencia. Factor 9. Pedir aclaraciones.

Diferencias entre Hombre y Mujeres en Habilidades Sociales

Para hallar las diferencias entre hombres y mujeres en los factores del CHASO se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes (Tabla 8). Las diferencias encontradas son significativas para los factores Interactuar con personas que me atraen (puntuaciones altas en hombres); Hablar en público/interacción con superiores (puntuaciones altas en hombres); Interactuar con desconocidos (puntuaciones altas en hombres); Expresar sentimientos positivos (puntuaciones altas en mujeres); Quedar en evidencia (puntuaciones altas en hombres) y Pedir aclaraciones (puntuaciones altas en hombres). No hay diferencias entre sexos en los factores; 4 Expresar molestia, enfado o desagrado; 6 Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios y el factor 7 Rechazar peticiones.

Tabla 8

Resultados *t* de student en los factores del cuestionario de Habilidades Sociales CHASO

	T	gl	Sig	Hombres	Mujeres	95% IC	
				M (DE)	M (DE)	LI	LS
1.Interactuar con personas que me atraen	11.200	932	.000	3.03(1.01)	2.28(0.94)	[.62104.	88491]
2.Hablar en público/interacción con superiores	4.121	932	.000	3.53(0.75)	3.30(0.82)	[.12011	.33852]
3.Interactuar con desconocidos	2.359	931	.019	3.02(0.83)	2.88(0.82)	[.02281	.24849]
4.Expresar molestia, enfado o desagrado	1.542	940	.123	3.40(0.75)	3.32(0.78)	[-.02265	18868]
5.Expresar sentimientos positivos	-3.370	941	.001	3.76(0.82)	3.95(0.82)	[-.30449	.08037]
6.Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios	-.424	932	.672	4.01(0.72)	4.03(0.72)	[-.11754	.07580]
7.Rechazar peticiones	-.307	940	.759	3.74(0.79)	3.76(0.78)	[-.12391	.09036]
8.Quedar en evidencia	3.713	939	.000	3.56(0.72)	3.37(0.75)	[.09018	.29240]
9.Pedir aclaraciones	4.594	942	.000	2.74(0.91)	2.46(0.86)	[.16047	.39984]

** Las diferencias son significativas a un nivel de 0.05.

40

Nota: IC= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior

Diferencias entre Hombres y Mujeres en Fobia social

Para identificar las diferencias entre hombres y mujeres en los cinco factores de la escala CASO A-30 se empleó el estadístico *t* de Student para muestras independientes (Tabla 9). Se encontró que en los cinco factores de la escala existen diferencias significativas entre sexos. Factor 1. Hablar en público/ interacción con personas de autoridad (puntaje alto en mujeres); Factor 2. Interacción con desconocidos (puntaje alto en mujeres); Factor 3. Interacción con el sexo opuesto (puntaje alto en mujeres); Factor 4. Expresión asertiva, enfado, molestia y desagrado (puntaje alto en mujeres) y el; Factor 5 Quedar en evidencia o en ridículo (puntaje alto en mujeres).

Tabla 9

Resultados t de student en los factores de cuestionario CASO-A30

	t	gl	Sig	Hombres	Mujeres	95% IC	
				M (DE)	M (DE)	LI	LS
1.Hablar en público/ interacción con personas de autoridad	-5.269	936	.000	2.44(0.88)	2.78(0.96)	[-.47124 -.21548]	
2.Interacción con desconocidos	-1.984	938	.048	2.29(0.82)	2.40(0.87)	[-.23550 -.00125]	
3.Interacción con el sexo opuesto	-5.761	932	.000	2.72(3.12)	3.12(1.01)	[-.54009 -.26562]	
4.Expresión asertiva, enfado, molestia y desagrado	-3.035	935	.002	2.38(0.78)	2.54(0.76)	[-.26822 -.05757]	
5.Quedar en evidencia o en ridículo	-3.719	934	.000	2.64(0.77)	2.85(0.80)	[-.31419 -.09713]	

** Las diferencias son significativas a un nivel de 0.05.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los objetivos principales de la investigación fue obtener la validez de constructo de la Escala de Habilidades Sociales CHASO, que a partir de los análisis demostró tener una confiabilidad de 0.94, mientras que en un análisis detallado por subescalas se obtuvieron valores por arriba de .80 para las primeras seis dimensiones: 1. Interactuar con personas que me atraen. Factor 2. Hablar en público/ interactuar con superiores. Factor 3. Interactuar con desconocidos. Factor 4. Expresar molestia, enfado o desagrado. Factor 5. Expresar sentimientos positivos. Factor 6. Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios, pero no así en las últimas tres: Factor 7. Rechazar peticiones. Factor 8. Quedar en evidencia. Factor 9. Pedir aclaraciones. La varianza explicada es de 56.97%, aceptándose la hipótesis alterna que se refiere a que el cuestionario de habilidades sociales tienen una confiabilidad y consistencia interna adecuados.

