

Estrategias de afrontamiento y ansiedad social

**ASOCIACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS NIVELES DE FOBIA SOCIAL Y LOS
NIVELES DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PRESENTADOS POR
LOS ESTUDIANTES MATRICULADOS A PRIMER SEMESTRE DEL PERIODO B
DE 2007 DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**ANA MILENA GUERRERO BUCHELY
LEIDY JOHANA LONDOÑO CAMACHO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2008

Estrategias de afrontamiento y ansiedad social

**ASOCIACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS NIVELES DE FOBIA SOCIAL Y LOS
NIVELES DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PRESENTADOS POR
LOS ESTUDIANTES MATRICULADOS A PRIMER SEMESTRE DEL PERIODO B
DE 2007 DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**ANA MILENA GUERRERO BUCHELY
LEIDY JOHANA LONDOÑO CAMACHO**

Asesora

ADRIANA PERUGACHE

Psicóloga especialista

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2008

“Las ideas y conclusiones aportadas en la Tesis de Grado, son responsabilidad exclusiva de las autoras”

Artículo 1 del acuerdo número 32 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Estrategias de afrontamiento y ansiedad social

NOTA DE ACEPTACIÓN

ASESOR

JURADO A

JURADO B

San Juan de Pasto, marzo de 2008.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora por sus valiosos aportes y apoyo constante; a los docentes Carmen Eugenia Carvajal, Leónidas Ortiz, Freddy Villalobos, Arsenio Hidalgo, Edwin Luna, Nubia Sánchez, Claudia Calvache, por sus asesorías y contribuciones a la elaboración y desarrollo de esta investigación.

A nuestras familias por su respaldo en todo nuestro proceso de formación.

DEDICATORIA

A Felipe por su alegría y por ser la personita más especial.

Ana Milena Guerrero.

DEDICATORIA

A mi madre por su comprensión y apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.

Leidy Londoño

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
Tema	2
Descripción del problema	2
Formulación del problema	9
Sistematización del problema	9
Justificación	9
Objetivos	11
General	11
Específicos	11
MARCO DE ANTECEDENTES	12
MARCO TEÓRICO	22
Ansiedad	22
Fobia social	22
Trastornos comórbidos	24
Modelos explicativos de la fobia social	25
Modelos conductuales	25
Modelos cognitivos	28
Modelos cognitivos conductuales	31
Factores asociados a la fobia social	38
Influencias familiares	38
Otras influencias del entorno	40
Síntomas de la fobia social	40

Estrategias de afrontamiento y ansiedad social

Síntomas fisiológicos	40
Síntomas cognitivo conductuales	42
Consecuencias psicosociales de la fobia social	43
Desempeño académico	43
Relaciones interpersonales	44
Afrontamiento	46
Afrontamiento centrado en el problema	47
Afrontamiento centrado en la emoción	47
Estrategias de afrontamiento	48
Relación entre ansiedad y afrontamiento	52
MARCO CONCEPTUAL	55
MÉTODO	57
Tipo de investigación	57
Diseño	57
Participantes	57
Población	57
Muestra	57
Técnicas de recolección y análisis de información	61
Hipótesis	63
Variables	63
Procedimiento	65
Plan de análisis de datos	67
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	69
Aplicación	69

Análisis e interpretación de resultados	69
Resultados de la subescala de fobia social	69
Grupo con nivel alto de fobia social	71
Grupo con nivel moderado de fobia social	82
Grupo con nivel bajo de fobia social	92
Resultados de la Escala de Estrategias de Coping - M	102
Grupo con nivel alto de fobia social	103
Grupo con nivel moderado de fobia social	114
Grupo con nivel bajo de fobia social	124
Relación entre los niveles de fobia social y los niveles de las estrategias de afrontamiento	134
Comprobación de hipótesis	145
DISCUSIÓN	146
CONCLUSIONES	156
RECOMENDACIONES	158
REFERENCIAS	160
ANEXOS	165
Anexo A	166
Anexo B	171
Anexo C	175
Anexo D	182
Anexo E	201

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estratificación de la muestra según programas en los que fueron admitidos los estudiantes de primer semestre.	60
Tabla 2. Resumen del análisis estadístico de la subescala de fobia social del Inventario SPAI.	70
Tabla 3. Puntajes de los ítems de la subescala de fobia social en el grupo con nivel alto de Fobia Social.	71
Tabla 4. Porcentaje y frecuencia de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel alto de fobia social antes de una situación social.	77
Tabla 5. Porcentaje y frecuencia de los pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social.	79
Tabla 6. Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social.	80
Tabla7. Porcentaje y frecuencia de de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social.	81
Tabla 8. Puntajes de los ítems de la subescala de fobia social en el grupo con nivel moderado de fobia social.	82
Tabla 9. Porcentaje y frecuencia de los pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.	87
Tabla10. Porcentaje y frecuencia de los pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.	89
Tabla 11. Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.	90

Tabla12. Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.	91
Tabla13. Puntajes de los ítems de la subescala de fobia social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	92
Tabla 14. Porcentaje y frecuencia de los pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	98
Tabla 15. Porcentaje y frecuencia de los pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	99
Tabla 16. Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	100
Tabla 17. Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	101
Tabla 18. Puntaje promedio y estandarizado obtenido en cada factor en el grupo con nivel alto de fobia social.	103
Tabla 19. Puntaje promedio y estandarizado obtenido en cada factor en el grupo con nivel moderado de fobia social.	114
Tabla 20. Puntaje directo y estandarizado obtenido en cada factor en el grupo con nivel bajo de fobia social.	124
Tabla 21. Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia solución de problemas.	134
Tabla 22. Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia búsqueda de apoyo social.	135
Tabla 23. Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia espera.	136

Tabla 24. Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia religión.	137
Tabla 25. Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia evitación emocional.	138
Tabla 26. Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de de fobia social y el nivel de estrategia búsqueda de apoyo profesional.	139
Tabla 27. Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento reacción agresiva.	140
Tabla 28. Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento evitación cognitiva.	141
Tabla 29. Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento reevaluación positiva.	142
Tabla 30. Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento.	143
Tabla 31. Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento negación.	144
Tabla 32. Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento autonomía.	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo cognitivo de Clark y Wells	29
Figura 2. Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo de Rapee y Heimberg	34
Figura 3. Propuesta de un modelo de la fobia social	36
Figura 4. Porcentaje de estudiantes en cada nivel de fobia social	71
Figura 5. Porcentaje de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel alto de fobia social	76
Figura 6. Porcentaje de los pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social	78
Figura 7. Pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social	79
Figura 8. Porcentajes de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social	80
Figura 9. Síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social	81
Figura10. Porcentaje de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel moderado de fobia social	86
Figura11. Pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social	88
Figura12. Pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.	89
Figura13. Síntomas fisiológicos antes de una situación social en el	

grupo con nivel moderado de fobia social.	90
Figura14. Porcentaje de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social	91
Figura15. Porcentaje de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel bajo de fobia social	96
Figura 16. Pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	98
Figura 17. Pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	100
Figura 18. Síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	101
Figura 19. Síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.	102
Figura 20. Porcentajes de los niveles del factor 1 en el grupo con nivel alto de fobia social.	104
Figura 21. Porcentajes de los niveles del factor 2 en el grupo con nivel alto de fobia social.	105
Figura 22. Porcentajes de los niveles del factor 3 en el grupo con nivel alto de fobia social.	106
Figura 23. Porcentajes de los niveles del factor 4 en el grupo con nivel alto de fobia social.	107
Figura 24. Porcentajes de los niveles del factor 5 en el grupo con nivel alto de fobia social.	108
Figura 25. Porcentajes de los niveles del factor 6 en el grupo con	

nivel alto de fobia social.	109
Figura 26. Porcentajes de los niveles del factor 7 en el grupo con nivel alto de fobia social.	110
Figura 27. Porcentajes de los niveles del factor 8 en el grupo con nivel alto de fobia social.	110
Figura 28. Porcentajes de los niveles del factor 9 en el grupo con nivel alto de fobia social.	111
Figura 29. Porcentajes de los niveles del factor 10 en el grupo con nivel alto de fobia social.	112
Figura 30. Porcentajes de los niveles del factor 11 en el grupo con nivel alto de fobia social.	113
Figura 31. Porcentajes de los niveles del factor 12 en el grupo con nivel alto de fobia social.	114
Figura 32. Porcentajes de los niveles del factor 1 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	115
Figura 33. Porcentajes de los niveles del factor 2 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	116
Figura 34. Porcentajes de los niveles del factor 3 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	117
Figura 35. Porcentajes de los niveles del factor 4 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	118
Figura 36. Porcentajes de los niveles del factor 5 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	118
Figura 37. Porcentajes de los niveles del factor 6 en el grupo con	

nivel moderado de fobia social.	119
Figura 38. Porcentajes de los niveles del factor 7 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	120
Figura 39. Porcentajes de los niveles del factor 8 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	121
Figura 40. Porcentajes de los niveles del factor 9 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	121
Figura 41. Porcentajes de los niveles del factor 10 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	122
Figura 42. Porcentajes de los niveles del factor 11 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	123
Figura 43. Porcentajes de los niveles del factor 12 en el grupo con nivel moderado de fobia social.	124
Figura 44. Porcentajes de los niveles del factor 1 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	125
Figura 45. Porcentajes de los niveles del factor 2 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	126
Figura 46. Porcentajes de los niveles del factor 3 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	127
Figura 47. Porcentajes de los niveles del factor 4 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	127
Figura 48. Porcentajes de los niveles del factor 5 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	128
Figura 49. Porcentajes de los niveles del factor 6 en el grupo con	

nivel bajo de fobia social.	129
Figura 50. Porcentajes de los niveles del factor 7 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	130
Figura 51. Porcentajes de los niveles del factor 8 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	130
Figura 52. Porcentajes de los niveles del factor 9 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	131
Figura 53. Porcentajes de los niveles del factor 10 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	132
Figura 54. Porcentajes de los niveles del factor 11 en el grupo con nivel bajo de fobia social.	133
Figura 55. Porcentajes de los niveles del factor 12 en el grupo con nivel alto de fobia social.	133

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	166
Anexo B	171
Anexo C	175
Anexo D	182
Anexo E	201

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la asociación existente entre los niveles de fobia social y los niveles de las estrategias de afrontamiento presentados por los estudiantes matriculados a primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

La muestra estuvo conformada por 236 estudiantes de los diferentes programas académicos, seleccionados aleatoriamente con un muestreo estratificado por el método de tómbola, a esta población se le aplicó la subescala de fobia social del Inventario SPAI y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M).

Fue una investigación cuantitativa y transversal de tipo correlacional. Las variables en las cuales se evaluó la asociación fueron niveles de fobia social presentados y niveles empleados de las estrategias de afrontamiento. Para el análisis e interpretación de los datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial (Chi cuadrado).

Las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas fueron: Nivel alto de fobia social con el nivel alto de las estrategias de afrontamiento: Espera, evitación emocional, reacción agresiva y evitación cognitiva. Asimismo, el nivel bajo de fobia social se relacionó con el nivel alto de la estrategia reevaluación positiva.

Abstract

The objective of the present investigation was to evaluate the existent association among the levels of social phobia and the levels of the coping strategies presented by students registered in first semester of the period B of 2007 of the University of Nariño.

The sample was conformed by 236 students of academic different programs, selected randomly using a sampling system stratified by the tombola method, to this population applied the subescala of social phobia of the Inventory SPAI and the Coping Strategies Scale Modified (CSS-M).

It was a quantitative and traverse investigation of type co relational. The variables in which the association was evaluated were levels of social phobia prested and even employees of the coping strategies. For the analysis and interpretation of data was used the descriptive statistic and inferencial (Chi2 tests).

The associations were statistically significant were: High level of social phobia with the high level of the coping strategies: Hope, emotional avoidance, aggressive reaction and cognitive avoidance. Also, the low level of social phobia was related with the high level of the strategy positive reevaluation.

ASOCIACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS NIVELES DE FOBIA SOCIAL Y LOS NIVELES DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PRESENTADOS POR LOS ESTUDIANTES MATRICULADOS A PRIMER SEMESTRE DEL PERIODO B DE 2007 DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO

El afrontamiento ha sido estudiado en diferentes trastornos de ansiedad, sin embargo, en la fobia social no se encuentran antecedentes investigativos que asocien estas dos variables, por ello la presente investigación evaluó la asociación existente entre los niveles de fobia social y los niveles de las estrategias de afrontamiento presentados por los estudiantes matriculados a primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

La investigación se abordó desde el paradigma cuantitativo de tipo correlacional, dado que se estableció asociación entre las dos variables, como técnicas de recolección de información se utilizó la subescala de fobia social del Inventario SPAI y la Escala de Estrategias de Coping Modificada. Se empleó el tipo de muestra probabilístico estratificado en los estudiantes matriculados a primer semestre en el periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

El análisis de la información se llevó a cabo a través de la aplicación de la prueba estadística Chi cuadrado, la cual permitió asociar las variables nivel de fobia social y nivel de estrategias de afrontamiento.

Mediante el análisis estadístico se identificaron asociaciones significativas entre el nivel alto de fobia social y el nivel alto de las estrategias: Espera, evitación emocional, reacción agresiva y evitación cognitiva; asimismo, el nivel bajo de fobia social se relacionó con el nivel alto de la estrategia reevaluación positiva. Siendo estos resultados acordes a los planteamientos teóricos e investigativos revisados sobre la fobia social y los trastornos de ansiedad. Además, se aportaron datos relevantes en cuanto a relaciones no identificadas dentro de la revisión teórica, tales como la relación entre el nivel alto de fobia social y el nivel alto de alto de la estrategia reacción agresiva.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tema

Fobia social y estrategias de afrontamiento en estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

Descripción del problema

“La ansiedad es la más común y universal de las emociones del ser humano, constituye la respuesta emocional ante la percepción de una amenaza o peligro presente o futuro, y su finalidad es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación” (Cía, 2004, p. 11).

La respuesta de ansiedad tiene un origen evolutivo, considerando que esta hace parte del proceso de respuesta ante las amenazas presentes en el ambiente, por lo que se puede asociar a la función de detectar el peligro con el propósito de preparar al organismo para el ataque o huida, buscando con ello la defensa de la vida y la continuación de la especie; hoy en día aunque esta respuesta puede ser funcional ante situaciones desconocidas o que pongan en riesgo nuestra integridad o la de otros, existen otros eventos que no representan claro peligro y son más difíciles de delimitar, originando una respuesta ante una vaga sensación de amenaza (Goldman, 2001).

Por lo tanto, cuando la ansiedad es excesiva causa dificultades en las diferentes esferas del funcionamiento de la persona, se constituye en un problema que puede requerir atención especializada con el fin de delimitar un diagnóstico y tratamiento apropiados a la problemática.

Es así como desde la Organización Mundial de la Salud [OMS] en el año 2000 se plantea la iniciativa de evaluar la situación actual de la enfermedad mental en países con diferentes niveles de desarrollo, al igual que determinar las necesidades de atención, y orientar las políticas de salud pública en este tema. En el marco de esta iniciativa el Ministerio de la Protección Social de Colombia realizó el estudio de salud mental publicado en el año 2003, cuyos resultados en cuanto a trastornos de ansiedad son los siguientes:

1. La prevalencia de los trastornos de ansiedad es de 19.3% en todo el país, siendo el porcentaje más alto entre todos los trastornos evaluados, constituyéndose en los más frecuentes en la población colombiana. Principalmente los trastornos de

ansiedad se presentan en la región pacífica, que está conformada por los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño, en esta región el 22% de las personas encuestadas manifiestan haber padecido alguna vez en la vida trastornos de ansiedad.

2. Se encontró que tanto en hombres como en mujeres los factores asociados a los trastornos de ansiedad fueron ser fumador o ex fumador, conflictos en la infancia con las personas que lo criaron, y tener antecedentes de comorbilidad física.

3. Se estableció además otros factores que aumentan la probabilidad de los trastornos de ansiedad según el género; en mujeres la probabilidad se relaciona con haber vivido alguna experiencia situacional grave, y la probabilidad de presentar trastornos de ansiedad en hombres se asocia con un mayor nivel de ingresos.

4. En cuanto a la edad de inicio de los trastornos de ansiedad los resultados indican que en Colombia: La agorafobia inicia generalmente a los 16 años, la ansiedad generalizada comienza alrededor de los 20 años, el trastorno de pánico empieza a una edad promedio de 18 años, el trastorno de estrés postraumático se presenta habitualmente a la edad de 28 años, la fobia social aparece usualmente a los 14 años, y la fobia específica surge frecuentemente a los 7 años.

En conclusión, esta prevalencia indica un porcentaje significativo de personas afectadas en la región pacífica, siendo por esta razón una problemática que requiere ser investigada a profundidad.

Dada la agrupación por regiones constituidas por varios Departamentos realizada en el estudio de Salud Mental de Colombia del año 2003 no se cuenta con datos específicos del municipio de Pasto. De igual manera, la Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud en su informe “La salud mental pública en el municipio de San Juan de Pasto: Necesidades, recursos y propuestas” (2003) menciona que: *“no hay información sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población que asiste a los servicios locales de salud. Obtener esta información debe ser uno de los primeros pasos en un plan estratégico de salud mental para – con base en ella – adecuar las intervenciones”* (p.163).

Por lo tanto, se hace necesario mencionar el panorama general de la epidemiología de los trastornos mentales en el municipio de Pasto, teniendo en

cuenta las estadísticas de algunas Instituciones de salud, las cuales presentan los siguientes datos sobre la frecuencia de los trastornos mentales:

1. En el Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, los egresos hospitalarios en todo el año 2006 de pacientes procedentes de Pasto representan 288 casos, de los cuales los cinco trastornos más usuales son: Trastornos afectivos con el 49.3%, trastornos esquizofrénicos con un 27.4%, trastornos de ansiedad con un 10.4%, trastornos orgánicos con el 4.1% y retraso mental con un 3.1% (M. De La Espriella, comunicación personal, 3 de abril, 2007).

2. El Hospital Mental San Rafael en todo el año 2006 con relación al número y diagnósticos más frecuentes indica que de 779 pacientes atendidos por consulta externa el 24.5% presentan trastornos de ansiedad, el 15.8% padece trastornos esquizofrénicos, el 14.5% fueron diagnosticados con trastornos afectivos y el 4.11% de los consultantes presenta retraso mental (J. Mallorga, comunicación personal, 30 de marzo, 2007).

3. En el Instituto Seguro Social las estadísticas suministradas sobre trastornos mentales hacen referencia a las impresiones diagnosticas realizadas por medicina general, estas impresiones al finalizar el año 2006 suman un total de 682 casos, de los cuales los trastornos de ansiedad equivalen al 17%, los problemas relacionados con el ajuste al ciclo vital corresponden al 13%, otros trastornos emocionales y de comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia representan el 9%, el 8% de los casos se refiere a problemas relacionados con la falta de relajación y descanso, los problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar constituyen 6.7% del total de casos, y con 6.4% se encuentran los trastornos de adaptación y el trastorno mixto de la conducta y de las emociones no especificado (M. Rosero, comunicación personal, 27 de marzo, 2007).

4. En la EPS Saludcoop el promedio mensual de casos atendidos por consulta psicológica en adultos es de 120, los diagnósticos más frecuencia son: Trastorno mixto ansioso depresivo con 31.6%, depresión por duelo afectivo con 28.3%, el 13.3% presenta conflicto de pareja, 11.6% hace referencia a estrés laboral o problemas laborales, problema de ansiedad con ataque de pánico representa el 8.3%

y episodio depresivo mayor con 3.3% del total de los casos (A. Paz, comunicación personal, 29 de marzo, 2007).

5. En el Hospital Universitario Departamental de Nariño, desde Julio de 2005 hasta Julio de 2006, recibieron atención psicoterapéutica 999 pacientes, en estos consultantes los diagnósticos más prevalentes son: Trastorno adaptativo con 35%, el 24.5% presenta otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, los trastornos del estado de ánimo representan el 20.2% y los trastornos de ansiedad un 13% (Universidad de Nariño, 2006a).

Con la descripción de las anteriores estadísticas se puede afirmar que en promedio el 17.5% de los usuarios de los servicios de salud en la ciudad de Pasto presenta trastornos de ansiedad, esto demuestra que estos trastornos tienen una prevalencia significativa en la población atendida en los servicios locales de salud, constituyéndose en un problema relevante en la salud pública del municipio de Pasto, siendo entonces un tema a considerar como objeto de estudio.

En concordancia con el panorama colombiano y regional en salud mental, se encuentra que en el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS, dependencia adscrita al Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, la población usuaria de consulta clínica, que en más de un 60% esta compuesta por estudiantes universitarios, presenta como una de las problemáticas más frecuente los trastornos de ansiedad en diferentes periodos de atención.

Es así como en el periodo B de 2003 y A de 2004, de 301 pacientes atendidos por consulta clínica individual en todo el periodo de práctica, se encuentra que la población usuaria de SINAPSIS presenta altos niveles de fobia o ansiedad social, caracterizando de esta forma la tasa más alta de diagnóstico con el 44,1% del total de los casos, le siguen trastornos del estado de ánimo con 17,3% y trastornos del inicio de la infancia, la niñez y la adolescencia con 16,5% (Universidad de Nariño, 2004).

De igual forma en el periodo B de 2004 y A de 2005, de 312 pacientes atendidos por consulta clínica individual, los tres diagnósticos más frecuentes fueron: El 20% presenta trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo representan el 19,4%, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica constituyen el 16,7% del total de los casos (Universidad de Nariño, 2005).

Igualmente en el periodo B de 2005 y A de 2006, de 320 pacientes atendidos por consulta clínica individual, se encuentran los siguientes diagnósticos como los más recurrentes: El 45% de los usuarios fueron diagnosticados con otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, el 22% de los pacientes presenta trastornos de ansiedad y el 15% padecen trastornos del estado de ánimo.

Considerando el porcentaje de pacientes afectados por trastornos de ansiedad, en el periodo B de 2005 y A de 2006 se diseñó e implementa un programa relacionado con esta problemática dirigido a la población usuaria de SINAPSIS sede Torobajo.

Para ello, se realizó en primer lugar entrevista clínica individual y el diligenciamiento de un protocolo de evaluación de trastornos de ansiedad y depresión a un total de 55 personas, de las cuales 35 personas fueron diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad, del total de estas personas el trastorno más frecuente fue ansiedad social con 16 casos diagnosticados; 20 personas fueron diagnosticadas con depresión, y 7 personas con otros trastornos.

En segundo lugar, de acuerdo a la impresión diagnóstica y a la severidad de los síntomas señalados en el protocolo de evaluación, se remitió a terapia individual y grupal de acuerdo a las necesidades de los evaluados (Universidad de Nariño, 2006b).

En consonancia, con las estadísticas de salud mental en Colombia, de las Instituciones de Salud en Pasto y del Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS referentes a los trastornos de ansiedad, la presente investigación tiene a la fobia social y a la población universitaria como objeto de estudio, dado que en el contexto universitario los estudiantes están adquiriendo competencias profesionales entre las que se encuentran las habilidades comunicativas que les permitan desenvolverse adecuadamente en el desarrollo de las actividades académicas y posteriormente en el desempeño profesional.

Asimismo, las personas que ingresan a la Universidad se encuentran en un rango de edad de 16 a 20 años, edad en la cual las relaciones sociales tienen gran importancia para el desarrollo personal.

Considerando lo anterior, se puede decir que estos aspectos hacen parte del bienestar psicológico de los estudiantes, el cual puede verse afectado por

problemáticas psicológicas como la fobia social, trastorno que origina consecuencias importantes en la salud mental de la persona que lo padece.

Entre las repercusiones de la ansiedad social Cía (2004) describe que durante el transcurso de la vida estas incluyen: a) bajo desempeño académico, con estudios muchas veces inconclusos; b) disfunción en la comunicación interpersonal y social, c) limitaciones para formar y mantener una pareja y una familia, d) dependencia financiera, e) aparición de otros trastornos comórbidos como son depresión, abuso de sustancias psicoactivas e ideación suicida.

En consecuencia, las personas con ansiedad social suelen tener bajo rendimiento escolar y laboral porque se les dificulta participar en clase o en las reuniones de grupo, así como también ser asertivos y tratar con figuras de autoridad; en la parte personal les cuesta tener amistades y relaciones de pareja, generando una red escasa de relaciones sociales y deterioro de la calidad de vida (Scheiner, Luterek, Heimberg & Leonardo, 2005).

Uno de los factores que influye en estas consecuencias es el afrontamiento que realiza la persona de la situación social que le genera ansiedad, pues desde el modelo de valoración cognitiva de Lazarus (2000) la aparición del estrés y otras reacciones emocionales negativas están mediatizadas por el procesos de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (evaluación primaria) y posteriormente, si el resultado de la valoración primaria es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la emoción.

En el caso particular de la fobia social el proceso de valoración cognitiva primaria generalmente es de percibir la situación como amenazante y en la valoración secundaria el sujeto desestima sus recursos personales; a partir de esto la persona genera una respuesta para afrontar la situación, que se puede dirigir a la evitación, al escape o a enfrentar la situación experimentando síntomas elevados de ansiedad (Lazarus, 1986, citado por Cuceli, 2002).

Podría decirse, entonces, que no son las situaciones en sí las que provocan una reacción emocional, si no que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos y que el afrontamiento constituye un elemento esencial que emplea el individuo para hacer

frente a la ansiedad, dirigiendo su acción a los estresores, tratando de eliminarlos o reducir su nivel de amenaza.

Para Sandín (2003) el afrontamiento puede ser entendido desde los estilos y las estrategias. Los estilos de afrontamiento constituyen dimensiones generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia. Las estrategias son formas de afrontamiento más específicas, entre las cuales puede estar realizar acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, tratar de controlar la tensión o buscar apoyo social. Con respecto a las estrategias Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006) manifiestan que estas son: Solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el estudio de la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con diferentes niveles de fobia social es un tema relevante considerando que el afrontamiento es una variable moduladora de la respuesta de ansiedad, pues la intensidad de esta respuesta depende de la evaluación hecha por el individuo y, a su vez, esta influye en las estrategias de afrontamiento que la persona emplee para hacer frente a la situación ansiógena.

Según Londoño et al. (2004), las personas que presentan algún trastorno de ansiedad tienden a utilizar estrategias de afrontamiento de evitación y escape. Por esto se podría decir que cada nivel de fobia social hace que la persona tienda a utilizar en un nivel particular las estrategias, por ejemplo, un sujeto con nivel alto de fobia social tendería a utilizar en un nivel alto estrategias de evitación ante las situaciones que le genera ansiedad, por el contrario, un individuo con nivel bajo de fobia social utilizaría en un nivel bajo estrategias de evitación ante situaciones sociales.

Además, partiendo de la revisión de la literatura en cuanto a las variables que se delimitan en este estudio se encuentra que en el contexto nacional e internacional las investigaciones se han dirigido a estudiar las estrategias de afrontamiento en distintos trastornos de ansiedad como: Agorafobia, miedo a volar y ansiedad generalizada (revisar marco de antecedentes). En consecuencia, se observa la

necesidad de efectuar investigaciones precisas que den cuenta de cómo se relacionan los diferentes niveles de fobia social (bajo, moderado y alto) y los niveles de uso de las estrategias de afrontamiento.

Formulación del problema

¿Existe asociación entre los niveles de fobia social y los niveles de las estrategias de afrontamiento presentados por los estudiantes matriculados a primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño?

Sistematización del problema

¿Cuáles son los niveles de fobia social en los estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño?

¿Cuáles son los niveles de las doce estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño, en cada nivel de fobia social presentado?

¿Existe relación entre los niveles observados en las doce estrategias de afrontamiento, y el nivel de fobia social que presentan los estudiantes de primer semestre?

Justificación

La salud mental se define como:

La capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales. Así mismo, el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común (Ministerio de Salud Nacional de Colombia, 1998, p.20).

Considerando este criterio, se puede afirmar que la fobia social constituye un problema de salud mental, ya que afecta al sujeto en su forma de interactuar con los demás, impidiendo el uso adecuado de sus potencialidades que le permitan un desarrollo personal óptimo hacia la consecución de metas individuales y el progreso de su comunidad.

Las consecuencias negativas de la fobia social se incrementan por la actitud de algunos profesionales de la salud, puesto que consideran este trastorno como

inofensivo y que su repercusión en la vida de la persona es mínima (Cía, 2004; Olivares, Rosa & García-López, 2004; Baños, Quero, Botella & Perpiña, 2003a).

Así mismo, las creencias culturales frente a los síntomas de este trastorno se dirigen a considerarlos como rasgos de personalidad relacionados con la timidez, que con el paso del tiempo desaparecerán y, justifican los síntomas como normales y que, por lo tanto, no se debe prestarles atención, incidiendo en la decisión de buscar ayuda profesional (Cía, 2004; Olivares et al., 2004; Baños et al., 2003a).

Teniendo en cuenta lo anterior y los índices de los trastornos de ansiedad descritos en el planteamiento del problema, y en particular de fobia social en la población atendida en el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS, se hace necesario estudiar este tipo de trastorno como una forma de responder a las necesidades o problemáticas psicológicas de la población universitaria, y así aportar a futuras intervenciones más efectivas con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar la presencia de dificultades en los procesos educativos que se desarrollan en la Universidad.

Este estudio es relevante además, porque a pesar de la prevalencia de la fobia social en estudiantes de la Universidad de Nariño no se han realizado investigaciones frente a este trastorno en particular, las propuestas investigativas a nivel local se dirigen hacia la implementación de programas de habilidades sociales para el manejo de la ansiedad con otras poblaciones, a la descripción factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de trastornos de ansiedad en los estudiantes universitarios y, a la presencia de ansiedad y depresión y su relación en la población escolarizada entre 8 y 14 años de la ciudad de Pasto.

De igual manera, las investigaciones sobre afrontamiento se han dirigido a su relación con enfermedades crónicas como el cáncer, y no sobre el afrontamiento en la fobia social, siendo el afrontamiento un aspecto que modula la respuesta de ansiedad.

Por lo anteriormente expuesto, este estudio tiene implicaciones importantes, en primer lugar, porque al determinar los niveles de las estrategias de afrontamiento empleados por los estudiantes de primer semestre que presentan distintos niveles de fobia social se aporta a la comprensión de estas dos variables, es decir se distinguirán formas de afrontamiento particulares ante las situaciones sociales.

En segundo lugar, al conocer la relación de estas variables se contribuirá a la estructuración de programas preventivos para la población universitaria que tengan en cuenta las estrategias de afrontamiento usadas por los estudiantes que conforman cada grupo de fobia social.

En tercer lugar, desde el punto de vista investigativo y metodológico, se podrá colaborar a futuras investigaciones relacionadas con la fobia social y las estrategias de afrontamiento, así como la posibilidad de realizar estudios comparativos entre diferentes regiones.

De la misma forma, va a aportar información a la literatura que sobre trastornos de ansiedad existe, al relacionar las estrategias de afrontamiento con fobia social, ya que como lo demuestran diferentes estudios nacionales e internacionales, mencionados en el marco de antecedentes, se han descrito las estrategias de afrontamiento con otros trastornos de ansiedad.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la asociación existente entre los niveles de fobia social y los niveles de las estrategias de afrontamiento presentados por los estudiantes matriculados a primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

Objetivos específicos

Identificar los niveles de fobia social en los estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

Describir los niveles de las doce estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño, en cada nivel de fobia social presentado.

Establecer la relación entre los niveles observados en las doce estrategias de afrontamiento, y el nivel de fobia social que presentan los estudiantes de primer semestre.

MARCO DE ANTECEDENTES

Investigaciones internacionales

Dentro de la revisión de las diversas investigaciones a nivel nacional e internacional sobre estrategias de afrontamiento y fobia social, se encuentra que con respecto al tema de estrategias de afrontamiento estas se han estudiado relacionándolas con enfermedades crónicas como: El cáncer, hipertensión, diabetes, VIH- sida, enfermedades coronarias, entre otras. Un ejemplo de estas investigaciones fue realizada en España por Rodríguez, Esteve y López (2000), acerca de la represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico, el objetivo fundamental de esta investigación fue abordar el estudio del dolor crónico oncológico dentro del modelo Procesual del Estrés (Lazarus y Folkman, 1986) y estudiar la relación entre represión emocional, estrategias de afrontamiento y nivel de funcionamiento diario en una muestra de pacientes con cáncer (N=101). Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: El Courtauld Emotional Control Scale (CECS), el Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI), el Cuestionario de dolor de McGill (MPQ) y la Escala de Actividad del Multidimensional Pain Inventory (MPI). Los resultados obtenidos a través de un análisis de ecuaciones estructurales mediante el programa LISREL 8.20, indican que la represión emocional influye sobre el dolor a través de las estrategias activas. También se observó una relación positiva entre estrategias pasivas y dolor y una relación negativa entre estrategias activas y dolor, hallándose una relación incompatible entre ambos tipos de estrategias de afrontamiento.

Así mismo, se encuentran investigaciones sobre estrategias de afrontamiento en población adolescente en diferentes temas y con distintas características como: Consumo de drogas, nivel de bienestar psicológico, nivel socioeconómico bajo, adolescentes embarazadas, entre otros. Una de los estudios realizados con población adolescentes se realizó en España y fue denominado “Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática”, esta investigación fue de tipo *ex post facto* y se analizaron las estrategias de afrontamiento de una muestra gallega de estudiantes de primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (media de edad = 12,5)

utilizando la forma general de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (*ACS*) elaboradas por Frydenberg y Lewis (Gómez, Luengo, Romero, Villar & Sobral, 2006).

Los datos se compararon con los obtenidos en el estudio normativo de la adaptación española en el que se empleó una muestra de mayor edad; se compararon, también, las estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres, y se analizaron las relaciones de esos estilos con el inicio de la conducta antisocial y el consumo de drogas. Los resultados encontrados sugieren que existen diferencias entre las estrategias empleadas en la adolescencia temprana y tardía, así como entre la forma de afrontar las situaciones por parte de hombres y mujeres. También comprobaron que ciertas estrategias de afrontamiento parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales mientras otras parecen favorecer la aparición de estas conductas (Gómez, et al., 2006).

Frente a fobia social las investigaciones se han encaminado a: La evaluación de características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes, a la revisión meta-analítica de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa, al tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa, revisión meta-analítica de los tratamientos cognitivos-conductuales de la fobia social, características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes, tratamientos psicológicos de la fobia social y estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social, entre otras. Un ejemplo de los estudios mencionados sobre fobia social se llevó a cabo en España, esta investigación buscó revisar, de modo cuantitativo, los tratamientos cognitivos y conductuales para la fobia social, obteniéndose un tamaño del efecto medio ponderado de 0,77 para el posttest y 0,95 para el seguimiento. Estos valores permiten afirmar que, en términos globales, dichos tratamientos resultan bastante efectivos para la fobia social. Sin embargo, la prueba de homogeneidad no es estadísticamente significativa, por lo que se infiere que las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales —los tratamientos más contrastados— no difieren en la eficacia demostrada. Estos resultados se explican por la exposición a los estímulos sociales temidos. Este hecho plantea evaluar los fundamentos de la eficacia de dichas técnicas (Moreno, Méndez & Sánchez, 2000).

Investigaciones nacionales y locales

A continuación se mencionarán algunas investigaciones relacionadas con ansiedad y afrontamiento a nivel nacional y local:

1. En la Universidad de Caldas, en Manizales, se realizó un estudio donde se determinó la prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de esta Universidad (Amézquita, González & Zuluaga, 2003).

Los investigadores escogieron una muestra de 625 estudiantes de los diferentes programas académicos, seleccionados al azar, se les aplicaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck y una encuesta semiestructurada. Fue una investigación cuantitativa y transversal con un diseño descriptivo.

Las variables dependientes fueron depresión, ansiedad y comportamiento suicida; y las variables independientes fueron: Edad, sexo, estado civil, facultad, programa, nivel académico y socioeconómico, actividad laboral, procedencia, residencia actual, pérdidas y satisfacción con la carrera. Se estableció una asociación entre las variables. Se encontró una prevalencia de 49,8% para depresión, 58,1% para ansiedad y 41% para ideación suicida. (Amézquita et al., 2003).

2. En la Universidad del Valle, en Cali, Campo y Gutiérrez (2001) realizaron un estudio donde identificaron psicopatologías en estudiantes universitarios, esta investigación tuvo como población a veintiún estudiantes de un programa de la Facultad de Salud, a quienes se les elaboró una historia clínica, se les aplicó una entrevista clínica estructurada (CIDI2), la escala auto aplicada para depresión de Zung, así como también la escala auto aplicada de angustia de Zung y la escala de adaptación social (SASS). Los resultados más relevantes de este estudio demuestran que tres cuartas partes del grupo presentan algún tipo de psicopatología en la evaluación clínica, y el 66% depresión y/o ansiedad con la aplicación de las dos escalas de Zung, con una alta comorbilidad de estos trastornos; además, se encontró correlación entre una adaptación social regular y la presencia de trastornos de ansiedad.

3. Camacho (2005) llevó a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar la relación funcional entre los factores sociodemográficos, ansiedad social y las

expectativas positivas hacia el alcohol, en estudiantes universitarios de ingeniería de dos instituciones privadas de Bogotá.

En cuanto a la metodología este estudio utilizó un diseño no analítico observacional descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 618 estudiantes, seleccionados aleatoriamente con un muestreo estratificado por tipo de ingeniería, quienes respondieron el Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ), la sub-escala de ansiedad social del inventario SPAI, y un formato de datos sociodemográficos y de consumo de alcohol (Camacho, 2005).

Los resultados de la subescala de fobia social fueron analizados a partir de la categorización de los puntajes utilizando la media y la desviación estándar para identificar los niveles de ansiedad en la población.

Entre los resultados más importantes se encuentran: a) Las expectativas del consumo más arraigadas fueron la facilitación de la interacción, la expresividad verbal, la desinhibición y los cambios psicofisiológicos, las de menor nivel fueron la expectativa de que el alcohol incremente la sexualidad, la agresividad y los sentimientos de poder; b) no se encontró asociación entre consumo con el grupo étnico, la institución, el tipo de ingeniería, ni el semestre; c) se concluyó que en los estudiantes de la ingenierías, la frecuencia e intensidad de consumo de alcohol cambia significativamente en función directa del sexo, es decir es mayor en los hombres, las expectativas positivas y la ansiedad social (esta aplica para la intensidad y no para la frecuencia).

4. En cuanto a afrontamiento se realizó un estudio en la Universidad San Buenaventura sede Medellín cuyo propósito fue identificar las propiedades psicométricas y validez estructural a la Escala de Estrategias de Coping (EEC-R) en la versión de Chorot y Sandín (1993). La muestra fue elegida por conveniencia en estudiantes universitarios y personas laboralmente activas. Participaron 893 personas (44,7% mujeres y 55,3% hombres). La edad promedio de los participantes fue de 25 años, edad mínima de 16 y una edad máxima de 58. Se realizó el análisis factorial exploratorio de la prueba, reagrupándose los ítems en 12 factores que representaron el 58% de la varianza. El factor que mostró un mayor nivel de explicación de la varianza fue solución de problemas (12,5%), seguido por búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo

profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. El alfa de Cronbach de la prueba definitiva fue de 0,847 (Londoño et al., 2006).

5. Sobre ansiedad social en los trabajos de grado de la Universidad de Nariño sede Pasto se encuentra que Cuasquén y Martínez (2001) llevaron a cabo una investigación donde determinaron los efectos de la aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en niños de quinto grado de primaria de la Escuela No. 5 del Carmen del Barrio Tejar, de la ciudad de Pasto en el año electivo 2000-2001; en este estudio la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y componentes de la competencia social en la infancia influyeron positivamente en el grupo experimental disminuyendo los niveles de ansiedad social que dicho grupo presentaba.

6. En cuanto a ansiedad en la población universitaria existe un trabajo de grado donde se determinó los factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de ansiedad, para realizar una propuesta de prevención y promoción de la salud en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto. En esta investigación se midió el nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo encontrándose que los factores que predisponen la ansiedad estado eran: edad, consumo de medicamentos para la tos, acontecimientos vitales estresantes, sucesos diarios negativos, vínculo afectivo ansioso resistente y ansioso elusivo, violencia intrafamiliar y estilos de pensamientos erróneos.

Así mismo, la ansiedad rasgo se asoció con la presencia de consumo de cafeína, sucesos diarios negativos, vínculo afectivo ansioso resistente y estilos de pensamiento erróneo. Además, entre los factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad rasgo eran: ajuste social, soporte social afectivo y económico, establecimiento de vínculo afectivo con padres, abuelos, hermanos, tíos y otros; de igual forma el ajuste social, el soporte social afectivo, el establecimiento de vínculo afectivo con hermanos, tíos y otros también son factores de protección para la ansiedad rasgo (Izquierdo, 2004).

7. Otra investigación describe las respuestas de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003 - 2004 al ejercer su rol

terapéutico en la intervención clínica individual. Esta investigación fue un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y con un diseño transversal (Alava & Galvis, 2004)

Las respuestas de ansiedad fueron estudiadas considerando los tres sistemas de respuesta, cognitivo, conductual y psicofisiológico, también se identificaron las variables de la práctica profesional que se relacionan con las manifestaciones de ansiedad en los psicólogos practicantes (Alava & Galvis, 2004).

Estas variables fueron medidas a partir de dos instrumentos construidos por las autoras: La Escala de Reporte de Frecuencia de Ansiedad (ERAPSI) y el Cuestionario de Variables de la Práctica Profesional. Uno de los hallazgos más importantes sugiere la prevalencia de la respuesta de ansiedad en el sistema cognitivo, especialmente antes de realizar la consulta terapéutica, es decir, se reportó una mayor frecuencia de respuestas anticipatorias. Asimismo se encontró que los psicólogos practicantes manifiestan un mayor nivel de ansiedad cuando las relaciones laborales son percibidas como regulares y cuando atienden consultantes adolescentes o adultos.

8. En la Universidad de Nariño con respecto al afrontamiento se efectuó una investigación en la cual se describió las características de los estilos de afrontamiento utilizados en los pacientes con cáncer que asistieron a la Unidad Oncológica del Hospital Departamental en la ciudad de Pasto. Los resultados indican que los estilos de afrontamiento se dirigen tanto a la regulación de la emoción como a la solución del problema, siendo los más utilizados por la población investigada la reevaluación positiva y la búsqueda de soporte social. Además, encontraron que, en general, el tipo de cáncer y de tratamiento no influyó en el proceso de evaluación cognitiva que determina la utilización de ciertos estilos de afrontamiento (Quiroz & Rodríguez, 2001).