A diferencia de la primera versión en la que se encontraron 11 factores, en esta investigación el análisis factorial arrojó nueve factores. Esto puede explicarse con base en los argumentos sobre la variabilidad de las dimensiones de Caballo et al. (2014) quienes plantean que no existe un consenso de cuáles y cuántas son las dimensiones que deberían conformar una escala de habilidades sociales, al igual que no hay una estructura factorial estable cuando se analiza el mismo instrumento ya que varía dependiendo de las medidas empleadas y el estudio. Por tanto, en este caso, se aceptó la hipótesis alterna que se refiere a: “El instrumento mostrará una solución factorial distinta a la versión validada en España”.

Una vez validado el instrumento con población universitaria mexicana, puede usarse con mayor seguridad para la presente investigación y para posteriores investigaciones que se lleven a cabo en universidades Mexicanas y específicamente en la zona metropolitana. Es importante considerar un posible sesgo y amenaza a la confiabilidad, ya que la muestra en su totalidad se conforma por estudiantes y es posible que solo se pueda replicar en este tipo de población.

Es importante considerar que la muestra utilizada (n=1,049) es perfectamente adecuada, Gregory (2012) señala que el tamaño de la muestra es crucial para tener un análisis factorial estable, por lo que una muestra compuesta por arriba 1000 personas es excelente.

Con estos resultados se cumple uno de los objetivos principales de la investigación que se refiere a obtener las propiedades psicométricas de la escala de habilidades sociales, así como los tres primeros objetivos secundarios lo cuales planteaban: Obtener la varianza explicada, obtener la consistencia interna e identificar la distribución factorial de la escala.

Correlación entre Fobia social y Habilidades Sociales

El segundo objetivo del proyecto fue identificar la relación entre fobia social y las habilidades sociales en adultos jóvenes. En este aspecto, el resultado de las correlaciones coinciden con los expuestos por Caballo, et al. (2014) y Bolsoni-Silva y Loureiro (2014), quienes demostraron la existencia de una correlación negativa entre la fobia social y las habilidades sociales, por tanto se aceptó la hipótesis alterna que se refiere a: "Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre los factores de fobia social y los factores de habilidades sociales". Lo cual implica que aquellos estudiantes con pocas habilidades sociales pueden presentar problemas en el funcionamiento y adaptación en las actividades académicas, lo que influye en la fobia social y viceversa. Es decir, a mayor desarrollo de habilidades sociales, menor probabilidad de presentar fobia social, y altos niveles de fobia social se asocian con déficit en las habilidades sociales. De acuerdo con Stravyski, Kyparrissis & Amado, (2014) las escasas habilidades sociales son un indicador fuerte para generar fobia social de estado o rasgo.

La situación en donde se genera mayores niveles de fobia social de acuerdo con Antony y Swinson (2014) es hablar en público, ya sea exponiendo en el salón de clases y/o participando en clases teóricas, también interactuando con personas con algún grado de autoridad, en este caso maestros o doctores de la facultad; esto es respaldado por los resultados obtenidos en la presente investigación ya que la correlación de mayor fuerza es entre el factor 2 de la Escala de Habilidades Sociales

y el factor 1 de la Escala de Ansiedad Social que evalúan la dimensión hablar en público e interacción con personas de autoridad. Lo que quiere decir que a mayor habilidades sociales para expresarse en estas situaciones menor fobia social y viceversa. Esto representa un problema para los estudiantes universitarios ya que una parte sustantiva de su formación tiene que ver con hablar en público, tanto en participaciones o exposiciones en clases, como en congresos estudiantiles, o eventos interinstitucionales. Las personas con fobia social evitan este tipo de actividades y cuando las hacen el malestar que esto les genera puede llegar a afectar su ejecución, de tal manera que la realizan de forma deficiente y dado que esta es una de las actividades primordiales en los universitarios, se convierte en un obstáculo para su desempeño y aprendizaje.