9. Otro estudio sobre afrontamiento en la Universidad de Nariño fue llevado a cabo por Alvear y Bastidas (2001), en esta investigación plantearon el diseño, construcción y validación de una escala de evaluación de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. El procedimiento de este trabajo investigativo fue: a) Elaborar un grupo ítems que estuvo conformado por 116, b) realizar una prueba piloto, c) luego los ítems fueron validados por análisis factorial, método que agrupo los ítems

en cinco factores: Interés por la salud y el bienestar, conductas de salud, filiación, soporte social y distanciamiento, representados en 63 ítems que conforman la prueba final.

Una vez validada la escala, se aplicó a la población objetivo y se calculó el coeficiente de confiabilidad, a través del coeficiente alfa de Cronbach, tanto para cada factor como para la escala total.

Investigaciones sobre estrategias de afrontamiento y trastornos de ansiedad

En esta sección se mencionarán algunas investigaciones que relacionan estrategias de afrontamiento y trastornos de ansiedad:

1. En un estudio realizado en la Universidad San Buenaventura, sede Medellín se buscó evaluar algunas variables cognitivas asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en adultos laboralmente activos, de la ciudad de Medellín (Colombia). El estudio fue descriptivo analítico comparativo de casos y controles, con una muestra de 147 personas: 36 casos (con indicadores de TAG) y 111 controles (sin indicadores de TAG). La selección de la muestra fue mediante un muestreo no probabilística. Las variables cognitivas (esquemas, procesos, productos y estrategias de afrontamiento) se evaluaron mediante los siguientes instrumentos: Instrumento Diagnóstico GAD-Q IV (Newman, 2002), Cuestionario de Esquemas Maladaptativos, YSQ-L2 (J. Young 1999), Inventario de Pensamientos Automáticos, IPA, (Ruiz Y Lujan, 1991), Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Modificado (Londoño y Colaboradores, 2001). Se efectuaron los procedimientos estadísticos con pruebas no paramétricas para la comparación de muestras independientes. Los resultados encontrados reflejan diferencias significativas entre los grupos, con predominio de esquemas maladaptativos, errores en el procesamiento de la información y autoverbalizaciones positivas y negativas en los participantes con TAG, y estrategias de evitación emocional y conformismo (Álvarez, López, Posada & Londoño, 2004).

2. En España Miró, García, Martínez-Abascal, Tortella, Bornas y Llabrés (2003) llevaron a cabo una investigación titulada “Estilo de afrontamiento y resultados del tratamiento de exposición en sujetos con fobia a volar”. El objetivo fue estudiar si el estilo de afrontamiento de los pacientes (buscadores y evitadores de información) está relacionado con los efectos de la terapia de exposición; por otra, examinar si este estilo está relacionado con sesgos de atención.

La metodología de este estudio fue cuasi experimental; como instrumento de medición se utilizó el CAFFT (Computer Assisted Fear of Flying Treatment), esto es, un programa de exposición asistido por computadora, a una muestra de 17 personas con miedo a volar en avión y para la evaluación del estilo de afrontamiento se empleó la versión española de la Miller Behavioural Style Scale, mientras que los sesgos de atención fueron valorados mediante el test Stroop. Los resultados muestran que el tratamiento fue efectivo, y si bien no detectan relación con el estilo de afrontamiento, se observa que el estilo de búsqueda de información (por ejemplo, monitoring) está asociado con mayores trastornos antes del tratamiento, aunque éstos desaparecen tras el mismo. Los datos también muestran una relación estadísticamente significativa entre sesgo de atención y estilo de afrontamiento (Miró et al, 2003).

3. En España Peñate, Pitti, Betancourth y Gracia (2006) analizaron las conductas de afrontamiento desadaptativas (CAD) utilizadas por los pacientes afectados por agorafobia (PA) ante la presencia o la anticipación de un estímulo fóbico o interoceptivo. Estos autores proponen una nueva clasificación de las conductas de afrontamiento, incluidas las estrategias de afrontamiento parcial. Los parámetros tomados en cuenta para plantear esta nueva taxonomía son: a) atender la función que regulan las conductas y pensamientos, b) considerar la naturaleza de las estrategias (cognitivas o conductuales) e, c) incluir los comportamientos a los que se reconozca un carácter desadaptativo.

A partir de estos proponen cuatro patrones conductuales: a) conductas de evitación, cuya función es reducir o eliminar la ansiedad al evitar los estímulos fóbicos); b) conductas de escape, su función es reducir la ansiedad huyendo de la situación; c) evitación interoceptiva, su función es prevenir las respuestas fisiológicas negativas, similares a las provocadas por las crisis de pánico y; d) las conductas de afrontamiento parcial, su función es ayudar a afrontar los estímulos fóbicos con el menor malestar posible.

Finalmente, esta propuesta se discute de acuerdo con la necesidad de tomar en cuenta todas estas conductas y estrategias (y no sólo las de evitación y escape) e intentar minimizar su uso. Destacando la importancia de las mismas, ya que no considerarlas podría propiciar un falso progreso terapéutico, de por sí contraterapéutico.

4. Después de llevar a cabo el anterior estudio, Peñate, Pitti y Betancourth (2006) realizan un estudio empírico en España sobre las conductas de afrontamiento desadaptativas (CAD) en pacientes con agorafobia (PA); los objetivos generales de la investigación fueron establecer en qué medida usan esas estrategias los PA, conocer su uso diferencial en relación con el modo en que las utilizan personas con otros trastornos o población no clínica y entender su papel en la evaluación del progreso terapéutico.

Los objetivos específicos del estudio fueron los siguientes: determinar en qué medida utilizan las CAD los PA, en comparación: con pacientes de otros trastornos; conocer el uso diferencial de las distintas estrategias de afrontamiento por parte de los PA; establecer el papel de las conductas de afrontamiento parcial en la evaluación que hacen los clínicos del progreso terapéutico.

Para ello elaboraron una escala que recogía una amplia representación de las CAD, tanto en su versión de conducta manifiesta como de conducta encubierta. La escala se administró a una muestra de 235 personas: 165 con algún trastorno mental (40 con diagnóstico de PA) y en tratamiento en una unidad de salud mental, y a un grupo no clínico de 70 personas. Los principales resultados muestran que las CAD suelen ser significativamente más utilizadas por los PA en comparación con otros trastornos, y que las conductas más utilizadas suelen ser las de evitación y escape de los estímulos fóbicos e interoceptivos. Una evolución favorable de los pacientes agorafóbicos suele acompañarse de una disminución del uso de esas conductas, salvo en las referidas a los afrontamientos parciales, en que no se encuentran diferencias significativas. Además, el menor uso de estrategias de evitación y escape sólo ocurre en los comportamientos de conducta manifiesta, pues no hay cambios significativos en el uso de estrategias encubiertas.

Estos resultados indican que las estrategias de afrontamiento parcial son las menos utilizadas. Las personas con un problema agorafóbico recurren a la evitación o el escape de las situaciones fóbicas como los métodos más eficientes para reducir la ansiedad y el malestar psicológico, y reservan las conductas de afrontamiento parcial para las ocasiones en que se ven forzadas o necesitan enfrentarse a un estímulo fóbico.

El papel de esas conductas de afrontamiento parcial en el análisis del progreso terapéutico evaluado por los terapeutas indica que éstas permanecen sin cambios, aun cuando los clínicos señalan que los pacientes evolucionan favorablemente. Esto puede indicar un problema de precisión en el juicio clínico, pero también se puede atribuir al papel que cumplen estas estrategias en el mantenimiento y la consolidación de los PA.

Por último, se discute el papel contraterapéutico de las conductas de afrontamiento parcial y la necesidad de considerarlas como un objetivo en sí mismo en el proceso terapéutico.

MARCO TEÓRICO

Ansiedad

La ansiedad constituye la respuesta emocional ante la percepción de una amenaza o peligro presente o futuro, y su finalidad es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación (Cía, 2004; Zumaya, 1999).

La ansiedad puede ser definida como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, la cual se manifiesta con respuestas fisiológica, emocional, cognoscitiva y conductual que se presenta como resultado de una percepción real o imaginaria de una amenaza (Sandín, 1997; Cía, 2004). Además, tiene un carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín, 1997).

Sin embargo, la ansiedad supera la normalidad cuando los parámetros de intensidad, frecuencia o duración se relacionan con estímulos no amenazantes para el individuo, provocando manifestaciones patológicas, tanto a nivel funcional como emocional (Vila, 1984, citado por Sierra, Ortega & Zuibeidat, 2003).

En consecuencia, la ansiedad representa una emoción de valor adaptativo que le permite al individuo responder ante situaciones nuevas o de peligro; no obstante, como se expuso anteriormente cuando se presenta en situaciones que no indican peligro, esta emoción puede representar un problema para la salud mental de la persona, pues repercute en las esferas de su funcionamiento; una de las manifestaciones de este tipo de ansiedad es el trastorno de ansiedad social, el que puede aparecer al anticipar o vivenciar diferentes contactos interpersonales.

Fobia social

La ansiedad ante situaciones sociales es normal e incluso útil porque es una motivación adaptativa que permite a los seres humanos comportarse adecuadamente ante relaciones interpersonales nuevas o importantes, este tipo de ansiedad motiva a asimilar normas, convenciones sociales y asumir los diferentes roles sociales que debemos desempeñar. En la mayor parte de las personas la ansiedad acaba por reducirse considerablemente tras los primeros minutos de interacción social o tras la exposición repetida a situaciones similares. En las personas normales el grado de ansiedad es proporcional a la trascendencia real de la situación, por ejemplo, una

entrevista de búsqueda de empleo, una propuesta de matrimonio, entre otras (Echeburúa, 1993; Cía, 2004).

La ansiedad frente a situaciones sociales se convierte en patológica cuando afecta el desempeño de la persona en una o varias esferas del funcionamiento, es un trastorno profundamente perturbador e incapacitante que puede ir incluso acompañado de ataques de pánico, limitando el repertorio de conductas e impide desarrollar todas las posibilidades de la persona. Esta ansiedad patológica ante las situaciones sociales se la denomina como fobia social.

Según el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2000, citado por, Scheiner et al., 2005, p. 75) la fobia social se define como:

Temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme a actuar de forma que se sienta humillado o avergonzado y siente ansiedad que puede manifestarse como una crisis de angustia, y reconoce que el temor es excesivo o irracional. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad acusada con el consiguiente deterioro o malestar intenso. Los síntomas no pueden atribuirse a una enfermedad médica o al abuso de sustancias.

De acuerdo a este manual, es necesario especificar dentro del diagnóstico de fobia social, si se trata de una ansiedad social generalizada que se presenta cuando el paciente teme ante la mayoría de situaciones sociales, o si se trata de ansiedad social específica.

En concordancia con esta diferenciación por subtipos de fobia social Turner, et al. (1992), citado por Olivares, Piqueras & Alcázar, (2005) toman como criterio la frecuencia de ocurrencia de las situaciones sociales a la hora de delimitar su propuesta respecto a lo que se ha de entender por “la mayoría de las situaciones” y proponen distinguir dos subtipos: a) Fobia social generalizada si se teme a situaciones de ocurrencia frecuente tales como asistir a fiestas o reuniones sociales, iniciar o/y mantener conversaciones, etc.; b) Fobia social específica, si a lo que temen son situaciones con menor frecuencia de ocurrencia, tales como dar discursos, hablar en reuniones, comer o escribir en público o utilizar baños públicos.

En este orden de ideas Beidel, Tumer & Dancu (1985), citado por García, Olivares & Vera, (2003), señalan que la fobia social es un estado patológico caracterizado por un alto nivel de activación fisiológica que se produce cuando en determinadas situaciones sociales, una persona tiene miedo a la evaluación negativa que los demás pueden hacer de ella y, además, sus expectativas respecto a las probabilidades de éxito en la interacción con los demás son muy bajas.

En este sentido, los síntomas psicofisiológicos de taquicardia, temblores, sudoración y enrojecimiento facial son característicos de este tipo de pacientes, experimentando éstos más pensamientos negativos y menos positivos en las situaciones interpersonales, atribuyendo las deficiencias más a si mismos que a la situación, considerándose como menos hábiles, lo que desencadena niveles altos en el ritmo cardiaco y presión sanguínea. (Turner, Beidel & Dancu, 1985, citado por Zubeidat, 2005)

En las personas con fobia social la ansiedad experimentada no guarda relación con la realidad de la amenaza, es decir, el individuo percibe un miedo desproporcionado, irracional e inadecuado con respecto al acontecimiento al que se ve enfrentado y esta sensación no se disminuye con la repetida exposición a las experiencias sociales (Botella, Perpiña, Baños & García, 2003b).

Considerando las especificidades de la fobia social y sus implicaciones en la persona que lo padece, es importante realizar un diagnóstico confiable determinando distinciones claras entre este trastorno y otros con los que puede ser confundido. Por ello la siguiente sección trata el tema de los trastornos comórbidos a la fobia social.

Trastornos comórbidos

Los trastornos comórbidos más frecuentes con fobia social son: a) otros trastornos de ansiedad, b) trastornos del estado del ánimo, c) trastornos referentes al abuso de sustancias tóxicas, d) trastornos de la conducta alimenticia (Zubeidat, 2005; Olivares, Rosa & García-López, 2004; Heimberg, Liebowitz, Hope & Schneier, 2000).

De acuerdo a estos autores, la depresión mayor es el trastorno que presenta mayor comorbilidad con la fobia social, otros trastornos que también se pueden asociar a la fobia social es el trastorno de personalidad por evitación, además del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. En este mismo sentido las

personas con fobia social tienen mayor riesgo de presentar esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme.

En términos generales el trastorno de fobia social precede al trastorno comórbido, lo que presupone que la ansiedad desencadena el inicio de la comorbilidad (Zubeidat, 2005; Olivares et al., 2004; Heimberg et al., 2000).

Modelos explicativos de la fobia social

La adquisición de los miedos fóbicos como los que se presentan en la fobia social, pueden explicarse por medio de diferentes modelos, entre los que se encuentran: Los modelos conductuales, los modelos cognitivos y los modelos cognitivo-conductuales. Estos modelos se describirán a continuación y sirvieron de referente para analizar los datos obtenidos en la investigación, es decir, se tomaron los elementos de cada modelo para validar la información recolectada. Sin embargo, la teorización sobre las emociones realizada por Lazarus es el marco general desde el que partió la investigación. Esta teorización se describirá en el apartado "Relación entre ansiedad y afrontamiento".

Modelos conductuales

Modelos de condicionamiento. Existen distintos tipos de condicionamiento; uno de ellos, es el condicionamiento traumático directo, donde las personas con fobia social suelen recordar experiencias condicionantes traumáticas directas que tendrían un papel central en el origen de la fobia.

La importancia del papel explicativo de los procesos de condicionamiento en la fobia social se ha reflejado por Echeburua (1995), defendiendo la existencia de dos fases en el transcurso de la misma, coincidiendo con la propuesta del "modelo bifactorial mediacional de Mowrer". En la primera fase, las respuestas psicofisiológicas (temblor, sudor, taquicardia, rubor, etc.), la anticipación de consecuencias negativas ante posibles encuentros sociales y la presencia de conductas inadecuadas serían consecuencia de las experiencias sociales negativas experimentadas por un individuo con vulnerabilidad psicológica pudiendo dar lugar al fracaso en las relaciones sociales. En la segunda fase, el paciente con fobia social evitaría activamente la situación social como respuesta a la anticipación de la posibilidad de que se produzcan consecuencias negativas relativas a situaciones sociales nuevas y a la puesta en marcha de respuestas de ansiedad relacionadas

con las mismas. En definitiva, se produciría un reforzamiento negativo de la evitación social. Es decir, a mayor evitación de las situaciones sociales mayor ansiedad o miedo presentarían los individuos con fobia social ante las mismas.

Echeburua (1993, 1995) sostiene que los factores de vulnerabilidad pueden ser varios, siendo significativos, además de las experiencias traumáticas, la timidez y el aislamiento, las variables de personalidad como la introversión y el neuroticismo.

Otro tipo de condicionamiento es el de observación o vicario que viene a exponer que la simple observación de un individuo que muestra temor ante un objeto o en una situación determinada podría ser suficiente para condicionar el miedo o la fobia. En esta línea, la investigación humana el condicionamiento observacional del miedo es posible gracias al condicionamiento de miedos muy leves y pasajeros (Hygge y Ohman, 1978 citados por Sandín, 1995). Para los seres humanos el miedo fuerte y persistente podría desarrollarse a través de un condicionamiento vicario, aunque la simple observación de los padres por parte de sus hijos posibilita que aprendan comportamientos, bien sumisos o dominantes, a través de un proceso de aprendizaje social en el que los padres actuarían como modelos para sus hijos.

La propuesta de Olivares y Caballo (2003) citados por Zubeidat (2006), sobre un modelo tentativo relacionado con la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social hace referencia a un proceso que incluiría una fase de vulnerabilidad, otra relacionada con la génesis y otra tercera que alude a las variables significativas mantenedoras de la ansiedad social. Estos autores proponen que la posible existencia de una asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables propias del individuo que provocaría la génesis del trastorno de ansiedad social directa o insidiosamente. En este contexto social negativo cobrarían importancia las variables asociadas al ámbito familiar, al escolar y a otros contextos, tales como aspectos evolutivos y no evolutivos, variables de personalidad, respuestas de escape y déficit de aprendizaje. Determinados procesos de condicionamientos clásicos, instrumental, modelado y la transmisión de información establecerían la asociación entre el contexto social negativo y dichas variables relativas al sujeto. Por su parte, es posible que la incertidumbre percibida por el individuo y las respuestas de escape y de evitación tendrían un papel fundamental en el inicio, desarrollo y mantenimiento de la fobia social.

Modelo de Barlow. Este autor en 1988 propuso que los seres humanos son susceptibles a la desaprobación social y a la crítica por motivos de evolución biológica. Este hecho justificaría la experimentación de determinados miedos sociales de las personas en algún momento de su vida, especialmente, en la etapa de adolescencia. No obstante, no todos los individuos acaban desarrollando el problema de fobia social, sino que únicamente los que muestran una vulnerabilidad biológica y psicológica a la aprehensión ansiosa.

De acuerdo a Botella et al. (2003b), este modelo retoma dos tipos de conceptos: Falsas alarmas y alarmas reales. La alarma real tendría lugar una vez que se produzca el miedo como respuesta a la amenaza real u objetiva, preparando al cuerpo física y psicológicamente para llevar a cabo una acción. Por su parte, la falsa alarma daría lugar a la respuesta de ansiedad, careciendo de un objeto o una situación real, evaluados como peligrosos y amenazantes para la integridad física de la persona.

Según Barlow (1988) citado por Zubeidat (2006), existirían tres vías que posibilitan la adquisición de la fobia social:

1. La primera se refiere a la presencia de una cierta vulnerabilidad biológica a experimentar ansiedad social o mostrarse socialmente inhibido, presentándose especialmente en la etapa de adolescencia, donde el problema sería más frecuente e intenso.

2. La segunda vía de adquisición se presenta ante determinadas situaciones de estrés en las que algunas personas mostrarían una respuesta inadecuada de falsa alarma en forma de un ataque de pánico inesperado a una situación social, lo que permitiría generalizar esta reacción de ansiedad a otras situaciones sociales similares en el futuro.

3. La tercera vía hace hincapié en la importancia del papel del condicionamiento directo en el desarrollo de la fobia social; muchas veces, la vivencia de una experiencia traumática directa evaluada como alarma verdadera, en una situación social, podría ser suficiente para que se produzca el trastorno. El aprendizaje de la respuesta de alarma se impregnaría de la aprehensión ansiosa tanto en el caso de la falsa alarma o en la verdadera, especialmente en lo que se refiere a situaciones de interacción social.

Modelos cognitivos

Modelo cognitivo de la fobia social de Clark y Wells (1995) y Wells y Clark, (1997). Este modelo cognitivo de la fobia social pone énfasis en los factores que dificultarían la modificación de los pensamientos negativos de las personas con fobia social, relativos a un gran número de situaciones sociales. Este modelo se fundamenta en los principios del enfoque de procesamiento de la información autorregulatorio de los trastornos emocionales (Wells & Matthews, 1994 citados por Botella et al., 2003b). Propone que los sujetos que padecen ansiedad social ofrecerían una motivación elevada para mostrar una impresión favorable de sí mismas (self), independientemente de la inseguridad que mantienen, con respecto a su capacidad para alcanzar este objetivo en determinadas situaciones interpersonales. Es decir, el individuo con fobia social mantendría un fuerte deseo para impresionar favorablemente a los demás, mostrando índices considerables de inseguridad en sus propias habilidades para lograrlo.

Desde esta perspectiva, el ser humano es considerado como un objeto social, siendo su procesamiento de la información responsable de la ejecución de sus comportamientos. A su vez, el sí mismo como objeto social aludiría a la imagen mantenida por la persona sobre la manera en la que percibe que los demás lo ven. Esto viene a destacar que los modelos cognitivos de la fobia social pondrían un especial énfasis en la autopercepción como un factor importante en el mantenimiento de este trastorno (Beck & Emery, 1985; Clark & Wells, 1995; Leary, 2001; Rapee & Heimberg, 1997 citados por Botella et al., 2003b; Zubeidat, 2006).

Es así como, Hofmann (2000), Wells y Papageorgiou (1998) y Woody y Rodríguez (2000) citados por Botella et al. (2003b) y Zubeidat, (2006), afirman que las personas con ansiedad social desviarían su atención hacia detalles que les hace observar a sí mismo como un objeto social, ignorando la información procedente del exterior.

La Figura 1 muestra cómo se produciría y se mantendría la ansiedad social.

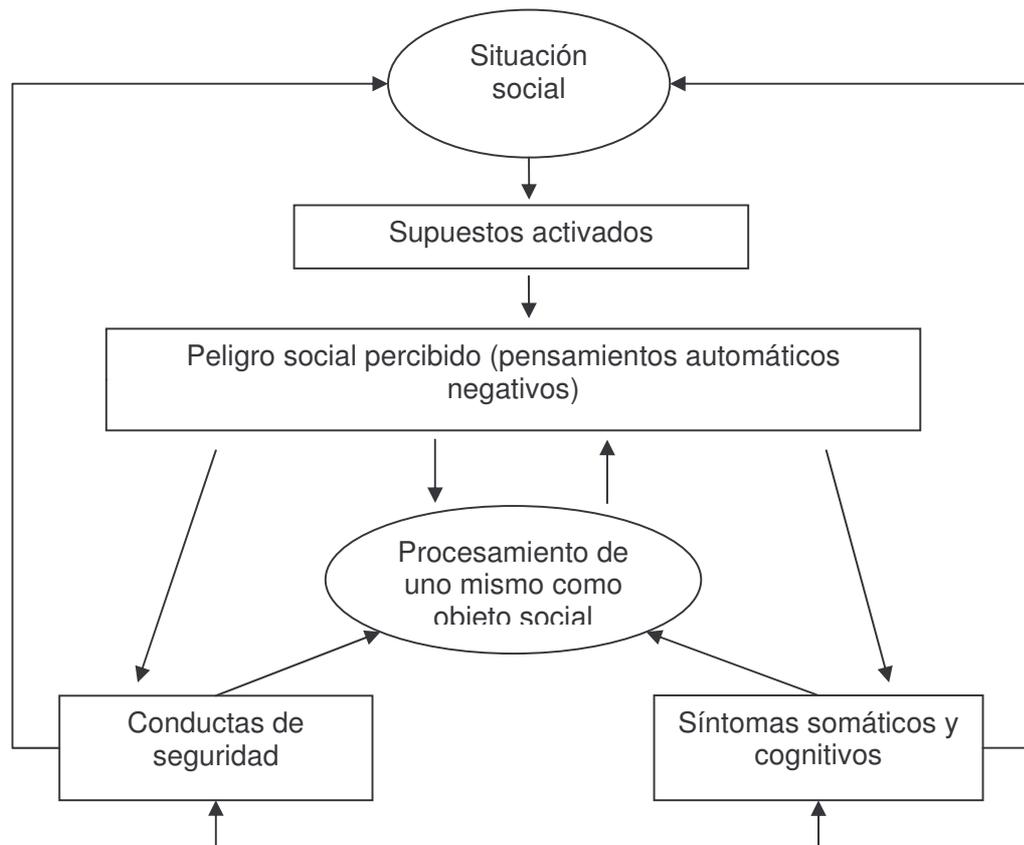


Figura 1. Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo cognitivo de Clark y Wells (Tomado de Botella et al., 2003b, p. 72).

Por otra parte, el presente modelo, según Botella et al. (2003b), presta especial atención a los procesos cognitivo comportamentales que explicarían el mantenimiento de la fobia social. Dichos procesos también aclararían de que manera las personas con fobia social experimentarían situaciones sociales que incluyen información ambigua, la cual provocaría los miedos sociales. Esto hace que los individuos presentes en situaciones sociales provocadoras de temor, tengan un gran número de pensamientos negativos mantenidos por dichos mecanismos. En este sentido, Foa, Franklin y Kozak (2001) citados por Sandín (1995) enfatizan en la importancia de los factores cognitivos en el mantenimiento de la fobia social, describiendo la estructura de las cogniciones patológicas asociadas con la fobia social; estos autores hipotetizan que, a menudo la estimación de las consecuencias negativas y otras cogniciones amenazantes interactuarían con los déficit en las

habilidades sociales para mantener un ciclo de evitación comportamental y estrés emocional como respuesta a las situaciones sociales.

Este modelo se basa en el hecho de que la persona con fobia social interpretaría que la situación social en la que se encuentra es peligrosa o amenazante para él debido a experiencias previas asociadas a predisposiciones innatas de la conducta. El individuo con fobia social puede actuar de manera inadecuada en el transcurso de la situación, llevándolo a determinadas consecuencias negativas valoradas como catastróficas, lo que daría lugar a que sea rechazado o humillado por los demás (Botella et al., 2003b; Zubeidat, 2006).

La mayoría de las personas se enfrentan a eventos sociales negativos, aunque únicamente los sujetos con ansiedad social suelen interpretar estos eventos de una manera catastrófica (Clark y McMmanus, 2002 citados por Zubeidat, 2006). Es decir, los individuos con fobia social mantendrían unos esquemas relativos a sí mismo y al entorno social que les rodea, percibiendo una continua amenaza peligrosa en las diferentes situaciones sociales. Específicamente, creen que existe la posibilidad de que se comporten como ineptos, o de un modo inaceptable en las situaciones sociales.

Según Clark y Wells este hecho les traería consecuencias desfavorables, tales como la pérdida mérito personal, humillación y rechazo por parte de los demás. Es así como la evaluación negativa de peligro provocaría la activación automática manifestada en cuatro tipos de respuestas: Fisiológicas, cognitivas, afectivas, y comportamentales; desencadenando ciertas conductas de seguridad y de evitación como respuestas a las amenazas percibidas (Botella et al., 2003b)

Como resultado, los individuos con fobia social muestran preocupación sobre los síntomas fisiológicos que experimentan, puesto que activan los pensamientos negativos asociados a ellos, lo que hace evaluarlos como perjudiciales, y surgen pensamientos asociados a la valoración que los demás hacen de ellos. Este proceso de autofocalización de la atención en sí mismo, dificultaría el desempeño social, disminuyendo el procesamiento de la información interpersonal objetiva (Zubeidat, 2006).

En conclusión, las reacciones de ansiedad serían inapropiadas cuando el miedo es más imaginario que real, transformándose frecuentemente en nuevas causas de

miedo en lugar de formar una función adaptativa o útil. Este hecho daría lugar a determinados círculos viciosos que contribuirían al mantenimiento e incluso al agravamiento de la ansiedad social. Por último, los autores de este modelo hacen hincapié en una serie de elementos que, junto a los anteriores, contribuirían a una explicación más íntegra de la fobia social. Dichos elementos son: Factores de vulnerabilidad a sufrir el trastorno, mecanismos contribuyentes a su mantenimiento, ciclos de retroalimentación del modelo y tipos de procesamiento que darían lugar a la autofocalización.

Modelos cognitivo-conductuales

Modelo de Schlenker y Leary (1982). Esta propuesta considera que las personas influirían unas en otras sobre sus conductas en la mayoría de las situaciones sociales de su vida con la finalidad de alcanzar sus metas.

Asimismo, muchos aspectos negativos que experimentarían los individuos en sus vidas, tales como el abandono, el maltrato físico y psicológico, el rechazo y otros serían también el fruto de la conducta mantenida por otras personas (Leary y Kowalski, 1995, citados por Heimberg et al., 2000). De hecho, existen distintas maneras de influir sobre la conducta de otras personas como por ejemplo, aplicar las recompensas las amenazas o los castigos, formando las conductas de autorepresentación un conjunto de tácticas o procedimientos común y eficaz para el manejo de la impresión causada en los demás (Schlenker, 1980; Schlenker y Leary, 1982 citados por Heimberg et al., 2000). Es decir, la influencia social se lograría por medio de las conductas de autorepresentación, de manera que, a menudo, las reacciones mostradas por las personas constituirían una función de la impresión que causamos en ellos. Así, el éxito en la vida social estaría determinado por las impresiones que las personas causan en los demás.

En definitiva, Heimberg et al. (2000) afirman que esta teoría expone que las personas actúan para ofrecer una determinada impresión a los demás debido a razones específicas, tales como el miedo de no ser socialmente eficaz, el temor a la evaluación negativa, la falta de habilidades sociales o la experimentación de una reacción emocional negativa condicionada a situaciones sociales. Según esto, el objetivo es causar en los demás una reacción en la forma y en el sentido deseado.

Se trata de impresiones particulares o deseadas en lugar de positivas, favorables o socialmente deseables.

La ansiedad social incrementa, entonces, la sobreestimación de la evaluación interpersonal, de manera que a mayor dificultad de provocar una impresión deseada en los demás, mayores son los niveles de la ansiedad que siente el individuo, limitando su comportamiento social. Como resultado de la ansiedad experimentada, las personas con fobia social desarrollan tácticas seguras y protectoras como guardar silencio, retraerse o distanciarse para prevenir determinados daños que podrían influir en su imagen social (Heimberg et al., 2000).

Todo ello indica que la ansiedad tiene lugar una vez que el individuo muestra una necesidad imperiosa de ofrecer una cierta impresión, manteniendo unas motivaciones al respecto, pero percibe que es incapaz de alcanzar esta meta (Schlenker y Leary, 1982 citados por Botella et al., 2003b); es decir, para que ocurra la ansiedad es necesario que se den dos posibles factores: Motivación para impresionar en los demás y probabilidad subjetiva de lograrlo. Según esto, las situaciones sociales que carecen de presión para mostrar una determinada impresión son consideradas como cómodas, relajadas y fáciles, por lo tanto, no generarán altos niveles de ansiedad social. Así, la ausencia de una de las dos condiciones anteriores constituirá un indicador de la inexistencia de respuestas de ansiedad elevadas (Zubeidat, 2006).

Por otra parte, los autores de este modelo proponen que el malestar causado por los síntomas de ansiedad puede disminuir las impresiones inadecuadas o frenarlas si están ocurriendo, como resultado de percibir no haber impresionado como esperaba a los demás. Esto ocurre especialmente si dichas impresiones suponen una ofensa para los demás, incitándoles a realizar un esfuerzo por realizar una serie de conductas que alivien el daño provocado en su propia imagen, con el objetivo de reestablecer la relación afectada (Botella et al., 2003b; Zubeidat, 2006; Heimberg et al., 2000).

Finalmente, la teoría de la autorepresentación ha abordado una amplia gama de posibles explicaciones de la ansiedad social, tales como déficit en habilidades sociales, autoevaluaciones negativas, condicionamiento clásico y necesidad de aprobación social.

Modelo de Rapee y Heimberg (1997). Este modelo parte de los planteamientos de Clark y Wells, y amplía los postulados de Carver y Scheier (1988) y Schlenker y Leary (1982). El modelo de Rapee y Heimberg se fundamenta, por un lado, en el significado de la ansiedad social y a su posible distribución en un continuo de gravedad; y, por otro, al reconocimiento de ciertos subtipos de dicho continuo.

En cuanto a la distribución, los autores de este modelo plantean la existencia de una relación entre timidez, fobia social y el trastorno de personalidad por evitación. Los tres conceptos se localizan en distintos puntos de un mismo continuo, el de preocupación por la evaluación social; la timidez adoptaría el valor más bajo en el continuo, la fobia social el medio y el trastorno de personalidad por evitación el más alto. Por su parte, los subtipos dentro de este modelo son la fobia social generalizada y la fobia social no generalizada.

Al igual que Clark y Wells (1995), modelo cognitivo expuesto anteriormente, Rapee y Heimberg (1997) del presente modelo consideran que el individuo con fobia social percibe que las personas que le rodean realizan una evaluación negativa de su persona de manera continua, considerándolas como críticas. Como resultado, concede una gran importancia a la posibilidad de ser evaluado de un modo positivo por los demás. Esto conllevaría al desarrollo de determinados procesos responsables de la generación y el mantenimiento de la ansiedad social. Dichos procesos pueden ser parecidos independientemente del momento en el que ocurre la situación social que puede tener lugar en el momento actual, ser anticipada o recordada (Zubeidat, 2006).

Los autores de este modelo afirman que, ante una situación social, la persona con fobia social construye una imagen mental de la propia apariencia y de su conducta en la manera en la que cree que es visto por la audiencia, centrando su atención en esta imagen interna y en las amenazas percibidas en su ambiente social. En este contexto el concepto audiencia se refiere tanto a un grupo de individuos que observan intencionalmente, como a cualquier individuo o grupo que es capaz de percibir la apariencia o la conducta del sujeto. En general la audiencia estaría presente en cualquier situación social susceptible de ser evaluada, siendo innecesaria la interacción entre la audiencia y la persona para que se dé la ansiedad (Botella et al., 2003b).

La construcción de la representación mental de la apariencia y la conducta es posible gracias a distintas fuentes: Información de la memoria a largo plazo, señales internas como los síntomas físicos y señales externas como la retroalimentación de la audiencia (Ver Figura 2).

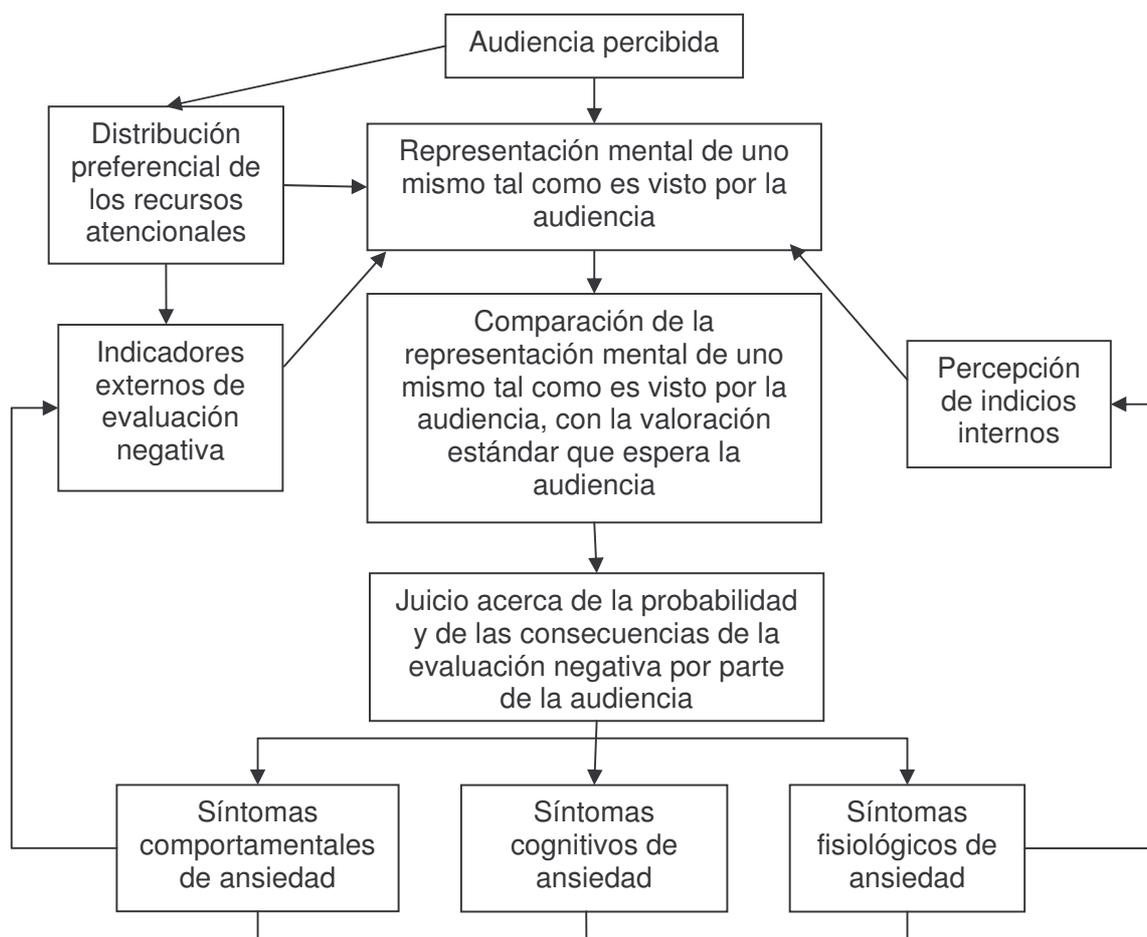


Figura 2. Procesos de desencadenamiento y mantenimiento de la fobia social según el modelo de Rapee y Heimberg (Tomado de Botella et al., 2003b, p. 81).

Lo innovador del presente modelo, de acuerdo a Botella et al. (2003b) y Zubeidat (2006), está en que los recursos atencionales también se dirigen al manejo de las amenazas externas potenciales. Además, el sujeto crea una predicción sobre la ejecución estándar o norma que va a usar la audiencia en una determinada situación. Esto le permitirá comparar su representación mental con la que cree tiene la audiencia de él, y con este estándar de ejecución busca predecir la percepción que mantiene dicha audiencia de su ejecución y de sí mismo.

La posibilidad de que se efectúe una evaluación negativa por parte de la audiencia y las correspondientes consecuencias sociales de la misma, son el resultado de la incongruencia entre la percepción de la persona acerca de la valoración de la audiencia de su apariencia o conducta (ejecución), y la de los estándares que emplea la audiencia. Como resultado de la evaluación negativa se producen las respuestas de ansiedad fisiológicas, cognitivas y comportamentales. A su vez, estas respuestas inciden en la imagen mental del sujeto acerca de cómo percibe la audiencia su propia apariencia y conducta tal como él piensa, constituyendo un círculo vicioso de la ansiedad social que va renovándose continuamente (Botella et al., 2003b; Zubeidat, 2006).

Modelo de Botella, Baños y Perpiña (2003). Este modelo se basa en los planteamientos recientes de Clark y Wells (Clark y Wells, 1995; Wells y Clark, 1997) y Rapee y Heimberg (1997), sin dejar de lado los distintos postulados formulados por Marks (1987), Barlow (1988), Schlenker y Leary (1982), Trower y Gilbert (1989) y Kanfer y Hagerman (1981). La Figura 3 muestra la relación entre los elementos que constituyen la propuesta del presente modelo.

Según este modelo, la vulnerabilidad biológica, psicológica y social son un elemento central en el surgimiento y el mantenimiento de la fobia social. Los genes y los sustratos biológicos se consideran aspectos comunes a todos los seres humanos. Además, las personas están inmersas dentro de una cultura que les proporciona una serie de valores, adquiriendo una educación dentro de un sistema familiar y social. Asimismo, las normas y estándares de desenvolvimiento social se aprenden y se interiorizan en el transcurso de este proceso, pudiendo ser adecuados y adaptativos (Botella et al., 2003c).

A todo esto, se sumaría las experiencias vitales específicas asociadas a la interacción social de las personas, especificándose de distintas maneras: Primero, en los esquemas cognitivos en los que se almacena el significado y la implicación de las situaciones sociales, la manera en la que se perciben las personas a sí mismas y el modo de procesamiento de la información asociada a la interacción, ejecución y encuentros sociales (Botella et al., 2003c).

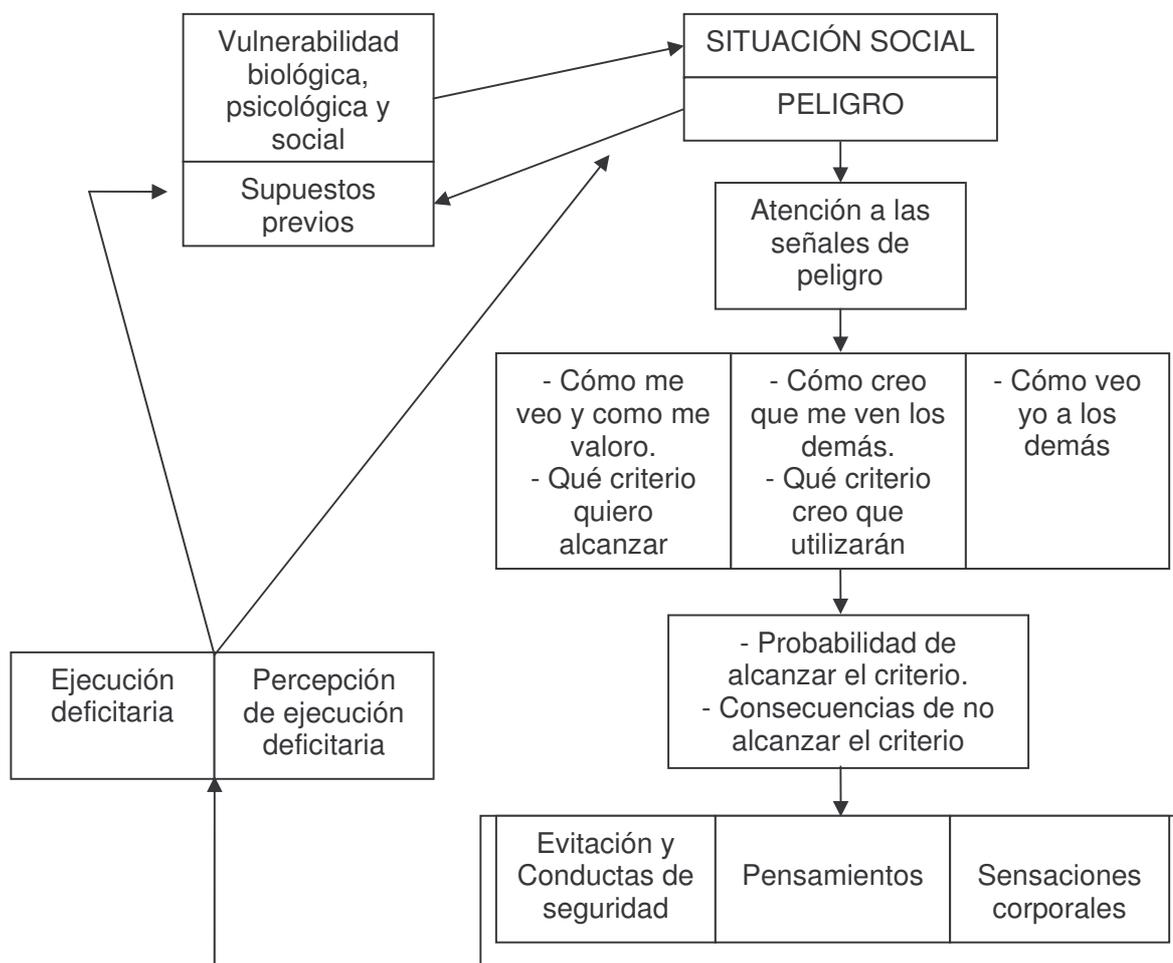


Figura 3. Propuesta de un modelo de la fobia social (Tomado de Botella, Baños & Perpiña, 2003c, p. 110).