La segunda correlación significativa es entre los factores número 2 de la escala de habilidades sociales y ansiedad social que evalúan la interacción con desconocidos, esto puede predecir dificultad de adaptación tanto en las semanas iniciales de clase como a lo largo de la permanencia en la universidad. Las actividades académicas de los estudiantes universitarios implican trabajar y aprender en equipo, por lo que las habilidades sociales en general, y trabajar en equipo en particular son de suma importancia y a la larga pueden repercutir en la vida profesional, ya que en esta instancia se exige constantemente emplear estas habilidades.

Otra correlación significativa es entre los factores 1 de la escala de habilidades sociales y el factor 3 de la escala de ansiedad social que evalúan la dimensión Interacción con el sexo opuesto/ personas que me atraen. Estos datos coinciden con los expuestos en las investigaciones realizadas anteriormente por Antona (2009) y, Antony y Swinson (2014) en los cuales mencionan que en los adolescentes y adultos jóvenes los miedos comúnmente observados son el relacionarse con el sexo opuesto, concertar citas, acudir a las mismas, llamarles por teléfono e iniciar relaciones íntimas, eventos que generan altos niveles de fobia social.

Con lo que respecta a las correlaciones de los demás factores, los resultados demuestran que éstas son estadísticamente significativas de forma negativa, pero se muestran niveles bajos o moderados.

Las correlaciones más altas se encontraron en las dimensiones de hablar en público, interactuar con personas desconocidas y del sexo opuesto, esto puede deberse a la presencia de pensamientos irracionales relacionados con la autoevaluación y el temor a ser juzgado por parte de los demás, tal como lo postula la teoría de la autopresentación, Schlenker y Leary (1982), hecho que no se pudo asegurar, por lo que para futuras investigaciones se sugiere integrar instrumentos como la Escala Multidimensional de Expresión Social -Parte Cognitiva- (EMES-C) elaborada por Caballo (1987) y adaptada por Gutiérrez (2000), instrumento que podría proporcionar información muy importante para dilucidar este aspecto, como la investigación llevada a cabo por Villa (2008).

Con estos resultados se identificó la relación entre fobia social y las habilidades sociales en adultos jóvenes, encontrando una relación que coincide con lo que expone la literatura especializada ya que algunas estrategias como el programa de intervención para adolescentes con fobia social (IAFS) de Olivares et al (2005) y replicado por García-López, Luis-Joaquín, Ruiz, Olivares, Piqueras, Rosa, y Bernero (2006) y Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (2009) han integrado a las habilidades sociales como una técnica para paliar los niveles altos de fobia social con éxito.

Diferencias entre hombre y mujeres en Fobia Social y Habilidades sociales

En cuanto a los resultados de género las diferencias encontradas en los cinco factores del instrumento de ansiedad social CASO-A30 coinciden con los reportados en los estudios epidemiológicos llevado a cabo por Olivares et al (2003), Kohn, et al. (2005), y Benjet, et al (2009), en los que las mujeres presentan una mayor incidencia en fobia social que los hombres, lo que implica mayores dificultades de adaptación a situaciones como hablar en frente de la clase, exponer frente a un grupo numeroso de personas, interactuar con personas que desconocen, hablar con la persona que les atrae y el miedo a quedar en el ridículo frente a su compañeros o profesores.

Con respecto a los resultados de habilidades sociales, CHASO, se identificaron diferencias significativas en las dimensiones que se refieren a interactuar con

personas que me atraen, hablar en público/ interacción con superiores e interactuar con desconocidos en donde los hombres presentan un mayor puntaje que las mujeres, siendo éstos resultados similares a los que encontraron Caballo et al (2014). Otras diferencias significativas que se hallaron fue en los factores: Pedir aclaraciones y quedar en evidencia siendo también los hombres que cuentan con mayor puntaje, lo que demuestra que los hombres cuentan con mayores habilidades bajo estas situaciones, a diferencia de la dimensión expresar sentimientos positivos en donde las mujeres cuentan con mayores herramientas.

En cuanto a los factores: Expresar molestia, enfado o desagrado, Ofrecer disculpas, reconocer ignorancia y errores propios y rechazar peticiones no se encontraron diferencias significativas.

Las correlaciones encontradas son significativas con una direccionalidad negativa que por ende, de acuerdo con estos resultados, indican que las mujeres tienen más ansiedad y menores habilidades, sobre todo para hablar en público e interactuar con desconocidos y en la interacción con personas de autoridad, lo que puede ser un obstáculo en el desempeño de actividades universitarias, mientras que, por otro lado a los hombres, sus habilidades sociales les facilitan sus tareas académicas ya que las puntuaciones que estos presentan son altas en habilidades sociales y bajas en ansiedad social. En los factores que no se encontraron diferencias como lo es en expresar molestia, demostrar enfado, poder ofrecer disculpas y reconocer la ignorancia ante un hecho, los hombres y mujeres presentan las mismas dificultades para llevarlas a cabo.

Por último es importante mencionar que para asegurarnos que estas diferencias no se debían a la proporción de las muestras, ya que las mujeres representaban más del 60%, se utilizó el estadísticos D de Cohen con el cual se descartó este posible sesgo.

Aporte teórico y práctico de la investigación

El presente trabajo hace aporte sobre dos aspectos importantes:

- a) En el ámbito teórico de esta investigación presenta la validación del instrumento CHASO, lo que permite contar con una nueva medida de autoinforme de las habilidades sociales.
- b) Aporta evidencia de la relación significativa entre habilidades sociales y fobia social expuesta en estudios anteriores.

La relevancia de estas aportaciones es que da la posibilidad de generar, de manera práctica, futuros programas de intervención que consideren las dimensiones de las habilidades sociales que se tienen que desarrollar una vez ya identificadas en adultos jóvenes y con ello evitar el desarrollo de la fobia social en la población académica.

¿Qué preguntas se resolvieron y cuales siguen sin responder?

Las preguntas que se resuelven con esta investigación es que queda demostrada la confiabilidad de la escala de habilidades sociales en la población estudiada, pero habría que hacernos la pregunta de que si estas propiedades psicométricas siguen siendo estables en población no académica o clínica, lo cual se sugiere para futuras investigaciones.

Y ante el cuestionamiento de si existe una relación significativa entre las habilidades sociales y la fobia social en adultos jóvenes, se presenta evidencia de que si la hay siendo la incidencia mayor en mujeres en la fobia social disminuyendo sus habilidades sociales. Así mismo las diferencias por sexo en habilidades sociales generan nuevas interrogantes, dirigidas a saber cómo se desarrolla las habilidades sociales y la fobia social en mujeres, saber qué elementos están en la formación de habilidades sociales y fobia social y por qué estas presentan una mayor incidencia. Por lo que, a modo de recomendación para futuros estudios se sugiere indagar estas cuestiones con marcos interpretativos que amplíen la forma de entender este fenómeno que a simple vista obedece a la cultura pero es necesario saber qué de la cultura está implicado en las variables ya mencionadas.

Limitaciones de la investigación y debilidades

La limitación de la presente investigación es la apertura de otras instituciones públicas para llevar a cabo esta investigación, además de los recursos y el tiempo que significa llevar a cabo un estudio de mayor magnitud.

Dos de los elementos que se consideran importantes para que esta investigación obtuviera mejores resultados son:

1. El haber empleado una medida de autoinforme de las habilidades sociales ya validada en población mexicana con el objetivo de tener la validez de criterio.
2. El haber empleado una medida de autoinforme que evaluara los pensamientos irracionales presentes en estudiantes universitarios con el objetivo de identificar cuáles son los pensamientos más comunes y si estos tienen relación con el desarrollo de la fobia social.

Conclusiones

Por último a manera de conclusión el desarrollo de escalas destinadas a medir las habilidades sociales deben considerar aspectos culturales y sociales ya que estos podrían variar dependiendo de la población.

Es importante diseñar intervenciones que en conjunto con el plan de estudios de las instituciones, consideren aspectos como el posible déficit en las habilidades sociales que se ha demostrado que funge como indicador de la presencia de fobia social e irrumpe en el desarrollo académico y profesional de los estudiantes, de manera más significativa en mujeres.