Además, los individuos con ansiedad social encuentran dificultades para evitar pensar en eventos pasados y de intentar olvidar o suprimir información relacionada al respecto. Así, los resultados del estudio de Field, Psychol y Morgan (2004) citados por Zubeidat (2006), indican que los individuos con ansiedad social recuerdan memorias significativamente negativas y vergonzosas en relación al procesamiento de eventos pasados. Asimismo, el grupo de personas con ansiedad social mantenía estimaciones negativas sobre su habla por más de una semana, mientras el grupo no clínico mostró incremento positivo en su ejecución (Abbott y Rapee, 2004 citados por Zubeidat, 2006).

Segundo, en algunos rasgos de personalidad; y, tercero, en el aprendizaje o el no aprendizaje de una serie de habilidades de afrontamiento y patrones de comportamiento.

La totalidad de estos elementos originan una forma particular de anticipar, afrontar y recordar las situaciones sociales., es decir, valorarlas como amenazantes o gratificantes, siendo necesaria la disposición de determinadas habilidades para manejarlas y desenvolverse en ellas.

Es así como la persona con ansiedad social evalúa las situaciones sociales como amenazantes y peligrosas, lo que puede llevar al rechazo de los demás, la pérdida de estatus y la valoración deseada. Con base en esto, sus procesos de pensamiento actúan mediante un marco defensivo, focalizando la atención en los daños que se pueden derivar. Todo ello llevaría a que el individuo con ansiedad social dude de su capacidad para ser aceptado y estimado por los miembros de su grupo, valorándose como inferior a las demás personas (Botella et al., 2003c).

Esto le conducirá a tener miedo no sólo a la evaluación negativa, sino también a la valoración que no es tan positiva como él desea, esforzándose continuamente para impedido. La exposición a una situación social valorada como peligrosa o amenazante por parte del sujeto con fobia social, provoca la activación de múltiples señales de alarma en su cerebro, desencadenando la respuesta de ansiedad (Botella et al., 2003c).

Por otra parte, los recursos atencionales se centran en dos posibles tipos de amenazas: Primero, las amenazas procedentes de fuentes internas como resultado de la autofocalización de la atención, comenzando un proceso denominado "procesamiento de uno mismo como un objeto social" (Clark & Wells, 1995, citados por Botella et al., 2003c). En este proceso el individuo descubre que su self puede volverse más tangible, percibiéndose a sí mismo como un observador externo y usando información que viene de si mismo para estimar la impresión que provocará en los demás.

Segundo, las amenazas provenientes del exterior, las cuales se identifican mediante un proceso de focalización de la atención en posibles amenazas, tales como las señales de rechazo o aburrimiento (Rapee & Heimberg, 1997 citados por Botella et al., 2003c).

En conclusión, durante la situación social, el sujeto construye una representación mental de sí mismo, según la manera en la que cree ser visto por los otros y en la que se ve a sí mismo, preocupándose y anticipando el criterio que los demás emplearán para evaluar sus habilidades y posibilidades, y de esta forma poder igualarla o superarla. Esto lleva al individuo a hacer una comparación entre la representación mental mantenida por él sobre sí mismo, y la construida por los demás sobre su persona como lo ha representado, posibilitando el establecimiento de una evaluación negativa alta y de las correspondientes repercusiones catastróficas implicadas.

Ante esta circunstancia, se espera que la persona experimente una respuesta de ansiedad representada en tres posibles componentes: Fisiológico, cognitivo y comportamental; percibiendo la propia ejecución como inadecuada, repercutiendo, además, desfavorablemente en la representación que mantiene de sí mismo y la que mantienen los otros de él. Frente a la situación social que le genera ansiedades el sujeto busca disminuir el peligro temido utilizando dos estrategias: Como primera, se protege a toda costa; y como segunda, evita la situación social o emplea determinadas conductas de seguridad (Clark y Wells, 1995 citados por Botella et al., 2003c).

En resumen, la anticipación de las consecuencias negativas hace que la persona busque apartarse de las situaciones sociales y de evadir a la gente, provocando mayores niveles de miedo e inseguridad ante las mismas. Como resultado, la persona queda en un círculo vicioso en el cual recibe evidencias que confirman sus creencias sobre la audiencia, la evaluación que la gente hace de él y de su propio actuar, manteniendo sus miedos e incapacitando al sujeto.

Factores asociados a la fobia social

Influencias familiares

Los niños aprenden comportamientos, actitudes y creencias a partir del modelo desde el que sus padres interactúan con ellos. Es así, como los comportamientos que los padres brindan como modelo, los mensajes que envían y la forma en que se estructura la interacción del niño y la familia con otras personas del contexto extra familiar, son asimilados a lo largo del desarrollo evolutivo (Cía, 2004).

Los padres pueden influir en el desarrollo de la fobia social si restringen las interacciones sociales del niño, esto puede darse por medio del modelado de actitudes de evitación, limitando los contactos sociales del niño o evitando que él afronte situaciones de interacción, reforzando las conductas evitativas, y desaprobando conductas pro-sociales (Cía, 2004; Sandín, 1997; Scheiner et al., 2005).

De acuerdo con Sandín, los padres pueden fomentar la sensibilidad a la evaluación social cuando utilizan una “educación aislacionista”, y cuando se preocupan en exceso por las opiniones de los demás cuando el niño se expone ante un público.

Además, cuando alguno de los padres presenta trastorno de fobia social, limita la socialización del niño con personas externas al contexto familiar; de esta forma se presenta mayor probabilidad al aislamiento, al focalizar la atención hacia los aspectos personales implicados en la interacción con el público, a sobreestimar las expectativas de los demás sobre ellos y a percibir las interacciones como negativas en lugar de placenteras (Cía, 2004; Scheiner et al., 2005; Sandín, 1997).

Esta manera de percibir las relaciones sociales también se genera cuando el ambiente, en el cual se desarrolla el niño, es sobreprotector, en el cual se presentan pocas demostraciones de afecto hacia el niño, y por lo general el uso de la vergüenza como método disciplinario. Este tipo de ambiente presenta un control excesivo, transmitiendo a los hijos, sin que se den cuenta, la idea de que son ineptos; las escasas demostraciones de afecto y el uso de la vergüenza origina la idea de que los demás son muy críticos y por ello probablemente serán evaluados negativamente en situaciones sociales (Scheiner et al., 2005).

Finalmente, se puede decir que un ambiente familiar restrictivo, con modelos inadecuados de comportamientos pro-sociales, en los que se usa pautas de crianza dirigidas a la crítica que pueden hacer los demás sobre el desempeño del niño, origina un autoconcepto negativo para la interacción social, una atención focalizada en la crítica de los demás, y por lo tanto se percibe las situaciones sociales como amenazantes.

Otras influencias del entorno

Las experiencias vividas en el contexto escolar y con el grupo de pares también influyen en la fobia social, debido a que los niños pasivos y retraídos suelen ser rechazados por sus compañeros, y esta relación afianza la creencia de ser incapaces de lograr un adecuado desempeño social. Además, personas adultas con fobia social reconocen haber sido objeto de burla, maltrato, y haber vivido experiencias vergonzosas con los compañeros (Cía, 2004; Scheiner et al., 2005; Sandín, 1997).

Las experiencias de retroalimentación negativa que viven en la infancia, las personas con fobia social, en el ambiente escolar, hace que se arraiguen las distorsiones cognitivas referentes a su incapacidad para lograr un desempeño adecuado en los contextos sociales en donde se sienten evaluados, lo cual hace que cada vez que se enfrentan a una situación social se anticipe la evaluación negativa y con ella nuevamente se presenten la activación en los canales fisiológico, cognitivo y conductual.

La fobia social, además de ser una experiencia emocional desagradable, es una respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto nivel del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Esta respuesta puede ser elicitada, tanto por situaciones o estímulos externos, como por estímulos internos, tales como pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros, los cuales son percibidos por el sujeto como eventos amenazantes (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001, citado por Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polanía & Rodríguez, 2005).

Síntomas de la fobia social

Por lo que respecta a la manifestación de fobia social, esta es similar a la de otras emociones, y se expresa a nivel fisiológico, cognitivo y conductual.

Síntomas fisiológicos

Cuando algún tipo de peligro es percibido o anticipado, el cerebro envía una serie de mensajes hacia una parte del sistema nervioso denominado sistema nervioso autónomo. Este está compuesto por dos subsistemas llamados sistema nervioso simpático y parasimpático. Son estas dos partes del sistema nervioso las directamente involucradas en el control de los niveles de energía somáticos y en la

preparación para la acción, es decir, el sistema nervioso simpático es el sistema de lucha o huida que libera energía y prepara al cuerpo para la acción, mientras que el sistema parasimpático es el sistema restaurador que hace que el cuerpo vuelva a su estado normal o basal (Zumaya, 1999).

Según Zumaya uno de los principales efectos del sistema simpático es que libera adrenalina y noradrenalina en las glándulas suprarrenales. Estas sustancias son usadas como mensajeros por el sistema simpático, de manera tal, que cuando la actividad simpática del sistema nervioso comienza, habitualmente continúa y se incrementa por algún tiempo. Sin embargo, es importante resaltar que el simpático es detenido de dos maneras: a) los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina son posteriormente destruidos por otros químicos en el cuerpo, b) el sistema parasimpático (que generalmente tiene efectos opuestos a los del simpático) se activa y restaura un sentimiento de relajación.

En otras palabras, la ansiedad no puede continuar para siempre, puesto que tiene un ciclo en el que se incrementa, se estabiliza, llega a niveles mínimos, hasta la normalidad en la actividad del organismo.

Otro punto es que los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina toman algún tiempo para ser destruidos, por lo tanto, aun cuando el peligro haya pasado y nuestro sistema simpático haya dejado de responder, quizás uno se sienta alterado o aprensivo por algún tiempo debido a que los químicos mencionados aún están en nuestro sistema sanguíneo (Zumaya, 1999; Olivares & Méndez, 1998).

Gray (1982), citado por Fernández Abascal y Palmero (1999) expresa que en un primer momento la respuesta de ansiedad está dominada por el sistema nervioso parasimpático: La persona siente que el corazón “se le para”, y puede desmayarse. En una segunda fase predomina los síntomas derivados del sistema simpático como son: Sudoración, aceleración del corazón, contracción muscular y la respiración se hace más profunda.

En situaciones de menor temor las respuestas autonómicas se derivan de las influencias entre el sistema simpático y parasimpático, donde la persona experimenta sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial, como consecuencia de la activación simpática y/o la inhibición del sistema parasimpático;

así como también síntomas gastrointestinales relacionados con la necesidad de orinar o defecar (Marks, 1987, citado por Fernández Abascal & Palmero, 1999).

Síntomas cognitivo-conductuales

Con respecto a los síntomas cognitivos-conductuales las personas con fobia social suelen permanecer en hiperalerta ante signos posibles de sentirse socialmente amenazados, Rapee y Veljacan (1997), citado por Cía (2004) han presentado datos sugiriendo que quienes padecen ansiedad social atienden selectivamente a diferentes signos negativos en el contacto interpersonal, entre los que se encuentran bostezos en la audiencia o en el interlocutor, y no a signos positivos como sonrisas o caras de atención; por consiguiente, detectan el rechazo o signos negativos de forma más precisa que los de aceptación, mientras quienes no padecen este trastorno exhiben un patrón inverso.

Otra característica en las personas con fobia social es la preocupación excesiva por cómo es su modo de actuar ante los otros con base en sus representaciones mentales, por lo tanto, la atención de estas personas se focaliza principalmente en la imagen personal que proyecta y en monitorear en los demás signos externos de amenaza o evaluación negativa, aspectos que se han conformado a través de experiencias sociales problemáticas y se retroalimentan cada vez que se enfrenta a una situación social, ya que vuelven a experimentar los síntomas de ansiedad (Cía, 2004, Botella et al., 2003c, Sandín, 1997).

Esta focalización origina una autoimagen devaluada, incremento en los síntomas fisiológicos, lo cual impide un adecuado desempeño que se ve reflejado, por ejemplo, en la fluidez del lenguaje, en mostrarse distraído o parecer poco amigable, por ende la acogida de la audiencia o su interlocutor puede verse afectada.

Lo anterior da lugar a la confirmación de las creencias disfuncionales preexistentes, reforzando el ciclo constituido por las expectativas negativas que incrementan la ansiedad y que focalizan la atención de las relaciones interpersonales hacia la identificación de posibles amenazas externas, así como a preocupaciones acerca de la impresión que causa ante los demás.

Como consecuencia de ello el individuo con fobia social exhibe unas habilidades sociales inadecuadas al contexto de desempeño social, sin que esto signifique que

no estén incluidas en su repertorio conductual, sino que pueden inhibirse por los síntomas de ansiedad (Cía, 2004; Botella et al., 2003c; Sandín, 1997).

Otro elemento propio de la fobia social es el miedo a ser observado por la gente, esto puede implicar temor a hacer el ridículo y a llamar la atención, a fracasar en la tarea, a perder el control, a mostrarse avergonzado, etc. Este temor, acompañado de una disminución de la autoestima, puede determinar realmente una incapacidad de actuar en público o establecer relaciones interpersonales y una conducta de evitación de la situación social temida que puede llegar a constituir un obstáculo importante para la vida cotidiana del sujeto, según sean el contenido de la fobia y la actividad profesional de la persona (Echeburúa, 1993; Baños, Botella, Guillén & Benedito, 2003d).

En consecuencia, el grado de severidad de la fobia social se delimita considerando la interferencia de este cuadro clínico en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento laboral, académico, social y emocional del individuo (Turner & Beidel, 1989, citado por Echeburúa, 1993).

Teniendo en cuenta lo anterior, Cía (2004) describe que durante el transcurso de la vida las repercusiones de la fobia social incluyen: a) bajo desempeño académico, con estudios muchas veces inconclusos; b) disfunción en la comunicación interpersonal y social, c) limitaciones para formar y mantener una pareja y una familia, d) dependencia financiera, e) aparición de otros trastornos comórbidos como son depresión, abuso de sustancias psicoactivas e ideación suicida.

En conclusión, las personas con fobia social suelen tener bajo rendimiento escolar y laboral porque se les dificulta participar en clase o en las reuniones de grupo, así como también ser asertivos y tratar con figuras de autoridad; en la parte personal les cuesta tener amistades y relaciones de pareja, lo cual genera una red escasa de relaciones sociales y deterioro de la calidad de vida (Scheiner et al., 2005).

Consecuencias psicosociales de la fobia social

Desempeño académico

Los altos niveles de fobia social pueden influir en los procesos de memoria, provocar dificultad en la concentración y, en general, alterar el funcionamiento psicológico del estudiante (Sue, 1996; Pintrich, Smith, García & Mc Keachie, 1991 citados por Contreras et. al, 2005), es decir, la fobia perturba en general el

rendimiento de cualquier tarea que requiera atención, concentración y esfuerzo continuo.

De acuerdo con Gairín (1990) citado por Contreras et al. (2005), el rendimiento académico de una persona que presenta trastorno de fobia social puede verse afectado por la naturaleza de la tarea, pues si esta no implica una interacción social o no surge una evaluación de su desempeño por parte de otros, el individuo mantiene un nivel moderado de ansiedad; por el contrario cuando debe interactuar con otros para realizar una tarea académica los niveles de ansiedad aumentan en proporción al grado de amenaza percibida.

Además, en el aula, las condiciones en torno a una evaluación es otro factor que puede también influir en el desempeño de los estudiantes. La ansiedad aumenta siempre que hay presiones sobre el desempeño, consecuencias graves por el fracaso y comparaciones competitivas entre el grupo de pares. Los estudiantes ansiosos suelen requerir especial atención, necesitan tiempo para trabajar a un ritmo más moderado, en especial cuando presentan evaluaciones, teniendo en cuenta que si trabajan de manera muy rápida pueden cometer errores por descuido y si lo hacen muy despacio probablemente no sean capaces de terminar (Woolfok, 2006).

Otro elemento a resaltar sobre la influencia de la fobia social en el desempeño académico se evidencia en la motivación del estudiante, que puede dirigirse hacia la búsqueda de juicios positivos o a la búsqueda de aprendizaje. En aquellos estudiantes motivados por la búsqueda de juicios positivos, extrínsecamente, ven los errores como fracasos y cualquier situación de incertidumbre es considerada como una amenaza, lo que resulta en estados de mayor ansiedad. En cambio los estudiantes orientados hacia metas de aprendizaje, intrínsecamente, plantean objetivos relacionados con la búsqueda de conocimiento y con la adquisición y perfeccionamiento de ciertas habilidades; los errores son asumidos como parte del aprendizaje y como oportunidades de aprendizaje, sin presentar estados de ansiedad que bloqueen el proceso (Huertas, 1997).

Relaciones interpersonales

Las relaciones sociales influyen en la forma en que las personas viven su existencia y cómo vive las experiencias cotidianas, es así como los lazos sociales que se establecen con los demás originan una necesidad de afiliación. Por esta

razón, el aislamiento social y la soledad ejercen un efecto negativo muy fuerte en el bienestar psicológico y físico de las personas (Lemme, 2003).

De acuerdo con la postura de Lemme, la interacción social tiene múltiples funciones entre las que se encuentran obtener información, conseguir ayuda de los demás, aprender de su propia cultura e historia, a la elección de pareja, la interacción social, además, contribuye al desarrollo y al mantenimiento del autoconcepto, de la autoestima y la autoeficacia; y por medio de dicha interacción se encuentra compañía o alguien en quien confiar.

En la fobia social se ven afectadas las funciones de la interacción social, puesto que las manifestaciones a nivel cognitivo-conductual de este tipo de trastorno dificultan el desempeño óptimo del individuo, lo cual repercute en la utilización adecuada de las habilidades sociales relacionadas con la interacción social, por ejemplo, solicitar información, iniciar una conversación, interactuar con personas de sexo opuesto, entre otras.

Estas habilidades sociales, inhibidas por los síntomas de fobia social, dificultan establecer relaciones interpersonales, afectando su autoconcepto, autoestima y autoeficacia, dado que al exponerse repetidamente a las situaciones que generan fobia social el sujeto vuelve a experimentar síntomas cognitivos y conductuales que refuerzan sus pensamientos irracionales acerca de su valía como persona y sus recursos para afrontar la situación.

En concordancia con lo anterior, Zubeidat (2006) afirma que en la fobia social puede presentarse déficit de habilidades sociales, falta de asertividad y baja autoestima que puede ir asociada a sentimientos de inferioridad.

De igual forma el 70% de los pacientes con fobia social poseen un deterioro importante en el funcionamiento académico social y ocupacional. La presencia de fobia social, deteriora e interfiere en las habilidades de la persona para establecer y mantener relaciones de comunicación y amistad, interfiriendo en la función de los roles sociales y personales (Turner et al., 1986, citado por Sandín, 1997).

Afrontamiento

La conceptualización sobre afrontamiento depende del enfoque investigativo que se utilice, entre los más reconocidos se encuentran los dirigidos al estudio de los rasgos o estilos y el afrontamiento como proceso. Según Lazarus (2000), dentro de la perspectiva de rasgos o estilos de afrontamiento se pueden diferenciar tres enfoques:

1. Un primer enfoque de afrontamiento consiste en describir los patrones de manejo que habitualmente aparecen en el individuo, lo que significa la existencia de un grado de estabilidad de pensamientos y acciones a lo largo del tiempo en diversas condiciones, siendo los rasgos y estilos de afrontamiento acciones características del individuo.