Implementar medidas de este tipo complementará el desarrollo académico entendiéndolo no solo como adquirir con una serie de habilidades específicas sino que además tener un bienestar emocional es igual de importante para desarrollarse de manera óptima, y es posible que éste se vea afectado por la fobia social y un déficit en las habilidades sociales del estudiante.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Washington, DC: APA.
- Antona, C.J. (2009). *Fobia Social. Evaluación y tratamiento*. Ciudad de México, México: Trillas.
- Antony, M. & Swinson, P. (2014). *Manual práctico para el tratamiento de timidez y la ansiedad social: Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo*: Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Bados, A. (2001). Naturaleza de la fobia social. En M. M. López & C. V. Valverde (Eds.), *Fobia social* (pp. 11-35). España: Editorial Síntesis.
- BBC. (20 febrero 2016). Seeking sanctuary from social angs in the toilet. *BBC News*. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/02/160218_salud_ansiedad_social_finde_vs
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32 (2), 155-163.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Loureiro, S. R. (2014). The Role of Social Skills in Social Anxiety of University Students. *Paidéa*, 24(58), 223-232.
- Botella, C., Perpiña, C., Baños, R.M. & García- Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. M. Baños, & C. Perpiñá (Eds.), *Fobia social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social* (pp.65-84). Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. E. (1987). Evaluación de las habilidades sociales. En R. F. Ballesteros & J. A. Carrobles (Eds.), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (pp.55-557). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7ª Ed.). Madrid, España: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. & Mateos, M. P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología conductual*, 8(2) ,173-215.
- Caballo, V., Verania, A. & Bas, F. (2007). Fobia social: En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 25-87). España: Siglo XXI.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruña, M. J. Caldero, M. & Equipo de investigación CISO-A España. (2010). Validación del cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO A-30) en universitarios españoles: Similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology*, 18(1), 5-34.
- Caballo, V. E., Del Prette, Z., Monjas, M. I. & Carrillo, G. (2010). La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 401-420). España: Ediciones pirámide.
- Caballo, E. V., Salazar, C. I., Iruña, J. M., Olivares, P. & Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(3), 401-422.
- Caballo, V. E., Salazar, C. I., Olivares, P., Iruña, M. J., Olivares, J. & Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: Estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Psicología Conductual*, 22(3), 375-399.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. e Iruña, M. J. (2015). Cuestionario de habilidades sociales (CHASO-II). Fundación VECA. Manuscrito sin publicar
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. e Iruña, M. J y Equipo de Investigación CISO-A España. (2017). Desarrollo y Validación de un Nuevo Instrumento para la Evaluación de las Habilidades Sociales: El "Cuestionario de Habilidades Sociales" (CHASO). *Psicología Conductual*, 25(1), 5-24.
- Camilli, C. & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: Definición, evaluación y tratamiento, *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Craske, G. M. & Stein, B. M. (2016). Anxiety, *Seminar*, 36(16). Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
- Cejudo de la sierra, R. & Fernández, M. A. (2015). Fobia social: Un fenómeno incapacitante. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18 (2), 836-851.
- Ellis, A. & Abrahams, E. (2005). Teoría y práctica de la terapia racional-emotiva. En *Terapia racional emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad* (pp.45-50). Ciudad de México, México: Editorial Pax México.

- García-López, Luis-Joaquín., Ruiz, J., Olivares, J., Piqueras, A. J., Rosa, I. A. & Bermero, R. (2006). Aplicación de un programa de tratamiento multicomponente para adolescentes con ansiedad social en población joven adulta: Resultados de un estudio piloto. *Psicología conductual*, 14 (1), 65-75.
- Gil- Bernal, F. & Hernández- Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo- conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de psicología*, 40 (1), 89-104.
- Gregory, R. (2014). Teorías y pruebas individuales de inteligencia y aprovechamiento. En R. Gregory (Ed.), *Pruebas Psicológicas: Historia, Principios y Aplicaciones* (pp. 156-163). México: Pearson Educación.
- Gutiérrez, G. (2000). Adaptación, validación y estandarización de la Escala Multidimensional de Expresión Social –Parte Motora y Parte Cognitiva- en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. Tesis de grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Imach, C. S., Cherin, E. E. A., Lancuza, B. A., Caballero, V. S. & Martinenghi (2011). Habilidades sociales y contexto sociocultural: Un estudio con adolescentes a través del BAS-3. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29 (1), 167-184.
- Irizar, S. M. & Odriozola, E. E. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. P. Pérez, J. R. F. Hermida, C. F. Rodríguez & I. A. Vázquez (Eds.), *Guía de los tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp.271-281). Madrid: Ediciones pirámide.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5) ,229–40.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004001100011>
- Lacunza, B. & Contini de Gonzáles, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes: Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23) ,159-182.