2. Un segundo enfoque tiene en cuenta la teoría de las disposiciones de personalidad o rasgos los cuales pueden influir en la formación de un estilo estable de manejo a lo largo del tiempo y en diferentes relaciones entre el medio y el sujeto, es decir, que los estilos trascienden las condiciones ambientales a las que se enfrenta el individuo.

3. El tercer enfoque se denomina rasgo condicional propuesto por Wright y Mischel (1987), citado por Lazarus (2000) quienes “consideran que ciertas condiciones ambientales se convierten en funcionalmente equivalentes mediante un rasgo” (p.16), como por ejemplo, el compromiso de un objetivo o creencia que media la evaluación de la situación, estando, entonces, el afrontamiento ligado directamente con la relevancia de la situación para la consecución de objetivos personales.

Como alternativa a estos enfoques Lazarus y Folkman (1986) proponen que el afrontamiento es un proceso, el cual lo define como:

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (p. 164).

Esta conceptualización se dirige a entender el afrontamiento como proceso, ya que enfatiza en el constante cambio de los esfuerzos cognitivos y conductuales necesarios para manejar situaciones específicas, además se diferencia de la conducta automatizada pues en el afrontamiento las demandas son evaluadas como excedentes de los recursos personales.

En cuanto al problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido Lazarus y Folkman (1986) plantean que en el afrontamiento se manejan las demandas internas o externas lo cual puede significar superar, minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes, lo que significa que el afrontamiento es una forma de hacer frente a la situación estresante utilizando diferentes estrategias.

En conclusión, el afrontamiento como proceso, implicaría una actividad por parte del individuo, evaluando las conductas de afrontamiento y acomodándolas al entorno, de esta forma, no existen procesos de afrontamiento buenos o malos, sino que dependen de múltiples factores. El afrontamiento, entonces, es una variable reguladora, que representa los esfuerzos por mantener un nivel deseable de funcionamiento personal ante las demandas sobre los propios recursos personales (Pereira, 2005).

En consonancia con el planteamiento anterior, Lazarus y Folkman (1986) consideran que el proceso de afrontamiento tiene dos funciones principales, una centrada en el problema, que se refiere a la modificación de la situación o acontecimiento estresante, es decir, el afrontamiento del problema. Y otra función se dirige a la regulación de la emoción, que corresponde a la mediación o regulación de las reacciones emocionales producidas por la situación o acontecimiento estresante.

Afrontamiento centrado en el problema

Hace referencia a los esfuerzos dirigidos a resolver, manejar o alterar el problema que esta causando el estrés, esta forma de afrontamiento aparece generalmente cuando las situaciones son evaluadas como susceptibles de modificarse, siendo el objetivo manipular o alterar el problema (Lazarus & Folkman, 1986).

El afrontamiento centrado en el problema involucra la identificación de metas en situaciones específicas por lo que el individuo enfoca su atención hacia un proceso de resolución de problemas en donde analiza sus ventajas y desventajas para tomar una decisión, que puede ser efectiva o no (Lazarus, 2000).

Afrontamiento centrado en la emoción

Este afrontamiento según Lazarus y Folkman esta dirigido a regular la respuesta emocional que produce el problema, esta forma de afrontamiento tiene más probabilidades de aparecer cuando la evaluación de la situación indica la no modificación de la misma.

Los autores consideran que ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigidas a la emoción no modifican el significado de la situación como tal, pero si la forma de evaluarla, esto se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, realizar una negación de los hechos y sus consecuencias, que provoca la minimización de condiciones nocivas y actuar como si la situación careciera de importancia.

La utilidad de este afrontamiento depende de la situación, ya que en algunos casos puede ayudar a la persona a sobrellevar las implicaciones de la situación, no obstante puede convertirse en una estrategia inadecuada cuando al utilizarla el problema empeora.

Por último, se puede afirmar que los modos de afrontamiento centrado en la emoción y centrado en el problema están ligados a diferentes estrategias de afrontamiento que dependen de la situación en sí, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica (Muller & Spitz, 2003; Vinaccia, Tobón, Sandín & Martínez, 2001; Garrido, 2000, citados por Londoño et al., 2006).

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento, de acuerdo a Londoño et al. (2006) en su estudio sobre las propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), en una muestra colombiana, se describen teniendo en como soporte teórico las concepciones de Lazarus y Folkman, y de Fernández – Abascal y Palmero, las cuales se mencionan a continuación:

1. Solución de problemas: Esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Algunos autores han identificado esta estrategia como planificación o resolver el problema, en la que se movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

2. Apoyo social: Esta estrategia refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés. Hallarse integrado en una estructura social es esencial para que el individuo pueda sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida (Bowlby, 1980 citado por Londoño et al., 2006; Lazarus & Folkman, 1986).

Además, el apoyo social actúa como freno inmediato del estrés y de sus consecuencias somáticas destructivas.

El apoyo social puede ser útil para prevenir el estrés al hacer que las experiencias dañinas o amenazantes lo parezcan menos, o bien proporcionan recursos valiosos para su afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido (Lazarus & Folkman, 1986), eliminando o reduciendo el propio estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación estresora y/o atenuando la experiencia de estrés si ésta ya se ha producido. La integración en redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal, empleo del sistema de salud, y, en definitiva, mejora de la salud física y mental (Buendía, 1993, citado por Londoño et al., 2006).

3. Espera: Esta estrategia se define como una estrategia cognitivo-comportamental dado que se procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo. El componente se caracteriza por considerar que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo, hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema (Londoño et al., 2006).

4. Religión: El rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. La creencia en un Dios paternalista permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad (Lazarus & Folkman, 1986).

5. Evitación emocional: Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. El objetivo de esta estrategia es evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa.

Algunos autores se refieren a esta estrategia como Control emocional, refiriéndose a la movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos (Fernández- Abascal & Palmero, 1999).

6. Apoyo profesional: esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas

para enfrentarlo. Se considera como un tipo de apoyo social. Las ayudas dispuestas por un grupo social, optimizan el uso de los recursos sociales, aunque esto depende de las coacciones que se encuentran en cada grupo social. Conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejora el control percibido de la situación. Existen diferencias en la capacidad y en las estrategias de que dispone el individuo para dominar las demandas sociales y vislumbrar los recursos existentes (Lazarus & Folkman, 1986).

7. Reacción agresiva: Esta estrategia hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Diferentes concepciones sobre el afrontamiento están dirigidas al afrontamiento centrado en la emoción. Varias de estas concepciones describen los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Londoño et al., 2006).

Al mismo tiempo se incluyen en el afrontamiento centrado en la emoción estrategias cognitivas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, se auto reprochan o emplean cualquier otra forma de autocastigo. En otros casos, los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno emocional para precipitarse a sí mismos a la acción (Lazarus & Folkman, 1986).

8. Evitación cognitiva: A través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Se evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades (Londoño et al., 2006).

Fernández-Abascal y Palmero (1999) refieren esta estrategia dentro de tres utilizadas frente al estrés: Desconexión mental, distanciamiento y negación. La desconexión mental se refiere al uso de pensamientos distractivos para evitar pensar en la situación del problema. El distanciamiento refiere la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera. La negación describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el

momento de su valoración. Para Londoño et al. (2006) las dos primeras hacen referencia a la estrategia de evitación cognitiva, la negación emergió como una estrategia independiente, que se describirá posteriormente.

9. **Reevaluación positiva:** A través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación. Es considerada por Lazarus & Folkman, (1986) como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente.

Este componente hace referencia a la estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificar los aspectos positivos del problema, tolerar y generar pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación. La amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación. Es una estrategia de afrontamiento activa, enfocada a crear un nuevo significado de la situación del problema (Fernández-Abascal & Palmero, 1999).

10. **Expresión de la dificultad de afrontamiento:** Describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés. Podría pensarse que esta es una estrategia previa a otras estrategias, como la búsqueda de apoyo social y profesional, en donde se identifican las dificultades y se buscan soluciones a través de otros recursos no propios (Londoño et al., 2006).

11. **Negación:** Describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración (Fernández-Abascal & Palmero, 1999). Con esta estrategia se busca comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

12. Autonomía: Hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales (Londoño et al., 2006).

Relación entre ansiedad y afrontamiento

El modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1986) considera la actividad psíquica centrada en tres procesos: a) Procesos evaluativos, de los que resulta una cognición luego de procesar la información del exterior y de uno mismo; b) procesos automáticos, que dependen del estilo cognitivo y de las conductas automatizadas por los aprendizajes; y c) los procesos de esfuerzo, de naturaleza dinámica, que buscan objetivos y que implican una participación activa.

En el modelo de Lazarus (2000) resalta la importancia que sobre la conducta tiene la interacción entre el organismo activo y la situación en la que se encuentra, es decir, entre las características del individuo y el significado que éste le otorga a la situación.

De acuerdo a Cano-Vindel, Miguel- Tobal, Gonzáles e Iruarrizaga (1994), Lazarus en 1993 propuso integrar los modelos de estrés dentro de un campo más amplio: El de la psicología de las emociones. De hecho su modelo cognitivo inicial del estrés puede hoy ser considerado como un modelo más general sobre la emoción y, en especial, un modelo cognitivo sobre la ansiedad. En función de cómo el sujeto interprete la situación surgirá un tipo de reacción u otra como estrés, ansiedad, u otro tipo de emoción.

Desde esta perspectiva el proceso en las emociones se encuentra las mismas categorías generales empleadas en el análisis del estrés, es decir, valoración primaria y secundaria.

La valoración primaria es descrita por Lazarus (2000) como una evaluación de si la situación merece o no nuestra atención y movilización, en ella se encuentran tres componentes:

1. Relevancia del objetivo, se refiere a si lo que sucede afecta o no el propio bienestar o si se encuentra relacionado con valores y creencias fundamentales para la persona, de tal manera, si la evaluación compromete o amenaza dichos objetivos, valores y creencias se producirá una respuesta emocional, de lo contrario no se producirá ninguna emoción.

2. Congruencia o incongruencia del objetivo, son las condiciones de la situación que favorecen o dificultan la consecución de los objetivos de la persona, es decir, si las condiciones favorecen los objetivos de la persona se producirá emociones de tono positivo, por el contrario si las condiciones son desfavorables para alcanzar lo que la persona desea es probable que se presenten emociones de tono negativo.

3. Tipo de implicación del ego, se relaciona con el rol que desempeña diversas metas en la modelación de la emoción.

Con respecto a la valoración secundaria Lazarus expone que se relaciona con las opciones de manejo, inmerso en esta valoración se hallan: a) el potencial de manejo, es la convicción personal de que podemos o no actuar satisfactoriamente para reducir o eliminar el daño o amenaza, o para que el desafío sea fructífero; b) expectativas futuras, es lo que se espera con relación a la problemática persona-medio, las cuales pueden ser positivas o negativas. Este tipo de valoración se vincula con las opciones de afrontamiento y, con la elección e implementación de estrategias.

Según el modelo cognitivo de la valoración y el afrontamiento, la ansiedad surge porque el sujeto valora la situación que está viviendo como una amenaza para él, y no percibe que su capacidad o sus estrategias de afrontamiento para enfrentarse con dicha situación sean suficientes para neutralizar tal amenaza (Lazarus & Folkman, 1986).

En un principio, la valoración de la situación como amenazante guardará relación directa con la intensidad de la respuesta de ansiedad; mientras que a mayor habilidad para afrontar la situación cabe esperar menores niveles de ansiedad (Cano-Vindel et al., 1994).

La ansiedad está estrechamente relacionada con algunas situaciones o estímulos, como han puesto de manifiesto los modelos del aprendizaje. Pero, por otro lado, existen diferencias individuales ligadas a tipos de situaciones, que están relacionadas con características del individuo. Así, por ejemplo, las situaciones sociales suelen generar ansiedad en casi todos los individuos, pero más en unas personas que en otras (Cano-Vindel et al., 1994).

Desde este punto de vista, la ansiedad es considerada un estado emocional displacentero, vinculado a pensamientos negativos, que involucra la evaluación

cognitiva que el individuo hace acerca de la situación que percibe como amenazadora (Lazarus & Folkman, 1986). Dicha valoración surge, por una parte, de la interrelación entre las demandas y recursos del medio ambiente y, por otra, de las creencias, prioridades y metas del individuo, dando como resultado una reacción emocional, cuya intensidad depende de la percepción de amenaza a la seguridad, autoestima y estabilidad personal (Moscoso & Oblitas, 1994, citado por Contreras et al., 2005).

MARCO CONCEPTUAL

Fobia social

Con base en las diferentes concepciones sobre fobia social descritas en el apartado anterior, a continuación realiza una definición que considera los elementos comunes de estas concepciones. Es así como la fobia social es el temor excesivo y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que hay extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto o gente en general, donde el sujeto se ve expuesto a la posible evaluación por parte de ellos, lo que le genera cogniciones antes y durante la situación social.

La persona teme a actuar de forma que se sienta humillado, avergonzado y evaluado por su desempeño, y siente ansiedad que puede manifestarse con síntomas fisiológicos como sudor, temblores, frecuentes ganas de orinar y palpitaciones en el corazón. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad excesiva, originando un malestar intenso, frente a los cuales el individuo desarrolla esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las situaciones sociales.

Estrategias de afrontamiento

A partir de la definición sobre afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), se conceptualiza las estrategias de afrontamiento para propósitos de la investigación de la siguiente manera: Las estrategias de afrontamiento ante las situaciones son los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas provocadas por las situaciones sociales, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, así como para reducir los síntomas provocados por el nivel de fobia social presentado.

Las estrategias de afrontamiento descritas en seguida parten de la investigación de Londoño et al. (2006), sin embargo han sido adaptadas a la temática del presente estudio.

Solución de problemas. Estrategia en donde se analizan las alternativas para enfrentar el o los problemas generados por la fobia social, evaluando lo positivo, lo negativo y la viabilidad de cada una ellas, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.

Apoyo social. Esta estrategia refiere al apoyo del grupo de amigos, familiares u otros, tanto afectivo como de información para tolerar o enfrentar las situaciones problemas generadas por la fobia social.

Espera. Es la tendencia a esperar que los síntomas de fobia social se resuelvan por sí solos con el pasar del tiempo.

Religión. El rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar o generar soluciones ante el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Evitación emocional. Consiste en evitar las reacciones emocionales generadas por las manifestaciones de fobia social ya que son valoradas por el individuo como negativas, o no expresarlas frente a los demás por la creencia de una desaprobación social.

Búsqueda de apoyo profesional. Esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para solucionar, resolver o neutralizar las reacciones emocionales causadas por los síntomas de fobia social.

Reacción agresiva. Identifica las reacciones agresivas u hostiles dirigidas hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, disminuyendo la carga emocional generada por los síntomas de fobia social

Evitación cognitiva. Busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción y la actividad.

Reevaluación positiva. Busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos de los problemas generados por la fobia social.

Expresión de la dificultad de afrontamiento. Tendencia a expresar las dificultades para afrontar y manifestar las emociones generadas por las situaciones sociales, y resolver el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Negación. Ausencia de aceptación del problema que les genera la fobia social, es decir, comportarse como si no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones sociales, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se produce.

Autonomía. Tendencia a responder ante el problema producido por la fobia social, buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

MÉTODO

Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio cuantitativo de tipo correlacional, que permite describir las relaciones entre dos o más variables, es decir, tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Además, la investigación recurrió a estrategias de recolección y análisis de información de carácter cuantitativo, a través de dos instrumentos que se dirigen a obtener información sobre los niveles de ansiedad social y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

Diseño

La presente investigación cuenta con un diseño de tipo transeccional correlacional, ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, es decir, el propósito fue describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. La intención de este diseño fue medir en un grupo de personas u objetos dos o más variables y medir su relación (Hernández et al., 2006).

Por consiguiente, la investigación fue de carácter no experimental la cual, según la clasificación de Hernández et. al, es una indagación empírica y sistemática en la cual el equipo investigador no tiene control directo sobre las variables del fenómeno a estudiar porque sus manifestaciones ya han ocurrido o están ocurriendo.

Participantes

Población

La población estuvo conformada por 1620 estudiantes matriculados a primer semestre en el periodo B de 2007 en la Universidad de Nariño.

Muestra

La muestra es un subgrupo de la población, en esta investigación se realizó a partir de un muestreo probabilístico aleatorio estratificado, es decir, cada miembro de la población tuvo la misma probabilidad de ser elegido de acuerdo a estratos o categorías que se presentan en la población y que son relevantes para la investigación; los estratos en este caso se refieren a los programas académicos a los

que pertenecen los estudiantes matriculados a primer semestre en el periodo B de 2007 en la Universidad de Nariño.

El tamaño de la muestra fue de 236 y se obtuvo a través del procedimiento descrito por Hernández et al. (2006), el que incluye los siguientes pasos:

1. Estimar el valor de la varianza de la muestra, para ello se utilizó la siguiente fórmula:

$$S^2 = p (1-p) \quad [1]$$

Donde:

S^2 : Varianza de la muestra

p: proporción de estudiantes con cierta característica; generalmente el valor p no se conoce con exactitud por lo tanto será igual a 0.9, que indica la probabilidad de ocurrencia.

Sustituyendo se encuentra que:

$$S^2 = p (1-p) = 0.9 (1-0.9) = 0.09 \quad [2]$$

2. Calcular la varianza de la población elevando al cuadrado el error estándar estimado, que en nuestro caso es igual a 0.018 que indica una confiabilidad en la predicción de 98.2%

$$V^2 = (0.018)^2 = 0.000324 \quad [3]$$

3. Con base en los datos anteriores se estimó el tamaño de la muestra sin ajustar con la siguiente fórmula:

$$n' = S^2 / V^2 \quad [4]$$

Donde:

n' : Tamaño de la muestra sin ajustar

S^2 : Varianza de la muestra

V^2 : Varianza de la población

Luego entonces:

$$n' = 0.09 / 0.000324 = 277 \quad [5]$$

4. Ajustar el tamaño de la muestra para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N} \quad [6]$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

n' : Tamaño de la muestra sin ajustar

N : Tamaño total de la población

El tamaño total de la población de estudiantes de primer semestre matriculados en el periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño es 1620, por lo tanto el tamaño de la muestra es:

$$n = \frac{277}{1+277/1620} = 236 \quad [7]$$

Con estos datos se efectuó la estratificación de estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de acuerdo al programa al que pertenecen (nh), y así se conformó el valor de fracción de cada estrato (fh), mediante la siguiente fórmula (Hernández, et al, 2006).

$$fh = n/N \quad [8]$$

Donde: n es el tamaño de la muestra y N es el tamaño de la población; reemplazando valores tenemos que:

Fracción del estrato de estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 es:

$$fh = 236/1620 = 0.1456 \quad [9]$$

Luego se obtuvo el tamaño de la muestra para cada estrato utilizando la siguiente fórmula:

$$nh = Nh \times fh \quad [10]$$

Donde nh es el tamaño de la población en cada estrato. La muestra de la población del estudio se encuentra descrita en la Tabla 1.

Tabla 1

Estratificación de la muestra según programas en los que fueron admitidos los estudiantes de primer semestre

Programa de estudio	Total por programa (Nh)	Muestra por programa (nh)
Administración de Empresas	50	7
Arquitectura	50	8
Artes Visuales	50	7
Licenciatura en Artes Visuales	50	8
Licenciatura en Música	50	7
Diseño Gráfico	50	8
Diseño Industrial	50	8
Biología	60	9
Derecho diurno	50	7
Derecho nocturno	50	7
Economía	50	7
Física	50	7
Geografía	50	7
Ingeniería Agronómica	50	8
Ingeniería Civil	50	8
Ingeniería de Sistemas	50	8
Ingeniería Electrónica	50	7
Ingeniería en Producción Acuícola	50	7
Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Ciencias Sociales	50	7
Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Lengua Castellana e Inglés	50	7
Licenciatura en Filosofía y Letras	50	7
Licenciatura en Informática	50	7
Licenciatura en Inglés Francés	50	8
Licenciatura en Lengua Castellana y	50	7

Literatura		
Licenciatura en Matemática	50	7
Medicina	50	7
Tecnología en Promoción de la Salud	50	7
Psicología	50	8
Química	60	9
Sociología	50	7
Tecnología en Computación	50	8
Zootecnia	50	7
Total	N = 1620	n = 236

El procedimiento para llevar a cabo la selección de los estudiantes se efectuó por medio de tómbola, que consiste en elaborar fichas del 1 al 50 o al 60, sacar al azar 7, 8 o 9 números según corresponda a la muestra del estrato o programa académico; estos números se compararon con el listado de cada programa, obteniendo así el número de participantes que correspondían al número de la muestra.

Técnicas de recolección y análisis de información

Para la recolección de información se recurrió a la aplicación de dos instrumentos, el primero para evaluar los niveles de fobia social y el segundo para identificar los niveles de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes de primer semestre, los cuales se especifican en el apartado Variables.

Inventario de fobia social SPAI

La primera prueba es el Inventario de Fobia Social SPAI, este inventario es un instrumento construido por Turner Beidel, Dancú y Stanley en 1989.

La prueba inicialmente mostró un índice de confiabilidad en la subescala de fobia social de 0.97 igual al índice total de confiabilidad (Duncan, y cols. 1994, citado por Camacho, 2005). Camacho menciona que en un estudio acerca de las propiedades psicométricas del SPAI en población hispanohablante se encontró que la subescala del ADIS-IV-L correlacionó altamente con la subescala de fobia social mostrando una validez concurrente de $r=0.78$, la validez de constructo fue de 0.75; y la confiabilidad test-retest de $r=0.86$.