- Leary, R. M. & Jongman-Serreno, P. K. (2014). Social Anxiety as an Early Warning System: A Refinement and Extension of the Self-Presentation Theory of social Anxiety. En G. S. Hofman & M. P. Dibartolo (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, developmental and Social perspectives* (pp. 580-593). EUA: Elsevier.
- Londoño, H. N., Marín, A. C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, E. B., Ochoa, L. N., Hurtado, H. M., Gómez, Y., Uribe, F. A., Rojas, L. A., Pinilla, L. M., Villa- Roel, D., Villegas, J. M., Arando, L. M., Restrepo, A. P. & López, C. I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma psicológica*, 17(1) ,59-68.
- López, M. (2008). La integración de las habilidades sociales en la escuela como estrategia para la salud emocional. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 3(1), 16-19.
- Mamani, A. M, (2012). Características del trastorno de ansiedad social o fobia social en el adolescente. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 55, 61-68.
- Olivares, R. J., Rosa, A. A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Origilés, A. M & López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: Una revisión meta-analítica. *Psicología conductual*, 11(3), 599-622.
- Olivares, R. J., Caballo, V. E., García- López, J. L., Rosa, A. A. I & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología conductual*, 11 (3), 405-427.
- Olivares, R. J., Rosa, A. A. I. & García- López, L. J. (2004). ¿Qué es la adolescencia? (Algunas notas introductorias). En J. R. Olivares, A. I. A. Rosa & L. J. García- López (Eds.), *Fobia Social en la Adolescencia: El miedo a relacionarse y actuar ante los demás* (pp.17-27). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Olivares, R. J., Rosa, A. A. I., García-López, J. A., Bermejo, M. R. & Carrascosa, P. A. (2005). Presentación y descripción. En J. Olivares, (Ed.), *Programa IAFS: Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*, (pp. 25-79).Madrid: Ediciones pirámide.
- Olivo, M. E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Girot*, 4 (1), 35-48.
- Organización mundial de la salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)* (10ª Ed.). Madrid, España: Meditor.

- Sadock, J. B. & Sadock, J. V. (2007). Trastornos de ansiedad. En B. J. Sadock & V. J. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock: Manual de bolsillo de psiquiatría clínica*, (pp.152-166). España: Lippincott Williams & Wilkis.
- Secretaria de Salud. (2015)¿*Qué es la Ansiedad?: Son trastornos mentales más comunes*. Recuperado del sitio de internet de Secretaria de Salud: <http://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad.pdf>
- Schlenker, R. B. & Leary, R. M. (1982). Social Anxiety and Self-Presentation: A Conceptualization and Model, *Psychological Bulletin*, 92 (3), 641-669.
- Schlatter, J. (2010). Trastornos de ansiedad, adaptativos, y somatomorfos (II). En Ortoño, F. (Ed.), *Lecciones de psiquiatría*, (pp.223-256). España: Panamericana.
- Sierra, C. J., Zubeidat, I. & Parra, F. A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista malestar e subjetividad / fortaleza*, 6(2) ,472-517.
- Vargas, M, H. (2014). Tipos de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medicina Hereditaria*, 25 (2) ,57-59.
- Soltillo, R. (2012). Neurobiología de la ansiedad: Sistema límbico. En R. Soltillo (Ed.), *La ansiedad: Claves para superarla*, (pp. 35-37). España: Coronaborealis.
- Stravynski, A., Kiparissis, A. & Amado, D. (20014). Social as a déficit social skills. En S. G. Hofmann & P. M. Dibartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp.189-194): EUA: Elsevier.
- Vallés, A, A. & Vallés, T, C. (2011). Tratamiento de la ansiedad social: Programas. En A. A. Vallés & C. T. Vallés (Eds.), *Ansiedad social en el adolescente: Detección, evaluación y tratamiento* (pp.117-134).Colombia: Ediciones de la U.
- Villa, M. O. (2008). Descripción de las habilidades sociales en estudiantes de psicología de una institución superior. *Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia y Tecnología*, (1), 61-71.
- Villa, M, O. (2009). Diseño y pilotaje de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología de una universidad privada de Bogotá. *Psicología: Avances De La Disciplina*, 3(2), 55-80.
- Wagner, F. M., Pereira, S. A. & Oliveira, M. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 22(3), 423-440.