Respecto a la validez de constructo de esta escala, distintos estudios señalan que el SPAI fue capaz de discriminar entre sujetos con fobia social y otros trastornos de ansiedad (Peters, 2000; Turner, Beidel et al., 1989; Turner, Stanley, Beidel y Bond, (1989), citados por García et al., (2003) y entre los subtipos de fobia social (Habke et al., 1997; Ries et al., 1998, citado por García et al., 2003). De igual modo, estos autores mencionan que Beidel, Turner, Stanley y Dancu (1989) constataron la validez del SPAI, y Osman et al. (1996) citado por García et al. (2003) han encontrado que posee una adecuada validez concurrente y discriminante.

El Inventario SPAI consta de la subescala de fobia social, con 32 ítems, y la subescala de agorafobia, con 13 ítems. En total contiene 45 ítems que abarcan las áreas motora, psicofisiológica y cognoscitiva implicadas en la ansiedad social en un cuadro de situaciones que potencialmente producen temor. Las opciones de respuesta se encuentran en una escala Likert con siete puntos en función de la frecuencia con que aparece la ansiedad en cada situación propuesta, discriminados de la siguiente forma 1: Nunca, 2: Muy raramente, 3: Raramente, 4: A veces, 5: Bastantes veces, 6: Muchas veces y 7: Siempre.

Con el SPAI se obtienen tres puntuaciones: La de fobia social, la de agorafobia, y la puntuación total. A esta puntuación total se la denomina "diferencia" puesto que es el resultado de restar la puntuación de agorafobia a la de fobia social, y se supone que es una puntuación pura de fobia social tras haber eliminado la ansiedad a la agorafobia.

Sin embargo, autores como Herbert, Bellack y Hope (1991); Ries et al. (1998) citados por Perpiña, Gallardo, Botella y Villa (2003e), han encontrado, en diferentes investigaciones, evidencia empírica a favor de aplicar únicamente la subescala de fobia social para identificar los niveles de fobia social, por esta razón, para efectos de la presente investigación se utilizó solo la subescala de fobia social y no el inventario completo (Ver anexo A). En cuanto al análisis de los resultados de la subescala de fobia social Camacho (2005) aplicó en su estudio con estudiantes universitarios, descrito en el marco de antecedentes, una categorización de los puntajes obtenidos por los participantes a partir de la media y la desviación estándar, con lo cual identificó los niveles de ansiedad social en la población de la siguiente forma: Niveles altos a una o más desviaciones estándar por encima de la media, niveles moderados

los puntajes que se encuentran en la media, y niveles bajos los puntajes que se encuentran a una o más desviaciones estándar por debajo de la media.

Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)

Esta escala elaborada por Londoño et al. (2006), en la cual se realizó modificaciones a la Escala de Estrategias de Coping (EEC-R) en la versión de Chorot y Sandín de 1993, y se identificaron las propiedades psicométricas y validez estructural (Ver marco de antecedentes).

La escala de afrontamiento cuenta con 12 factores o estrategias, mencionadas en el marco teórico, con un total de 69 ítems. Las opciones de respuesta se encuentran en una escala Likert con seis puntos, en función de la frecuencia con que se presentan los comportamientos mencionados ante situaciones estresantes, discriminadas así: 1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: A veces, 4: Frecuentemente, 5: Casi siempre, y 6: Siempre (Ver anexo B).

Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis del estudio.

Hipótesis de trabajo

Los niveles de estrategias de afrontamiento empleados por los estudiantes de primer semestre se asocian con el nivel de fobia social que presentan.

Hipótesis nula

No existe asociación entre los niveles de estrategias de afrontamiento empleados por los estudiantes de primer semestre y los niveles de fobia social que presentan.

Variables

Antes de describir las variables fobia social y estrategias de afrontamiento es necesario aclarar que los niveles de cada variable de estudio se realizaron de acuerdo a la curva normal, la cual se define como una distribución teórica de los datos de la población, en donde cada puntaje ocupa un lugar específico, para determinar si éste dato es significativo o no es necesario compararlo con la población en general, esto se realizó a través del cálculo de la media y desviación estándar, y así se caracterizó a la población, al comparar las distribuciones de los puntajes de cada sujeto identificando la variabilidad de los datos. La variabilidad se refiere a la medida en la cual los datos son distintos unos de otros, debido a su dispersión.

A continuación se describen las variables fobia social y estrategias de afrontamiento en sus respectivos niveles.

Nivel de Fobia social

La definición de fobia social se encuentra en el Marco Conceptual, para operacionalizar el concepto se parte del nivel de fobia social, el cual se define como el lugar que ocupa el puntaje total de cada estudiante en la subescala de fobia social dentro de la curva normal. Discriminándose así tres niveles: Alto, moderado y bajo.

Nivel alto de fobia social. El nivel alto es apreciado en los estudiantes con un puntaje total por encima de una o más desviaciones estándar con respecto a la media.

Nivel moderado de fobia social. El nivel moderado se encuentra en el grupo de estudiantes con un puntaje total ubicado dentro de la media.

Nivel bajo de fobia social. El grupo de estudiantes con nivel bajo presenta un puntaje total inferior a una o más desviaciones estándar con respecto a la media.

Los niveles de fobia social se identificaron por medio de la subescala de fobia social del Inventario SPAI.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas provocadas por las situaciones sociales, ante las cuales el individuo evalúa sus recursos para responder ante las mismas.

Estas estrategias son: Solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación, autonomía. Cada una de ellas se define en el Marco conceptual.

Nivel alto de estrategia: Estuvo representado por el puntaje de cada estrategia ubicado por encima de una o más desviaciones estándar de la media típica para cada factor.

Nivel moderado de estrategia: Estuvo conformado por el puntaje de cada estrategia ubicado en la media típica para cada factor.

Nivel bajo de estrategia: Estuvo representado por el puntaje de cada estrategia ubicado por debajo de una o más desviaciones estándar de la media típica para cada factor.

Para una revisión detallada de las medias y desviaciones típicas de cada factor revisar el Anexo E.

Las estrategias de afrontamiento se identificaron por medio de la Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada ECC-M.

Procedimiento

A continuación se hace una descripción de las fases en las que se ha dividido la presente investigación.

Fase O. Planteamiento del problema

Esta fase se relaciona con el acuerdo del equipo investigador de la problemática a abordar, los objetivos y la justificación.

Fase 1. Revisión teórica

La revisión teórica estuvo encaminada hacia los siguientes temas: a) definición de ansiedad, b) definición, modelos explicativos, factores asociados, síntomas, y consecuencias psicosociales de fobia social; d) concepciones teóricas del afrontamiento, y conceptualización de las estrategias de afrontamiento; y (e) relación entre ansiedad y afrontamiento.

Fase 2. Caracterización metodológica

De acuerdo con el planteamiento del problema y la revisión teórica realizados, se elaboró la caracterización metodológica de estudio, en términos de tipo de investigación, diseño, población, técnicas de recolección de información, hipótesis, variables, procedimiento y plan de análisis de datos.

Fase 3. Adaptación de los instrumentos

Se hizo la revisión de los instrumentos a través de la validación por jueces, esta validación se define como un proceso en el cual un grupo de expertos revisa y corrigen posibles fallos en el procedimiento y ofrecen retroalimentación para mejorar la estructura y contenido del instrumento antes de pasar a realizar la aplicación a la población objeto de estudio (Hernández et al., 2006).

El grupo de jueces que validó los instrumentos estuvo integrado por cuatro psicólogos docentes de la Universidad de Nariño: a) Leonidas Ortiz, b) Carmen Eugenia Carvajal, c) Margarita Cháves y d) María Fernanda Enríquez.

La calificación de los ítems se fundamentó en tres criterios: a) coherencia, hace referencia a la conexión, relación o unión entre los ítems y el atributo a evaluar; b) pertinencia, se refiere a sí el ítem debe o no hacer parte de cada uno de los factores de la prueba; y c) redacción, se refiere a comprensibilidad del ítem para la población a la cual esta dirigido la prueba.

La evaluación realizada por los jueces de la subescala de fobia social del Inventario SPAI indica que la coherencia de los ítems es de 100%, la pertinencia es de 100% y la redacción de 91% (ver anexo C).

Por otra parte, en la Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada se realizó la adaptación de veintiséis ítems para efectos de la investigación, los jueces verificaron si estos ítems cambiaron de sentido o no. El porcentaje de acuerdo entre jueces se presenta en el anexo D. Realizada la validez por jueces se obtuvo el 91% de acuerdo de “no cambio” del sentido de los ítems.

Con respecto a los tres criterios evaluados (coherencia, pertinencia y redacción), el acuerdo de los jueces indica que la coherencia de los ítems es de 97%, la pertinencia es de 97% y la redacción de 93% (ver anexo D).

Fase 4. Aplicación de los instrumentos y sistematización de la información

En esta fase se aplicaron los instrumentos de medición a la muestra de estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

A partir de los datos procesados se identificó los niveles de fobia social en los estudiantes muestreados, posteriormente se describieron los niveles de las estrategias de afrontamiento empleados por los estudiantes, y finalmente se estableció la relación de los niveles de las estrategias y los distintos niveles de fobia social presentados.

Esto se realizó a través de la estadística descriptiva utilizando distribuciones de frecuencias, la media, la desviación estándar y la normalización; el análisis de la información se llevó a cabo con la prueba estadística Chi cuadrado por medio del programa estadístico Stargrafics versión 5.0.

Los datos obtenidos de los estudiantes a través de la aplicación de la Escala de Estrategias de Coping modificada fueron categorizados en niveles, dado que algunos estudiantes utilizaban varias estrategias de afrontamiento con la misma frecuencia, y la prueba estadística no permite introducir más de un valor por cada sujeto, por lo tanto, en cada sujeto se determinó el nivel empleado en cada una de las doce estrategias evaluadas. Además, la prueba estadística utilizada para procesar la información requiere que los datos estén categorizados.

Fase 5. Informe final

Una vez ejecutado la fase anterior se contrastaron los datos con las hipótesis establecidas y con la revisión teórica realizada. Se plantearon la discusión, las conclusiones y las recomendaciones del estudio, y se elaboró el informe final de la investigación.

Plan de Análisis de Datos

El proceso de análisis de la información del presente estudio se realizó de acuerdo a los siguientes lineamientos:

1. Calificación de las puntuaciones obtenidas en la aplicación de los dos instrumentos de medición.
2. Ingreso de los puntajes directos a una base de datos, para su respectiva sistematización.
3. Análisis estadístico descriptivo. Se establecieron las medidas de tendencia central (media) y las medidas de dispersión (desviaciones) para la variable fobia social; para la variable estrategias de afrontamiento se empleó las medias y desviaciones típicas para cada factor.
4. Asociación de variables. Para el análisis de relaciones se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado [χ^2], la cual no considera relaciones de causalidad. Esta prueba se calcula a través de tablas de contingencia o tabulaciones cruzadas con dos dimensiones, cada una de las cuales corresponde a una variable, la cual puede subdividirse en dos o más categorías.

Por tablas de contingencia se entiende aquellas tablas de doble entrada donde se realiza una clasificación de la muestra de acuerdo a un doble criterio de clasificación. Por ejemplo, la clasificación de los individuos de acuerdo a los niveles de fobia social y los niveles de las doce estrategias de afrontamiento, crearon doce tablas donde

cada celda representaría la frecuencia bivariante de las características correspondientes a su fila y columna.

Pagano (2003) afirma que mediante la aplicación de este tipo de tablas se desea conocer si existe relación entre las variables, o si por el contrario, se pueden considerar como independientes, es decir, se busca identificar si la proporción de casos para cada categoría de una de las variables es independiente del valor que toma la otra variable.

Estas tablas permiten obtener una descripción cuantitativa de las distintas cualidades bivariantes de la muestra, en forma de frecuencias y porcentajes. Estos últimos pueden ser relativos al total de la muestra, al total de una fila o al total de una columna. Además, la pertenencia a las distintas clases del otro criterio.

El razonamiento para contrastar si existe o no asociación entre dos variables cualitativas se basa en calcular cuáles serían los valores de frecuencia esperados para cada una de las celdas, en el caso de que efectivamente las variables fuesen independientes, y compararlos con los valores realmente observados. Si existe una marcada diferencia entre los dos valores, se concluye que las variables son dependientes.

De forma general, la frecuencia esperada para cada una de las celdas, cumpliéndose la hipótesis de independencia, se calcula multiplicando el total de la fila por el total de la columna correspondiente y dividiéndolo por el tamaño global.

5. Comprobación de hipótesis. De acuerdo a los grados de libertad establecidos por la prueba Chi cuadrado, se comprobaron las hipótesis de la siguiente forma: Si el p-valor de la prueba Chi cuadrado entre la variable nivel de fobia social y nivel de cada estrategia de afrontamiento es igual o menor a 0,05 se comprobará la Hipótesis de trabajo y se brindará evidencia estadística que corrobore la hipótesis de trabajo, si por el contrario, el p-valor de la prueba Chi cuadrado es cercano a uno se rechazará la hipótesis de trabajo y se comprobará la hipótesis nula.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Aplicación

Se aplicaron los instrumentos de fobia social y estrategias de afrontamiento a 236 estudiantes de primer semestre matriculados en el periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño, de acuerdo a la estratificación de la muestra.

La edad de los participantes osciló entre 14 y 37 años, encontrándose un promedio de edad de 19,1 años. También se puede afirmar que el 59% correspondió a estudiantes con edad entre los 18 y 25 años que conformarían la población de adultos jóvenes, el 37% tiene una edad entre 14 y 17 años y un 10% son estudiantes entre 26 y 37 años. Por otra parte en cuanto al género de los participantes se observa que el 43,6% son mujeres y el 56,4% son hombres.

Análisis e interpretación de resultados

Resultados de la subescala de fobia social del Inventario SPAI

Con respecto a la subescala de fobia social del Inventario SPAI, el puntaje directo máximo de la escala es de 192, para cada ítem el puntaje máximo es de 7 y el mínimo es de 1; Las opciones de respuesta se encuentran en una escala Likert con siete puntos en función de la frecuencia con que aparece la ansiedad en situaciones que potencialmente producen temor, discriminados de la siguiente forma 1: Nunca, 2: Muy raramente, 3: Raramente, 4: A veces, 5: Bastantes veces, 6: Muchas veces y 7: Siempre.

La categorización de los resultados de la subescala de fobia social del Inventario SPAI se elaboró considerando la propuesta de Camacho (2005) en la que se identifican tres niveles de fobia social alto, moderado y bajo con base en la media y la desviación estándar.

En la Tabla 2 se presenta un resumen del análisis estadístico de los datos obtenidos en la subescala de fobia social del Inventario SPAI.

Tabla 2

Resumen del análisis estadístico de la subescala de fobia social del Inventario SPAI.

Medida	Valor
Población	236
Media	66,9
Varianza	1150,25
Desviación estándar	33,9
Mínimo	5,25
Máximo	181
Rango	175,75
Kurtosis	0,33
Moda	3,4
Mediana	66,56

La distribución de los puntajes sugiere una variación simétrica que indica una predominancia de valores medios, es decir, en la muestra de estudiantes evaluada hay una tendencia a presentar niveles moderados de fobia social. Adicionalmente, se aplicó una categorización de los puntajes obtenidos, a partir de la media y la desviación estándar, encontrándose que el 15,6% de los estudiantes de primer semestre presentan nivel alto de fobia social, mientras que 66,5% de los estudiantes de primer semestre presentan nivel moderado de fobia social y un 17,7% de los estudiantes de primer semestre se ubica en el nivel bajo de fobia social (Ver Figura 4).

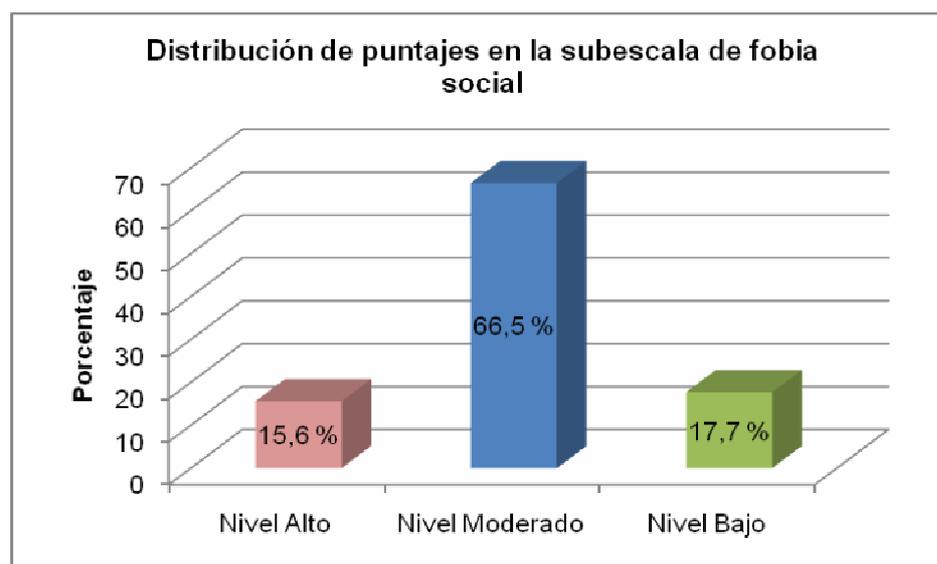


Figura 4. Porcentaje de estudiantes en cada nivel de fobia social.

Teniendo en cuenta la agrupación de los estudiantes en diferentes niveles de fobia social a continuación se detallan los resultados de la subescala de fobia social del Inventario SPAI para cada grupo.

Grupo con nivel alto de fobia social

El grupo con nivel alto de fobia social está conformado por 37 estudiantes cuyos puntajes totales en la subescala de fobia social del Inventario SPAI se encuentran a una o más desviaciones estándar por encima de la media.

En la Tabla 3 se muestra el puntaje directo y el promedio de respuesta de los ítems de la escala del grupo con nivel alto de fobia social.

Tabla 3

Puntajes de los ítems de la subescala de fobia social en el grupo con nivel alto de fobia social.

Ítem	Punt. directo	Punt. promedio	Punt. estánd.
5	217	6	1,7
22	214	6	1,5
14	211	6	1,4
4	210	6	1,3
23	207	6	1,2
27	206	6	1,2
2	205	6	1,1

15	199	5	0,9
12	197	5	0,8
29	195	5	0,7
3	193	5	0,6
10	192	5	0,5
16	191	5	0,5
13	188	5	0,3
28	180	5	0,0
9	179	5	0,0
26	178	5	-0,1
18	177	5	-0,1
19	175	5	-0,2
11	167	5	-0,6
24	165	4	-0,7
20	164	4	-0,7
1	162	4	-0,8
30	161	4	-0,8
31	161	4	-0,8
32	158	4	-0,9
7	157	4	-1,0
17	156	4	-1,1
21	151	4	-1,3
6	151	4	-1,3
25	144	4	-1,6
8	139	4	-1,8

Nota: El puntaje directo corresponde a la sumatoria de las puntuaciones marcadas por los sujetos en cada ítem. El mínimo es 1 y el máximo es 259 para el grupo con nivel alto de fobia social. El puntaje promedio indica la opción de respuesta que en general marcó el grupo en cada reactivo, es decir, la frecuencia con la que estos estudiantes sienten ansiedad ante las situaciones mencionadas. El mínimo es 1 y el máximo es 7. El puntaje estandarizado designa a cuantas desviaciones estándar se encuentra el puntaje directo; la media es 179,7 y la desviación es 22,6 en este grupo.

A continuación se describen los ítems que se encuentran sobre una o más desviaciones estándar con respecto a la media y los ítems ubicados por debajo de una o más desviaciones estándar.

Cabe aclarar que dentro de la escala de fobia social algunos reactivos cuentan con varias opciones de respuesta, que pueden ser marcadas simultáneamente de 1 a 7, es decir, se obtiene una puntuación por separado de cada una. Por este motivo en los ítems representativos se describe el porcentaje que cada una de estas opciones obtuvo de acuerdo a las repuestas de los estudiantes que conforman este grupo.

Los estudiantes de este grupo tienen mayor puntaje en los ítems: 5, 22, 14, 4, 23, 27 y 2; pues se ubican a más de una desviación estándar por encima de la media. Las situaciones a las que hacen referencia estos reactivos son las que generan mayor ansiedad a los estudiantes con nivel alto de fobia social.

El ítem 5 (puntaje directo de 217; puntaje promedio de 6) hace referencia al nerviosismo al hablar en público, es decir, los sujetos con nivel alto de fobia social tienden a considerar que esta situación "*muchas veces*" les produce temor. Siendo esta pregunta la que más alto puntaje obtuvo en toda la escala, indica que es la situación que mayor ansiedad produce a este grupo, pues se encuentra alrededor de dos desviaciones estándar sobre la media.