ANEXOS

Código: _____ Edad: _____ Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> ¿Qué estudia o en qué trabaja? _____ _____ ¿Tiene pareja desde hace más de tres meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--

CHASO-II

(Caballo, Salazar e Iruña, 2015)

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

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

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

1. Expresar desacuerdo ante otras personas aunque esto pueda suponer una opinión desfavorable por parte de los demás	1	2	3	4	5
2. Pedir disculpas cuando mi comportamiento ha molestado a otra persona	1	2	3	4	5
3. Hacer preguntas en clase, en una reunión o en un acto público	1	2	3	4	5
4. Pedir a alguien que baje la voz cuando está hablando demasiado alto en el cine	1	2	3	4	5
5. Iniciar una conversación con una persona que me gusta	1	2	3	4	5
6. Mantener la calma cuando me he equivocado delante de otras personas	1	2	3	4	5
7. Mantener una conversación con alguien que no comparte mi opinión	1	2	3	4	5
8. Mantener mi negativa cuando me presionan para hacer algo que no deseo hacer	1	2	3	4	5
9. Decir a alguien que no se meta en la fila	1	2	3	4	5
10. Pedir a una persona que me atrae que salga conmigo	1	2	3	4	5
11. Pedir a alguien que respete mi turno para hablar	1	2	3	4	5
12. Hacer saber a la persona con quien hablo que no me está prestando la atención debida	1	2	3	4	5

13. Ir a una reunión y hablar con los demás sin conocerlos	1	2	3	4	5
14. Admitir que desconozco algo sobre un tema	1	2	3	4	5
15. Discutir abiertamente con la persona que me ha criticado	1	2	3	4	5
16. Disculparme cuando me equivoco	1	2	3	4	5
17. Decir que “no” cuando no quiero prestar algo que me piden	1	2	3	4	5
18. Decir a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5
19. Mantener la calma cuando me hacen una broma en público	1	2	3	4	5
20. Decir a otra persona que deje de molestar o de hacer ruido	1	2	3	4	5
21. Responder a una pregunta de un profesor en clase o de un superior en una reunión	1	2	3	4	5
22. Ser capaz de contar chistes delante de un grupo de personas	1	2	3	4	5
23. Invitar a salir a la persona que me gusta	1	2	3	4	5
24. Hablar en público ante desconocidos	1	2	3	4	5
25. Reconocer una equivocación ante mi pareja	1	2	3	4	5
26. Mantener la calma ante las críticas que me hacen otras personas	1	2	3	4	5
27. Hacer nuevas amistades	1	2	3	4	5
28. Actuar o representar una escena delante de un grupo de desconocidos	1	2	3	4	5
29. Decir a una persona que me gusta	1	2	3	4	5
30. Hablar frente a los demás en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
31. Expresar mi enojo a una persona que me está molestando	1	2	3	4	5
32. Salir con gente que casi no conozco	1	2	3	4	5
33. Pedir disculpas a alguien cuando he herido sus sentimientos	1	2	3	4	5
34. Insistir en saludar a alguien cuando antes no me ha respondido	1	2	3	4	5

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

35. Tomar la iniciativa del contacto físico con la persona que me gusta	1	2	3	4	5
36. Dar una expresión de cariño (beso, abrazo, caricia) a quien quiero	1	2	3	4	5
37. Asistir a una fiesta donde no conozco a nadie	1	2	3	4	5
38. Mantener la calma cuando hago el ridículo delante de otras personas	1	2	3	4	5
39. Introducir nuevos temas en una conversación con una o varias personas que conozco poco	1	2	3	4	5
40. Pedir a alguien que me devuelva algo que le presté	1	2	3	4	5
41. Hablar delante de un grupo pequeño de personas que conozco poco	1	2	3	4	5
42. Ser capaz de llevar algo inusual por la calle (un ramo de flores, ropa llamativa, ...)	1	2	3	4	5
43. Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
44. Responder a una crítica injusta que me hace una persona	1	2	3	4	5
45. Expresar una opinión diferente a la que expresa la persona con la que estoy hablando	1	2	3	4	5
46. Hablar con un superior o una persona con autoridad	1	2	3	4	5
47. Sacar a bailar a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
48. Decir "te quiero" a alguien de mi familia	1	2	3	4	5
49. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
50. Responder a una crítica que me ha molestado	1	2	3	4	5
51. Pedir a alguien que baje la voz cuando se dirige a mí en un volumen muy alto	1	2	3	4	5
52. Mantener una posición contraria a la de los demás si creo que tengo razón	1	2	3	4	5
53. Solicitar que se respete el turno si atienden a una persona que ha llegado después	1	2	3	4	5
54. Utilizar el sentido del humor en una conversación	1	2	3	4	5
55. Dar una expresión de apoyo (abrazo, caricia) a una persona cercana cuando lo necesita	1	2	3	4	5
56. Decir a alguien que su comportamiento me molesta y pedir que deje de hacerlo	1	2	3	4	5
57. Iniciar y mantener una conversación con personas con autoridad	1	2	3	4	5

58. Mostrar afecto hacia otra persona en público	1	2	3	4	5
59. Pedir explicaciones a una persona que me ha criticado	1	2	3	4	5
60. Hacer cumplidos o elogios/halagos a la persona que quiero	1	2	3	4	5
61. Rechazar una petición que no me agrada	1	2	3	4	5
62. Agradecer cuando me dicen cosas agradables	1	2	3	4	5
63. Leer en voz alta delante de un grupo numeroso de personas	1	2	3	4	5
64. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
65. Aclarar mi opinión en un grupo cuando no me entienden	1	2	3	4	5
66. Animar a alguien	1	2	3	4	5
67. Decir que “no” cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
68. Si alguien ha hablado mal de mí, lo busco cuanto antes para aclarar las cosas	1	2	3	4	5
69. Comportarme de forma extrovertida en las situaciones sociales nuevas	1	2	3	4	5
70. Decir que “no” ante lo que considero una petición poco razonable	1	2	3	4	5
71. Mantener la calma cuando me echan en cara algo que he hecho mal	1	2	3	4	5
72. Hacer cumplidos o elogios/halagos a un amigo	1	2	3	4	5
73. Relacionarme con otras personas en una fiesta aunque no vaya vestido para la ocasión	1	2	3	4	5
74. Pedir disculpas cuando me dicen que he hecho algo mal	1	2	3	4	5
75. Pedir explicaciones a una persona que me ha negado el saludo	1	2	3	4	5
76. Agradecer a alguien algo que ha hecho por mí	1	2	3	4	5

Código: _____	Edad: _____	Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	¿Qué estudia o en qué trabaja? _____
			¿Tiene pareja desde hace más de tres meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

CASO

(Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Calderero y Equipo de Investigación CISO-A, 2010)

A continuación se presenta una serie de situaciones sociales que le pueden producir MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO en mayor o menor grado. Por favor, coloque una equis (“X”) en el **número que mejor lo refleje** según la escala que se presenta más abajo.

En el caso de no haber vivido algunas de las situaciones, imagínese cuál sería el grado de MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO que le ocasionaría y coloque la equis (“X”) en el número correspondiente.

GRADO DE MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO

Nada o muy poco 1	Poco 2	Medio 3	Bastante 4	Mucho o muchísimo 5
----------------------	-----------	------------	---------------	------------------------

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

1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	1	2	3	4	5
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	1	2	3	4	5
3. Hablar en público	1	2	3	4	5
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	1	2	3	4	5
5. Quejarme con el mesero de que la comida no es de mi gusto	1	2	3	4	5
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5
7. Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
8. Hablar con alguien y que no me preste atención	1	2	3	4	5
9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
10. Hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	1	2	3	4	5
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
14. Expresar mi enojo a una persona que se me está molestando	1	2	3	4	5
15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	1	2	3	4	5
16. Que me hagan una broma en público	1	2	3	4	5
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	1	2	3	4	5
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de	1	2	3	4	5

conocer					
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	1	2	3	4	5
21. Equivocarme delante de la gente	1	2	3	4	5
22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	1	2	3	4	5
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	1	2	3	4	5
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal	1	2	3	4	5
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	1	2	3	4	5
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	1	2	3	4	5
27. Sacar a bailar a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
28. Que me critiquen	1	2	3	4	5
29. Hablar con un superior o una persona de autoridad	1	2	3	4	5
30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5

Nota: Las personas que se sienten atraídas por el mismo sexo pueden cambiar la expresión “sexo opuesto” por “del mismo sexo”.