Con respecto al nerviosismo que genera hablar delante de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, situación mencionada en el ítem 22, el cual se encuentra a una y media desviaciones estándar sobre la media, con un puntaje directo de 214 y un puntaje promedio de 6. Los estudiantes con nivel alto de fobia social expresan que "*muchas veces*" sienten ansiedad al hablar delante de estas personas, distribuyéndose sus respuestas así: Hablar con extraños 25%, hablar con figuras de autoridad 25,8%, hablar con personas del sexo opuesto 25,2% y hablar con gente en general 24%.

El reactivo 14 se ubica a 1,4 desviaciones estándar por encima de la media, con un puntaje directo de 211 y puntaje promedio de 6. Este ítem se refiere al hecho de que la persona no sabe que hacer cuando se encuentra en una situación embarazosa con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, frente a esta circunstancia el grupo con nivel alto de fobia social percibe que ante estas personas "*muchas veces*" siente ansiedad. Presentando la siguiente

frecuencia en las opciones de respuesta: Extraños 25%, figuras de autoridad 25%, personas del sexo opuesto 26% y gente en general 24%.

De acuerdo a los resultados del ítem 4, los estudiantes con nivel alto de fobia social estiman que *“bastantes veces”* temen participar en alguna actividad cuanto se encuentran en una situación social. Este interrogante está situado a más de una desviación estándar por encima de la media, con un puntaje directo de 210 y un puntaje promedio de 6.

A partir del análisis de las puntuaciones marcadas por el grupo con nivel alto de fobia social en el ítem 23 (puntaje directo de 207; puntaje promedio de 6; situado a 1,2 desviaciones estándar por encima de la media), que alude al nerviosismo ante una crítica o rechazo de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general; se puede afirmar que los estudiantes pertenecientes a este grupo *“bastantes veces”* se sienten nerviosos ante la crítica o rechazo de estas personas; obteniendo una distribución en las respuestas de esta forma: Extraños 24,7%, figuras de autoridad 25%, personas del sexo opuesto 26% y gente en general 24,3%.

Los estudiantes con nivel alto de fobia social perciben que *“bastantes veces”* sienten nerviosismo antes de entrar a una situación social, aspecto evaluado por el ítem 27, ubicado a una desviación estándar por encima de la media con un puntaje directo de 206 y un puntaje promedio de 6.

Los resultados del grupo con nivel alto de fobia social en el interrogante 2 (puntaje directo de 205; puntaje promedio de 6; ubicado a 1,1 desviación estándar por encima de la media) implican que estos estudiantes *“bastantes veces”* se ponen ansiosos en una situación social dentro de un grupo grande de personas.

El grupo con nivel alto de fobia social obtuvo menor puntaje en los ítems: 7, 17, 21, 6, 25 y 8. Estos ítems representan las situaciones sociales que menor ansiedad produce a estos estudiantes.

El ítem 7 se localiza a una desviación estándar por debajo de la media con un puntaje directo de 157. En esta pregunta los estudiantes marcaron en promedio 4, indicando que *“a veces”* experimentan nerviosismo cuando tienen que acudir a reuniones sociales, lo que favorece la evitación de esas situaciones.

Con respecto al ítem 17, ubicado a más de una desviación estándar por debajo de la media, con un puntaje directo de 156 y un puntaje promedio de 4, los estudiantes de este grupo manifiestan experimentar “a veces” ansiedad al hablar de asuntos de trabajo con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, según los resultados en las opciones de respuesta marcadas la ansiedad se presenta ante las diferentes personas de este modo: Extraños 24,3%, figuras de autoridad 27%, personas del sexo opuesto 24,2% y gente en general 24,5%.

Teniendo en cuenta que el puntaje en el ítem 21 en este grupo está alrededor de una desviación estándar inferior a la media, con un puntaje directo de 151 y un puntaje promedio de 4, se puede deducir, de acuerdo a la apreciación los estudiantes con nivel alto de fobia social, que “a veces” sienten ansiedad al escribir a mano, a máquina o en un computador ante extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, distribuyéndose los resultados de las opciones de respuesta de la siguiente manera: Extraños 24%, figuras de autoridad 26%, personas del sexo opuesto 26% y gente en general 24%.

Según las puntuaciones obtenidas por los estudiantes con nivel alto de fobia social en el ítem 6 (puntaje directo de 151, puntaje promedio de 4: localizado a -1,3 desviaciones estándar con respecto a la media), los sujetos que hacen parte de este grupo “a veces” se sienten nerviosos cuando hablan en una reunión pequeña de carácter informal.

De acuerdo al puntaje del ítem 25 (puntaje directo de 144; puntaje promedio de 4; 1,6 desviaciones estándar por bajo de la media), las personas que conforman este grupo estiman que “a veces” se alejan de las situaciones sociales en las que hay extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, presentando la siguiente frecuencia para las opciones de respuesta: Extraños 27%, figuras de autoridad 25,8%, personas del sexo opuesto 24% y gente en general 23,2%.

La pregunta 8 se refiere al nerviosismo de un individuo cuando esta en situaciones sociales que se retira o aleja. Este ítem se encuentra alrededor de dos desviaciones estándar inferiores a la media, con un puntaje directo de 139 y un puntaje promedio de 4; lo cual permite asegurar que este grupo de estudiantes “a veces” se retiran o

alejan de una situación social, siendo esta conducta la menos utilizada, pues este ítem es el de menor puntaje en toda la escala.

Considerando que los ítems 9 a 25 tienen como opciones de respuesta: Extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general; a continuación se describe, en el grupo con nivel alto de fobia social, los porcentajes de estas opciones de respuesta según los resultados de dichos reactivos. Es importante señalar que las respuestas de ansiedad ante estas personas se presentan con una frecuencia de: “*Muchas veces*”, “*bastantes veces*” y “*a veces*” en los estudiantes de este nivel (Ver Figura 5).

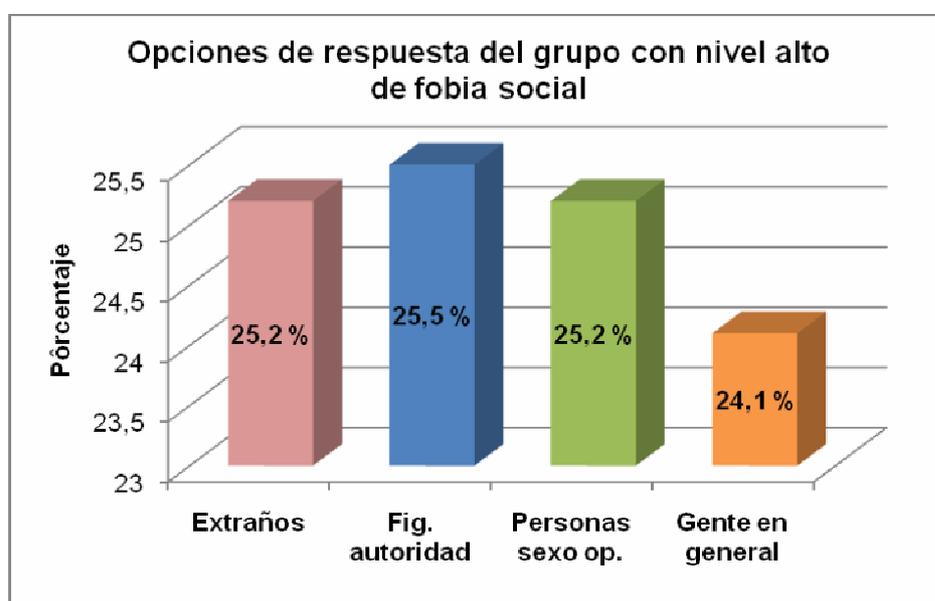


Figura 5. Porcentaje de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel alto de fobia social.

Como se puede apreciar en la Figura 5, los estudiantes con nivel alto de fobia social sienten nerviosismo ante extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general en porcentajes similares. Esto significa que este grupo experimenta ansiedad con igual frecuencia ante las diferentes situaciones sociales en las que se encuentran este tipo de personas.

En seguida se presentan los resultados de los interrogantes 26 y 30 que evalúan las cogniciones antes y durante una situación social respectivamente. Estas cogniciones aparecen “*bastantes veces*” y “*a veces*” en el grupo con nivel alto de fobia social.

En la Tabla 4 se establece los porcentajes y la frecuencia de las cogniciones que manifiestan los estudiantes de primer semestre con nivel alto de fobia social antes de entrar en una situación social. Conforme a la distribución de los porcentajes los pensamientos cuentan con el siguiente orden:

1. El pensamiento que se presenta con mayor frecuencia, con un 22,3% es “¿Iré vestido/a apropiadamente?” (opción A), este grupo de personas refiere presentar este pensamiento con una frecuencia de “*bastantes veces*”.

2. Sigue la opción B que tiene que ver con la probabilidad de cometer un error y parecer un tonto/a, con el 20,2%, esta cognición según los estudiantes de este nivel aparece con una recurrencia de “*bastantes veces*”.

3. La opción D evalúa la cognición “¿De qué puedo hablar si hay un silencio en la conversación?”, esta opción tiene un porcentaje de 19,5%, presentándose “*a veces*” en el grupo con nivel alto de fobia social.

4. Luego está la opción E donde se valora el pensamiento “La gente se dará cuenta de mi nerviosismo/ansiedad”, dicha cognición constituye el 19,1%, los estudiantes de este nivel consideran que “*a veces*” aparece esta cognición.

5. Por último, se encuentra la opción C la cual hace referencia a “¿Qué haré si nadie habla conmigo?”, esta cognición “*a veces*” es percibida en los estudiantes de este nivel y representa un 18,9%.

Tabla 4

Porcentaje y frecuencia de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel alto de fobia social antes de una situación social

Pensamiento	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: ¿Iré vestido/a apropiadamente?	22,3	Bastantes veces
Opción B: Probablemente cometeré un error y pereceré tonto/a	20,2	Bastantes veces
Opción C: ¿Qué haré si nadie habla conmigo?	18,9	A veces
Opción D: ¿De qué puedo hablar si hay un silencio en la conversación?	19,5	A veces
Opción E: La gente se dará cuenta de mi nerviosismo/ansiedad	19,1	A veces

Asimismo, en la Figura 6 se encuentran representados estos valores.

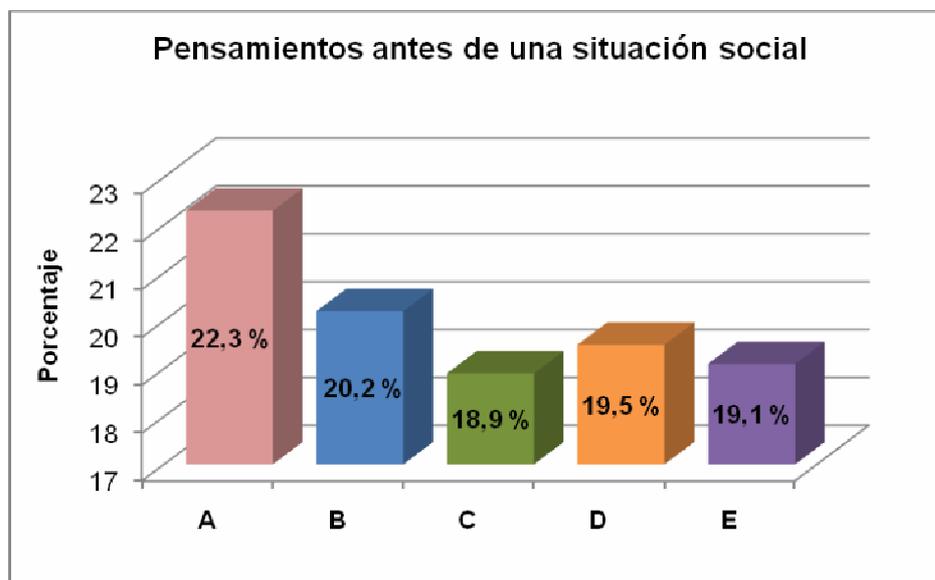


Figura 6. Porcentaje de los pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social.

En relación con los pensamientos que se aparecen durante una situación social se encuentra el siguiente orden (Ver Tabla 5):

1. El pensamiento más recurrente es “Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación” (opción A), con un 29,2%. Los estudiantes con nivel alto de fobia social consideran que este pensamiento se presenta bastantes veces.

2. Otro pensamiento frecuente es ¿Qué impresión estaré causando? (opción C), pues cuenta con el 29%, manifestándose “*bastantes veces*” en los sujetos de este grupo.

3. La cognición “Si lo hecho a perder todo otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a” (opción B) constituye el 22,3%. Los estudiantes de este nivel consideran que esta cognición se presenta “*a veces*”.

4. La opción D, con un 19,5%, describe la cognición “No importa lo que diga les parecerá estúpido”, los estudiantes de este grupo expresan que son “*raras*” las ocasiones en las que tienen este pensamiento.

Tabla 5

Porcentaje y frecuencia de los pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social

Pensamiento	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación.	29,2	Bastantes veces
Opción B: Si lo hecho a perder todo otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a.	22,3	A veces
Opción C: ¿Qué impresión estaré causando?	29	Bastantes veces
Opción D: No importa lo que diga les parecerá estúpido.	19,5	Raramente

Igualmente, los resultados de los porcentajes se muestran en la Figura 7.

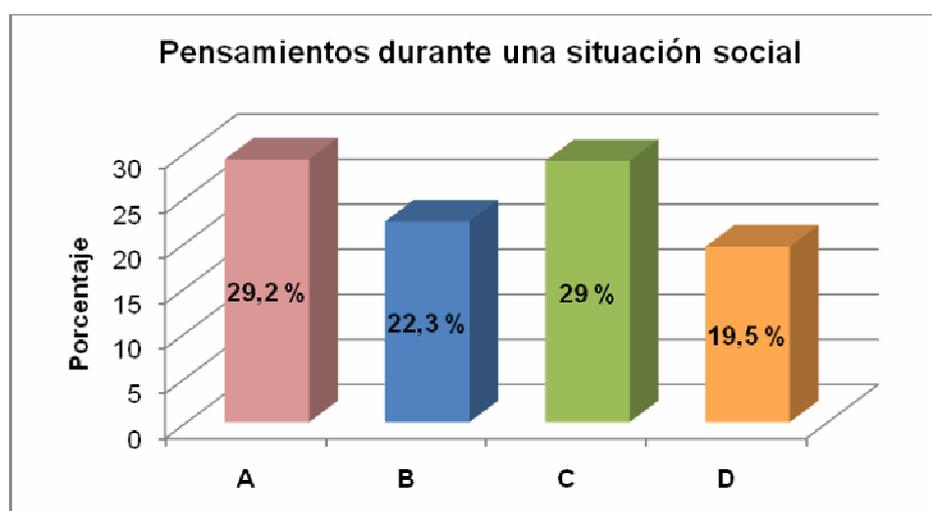


Figura 7. Pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social.

Los síntomas fisiológicos experimentados antes y durante una situación social se especifican en los reactivos 31 y 32. Estas sensaciones son experimentadas “a veces” por los estudiantes con nivel alto de fobia social.

En cuanto a los síntomas fisiológicos sentidos antes de una situación social el grupo con nivel alto de fobia social expresa que el síntoma más predominante son las palpitaciones en el corazón (opción C) con el 39,8%, percibiéndose “*bastantes veces*”

por este grupo, seguido por sudoración (opción A) con el 32,6% que de acuerdo a los estudiantes de este nivel se presenta “a veces” y frecuentes ganas de orinar (opción B) con el 27,6%, que según los sujetos con nivel alto de fobia social se manifiesta “a veces” en los sujetos con nivel alto de fobia social (Ver Tabla 6).

Tabla 6

Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social

Síntomas fisiológicos	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Sudoración	32,6	A veces
Opción B: Frecuentes ganas de orinar	27,6	A veces
Opción C: Palpitaciones en el corazón	39,8	Bastantes veces

De igual manera estos porcentajes se presentan en la Figura 8.

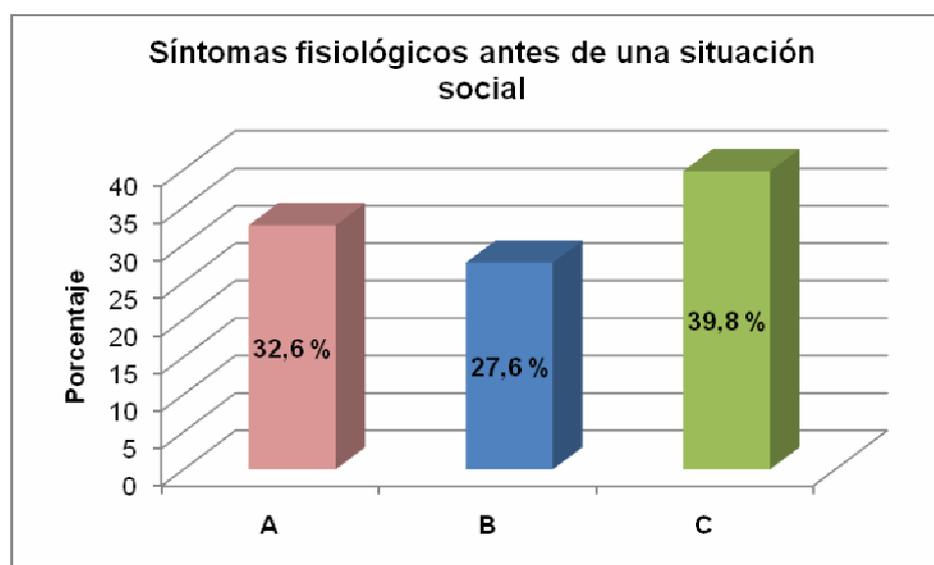


Figura 8. Porcentajes de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social.

De acuerdo a las respuestas marcadas por estos estudiantes durante una situación social los síntomas fisiológicos tiene el siguiente orden (Ver Tabla 7):

1. El síntoma que aparece con mayor frecuencia son las palpitaciones en el corazón con el 25%, manifestándose “bastantes veces” en los estudiantes de este nivel.

2. Continúa la sensación de rubor con el 21,7%, los estudiantes de este grupo refieren experimentar “a veces” esta sensación.

3. Seguido por temblores con un 18,9%. Los sujetos que pertenecen a este nivel señalan que este síntoma se presenta “a veces”.

4. Luego está el síntoma de sudoración con un 18,7%, manifestándose con una frecuencia de “a veces” en el grupo con nivel alto de fobia social.

5. Finalmente, el 15,7% está representado por frecuentes ganas de orinar, los estudiantes de este grupo informan que “raramente” experimentan esta sensación.

Tabla 7

Porcentaje y frecuencia de de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social

Pensamiento	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Sudoración	18,7	A veces
Opción B: Rubor	21,7	A veces
Opción C: Temblores	18,9	A veces
Opción D: Frecuentes ganas de orinar	15,7	Raramente
Opción E: Palpitaciones en el corazón	25,0	Bastantes veces

Del mismo modo los anteriores porcentajes se muestran en la Figura 9.

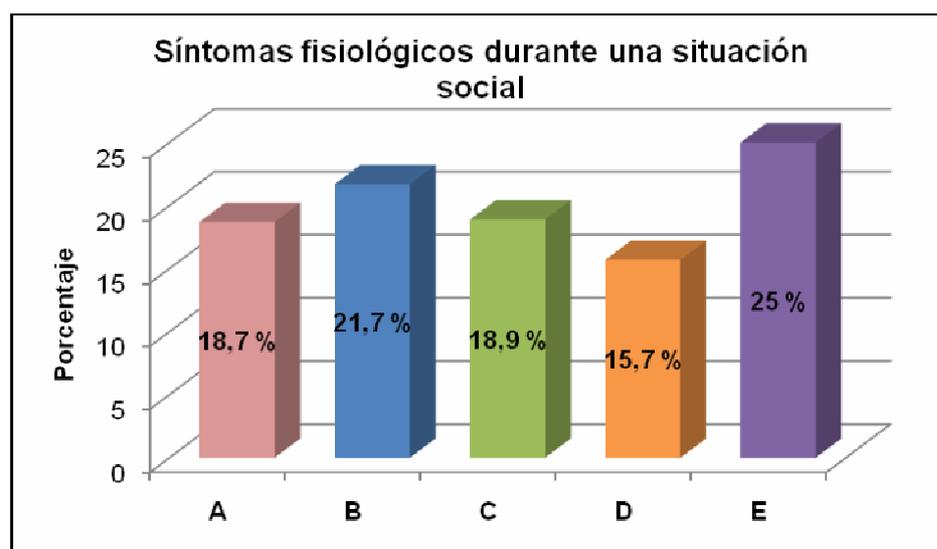


Figura 9. Síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel alto de fobia social.

Grupo con nivel moderado de fobia social

El grupo con nivel moderado de fobia social está conformado por 157 estudiantes cuyos puntajes totales en la subescala de fobia social del Inventario SPAI se encuentran en la media.

En la Tabla 8 se describen el puntaje directo y el puntaje promedio de respuesta de los ítems de la escala del grupo con nivel moderado de fobia social.

Tabla 8

Puntajes de los ítems de la subescala de fobia social en el grupo con nivel moderado de fobia social

Ítem	Punt. directo	Punt. promedio	Punt. estánd.
5	656	4	2
4	622	4	1,7
14	621	4	1,6
2	612	4	1,5
3	608	4	1,5
23	583	4	1,2
15	538	3	0,7
10	530	3	0,6
29	526	3	0,5
13	523	3	0,5
27	516	3	0,4
26	503	3	0,3
22	497	3	0,2
1	495	3	0,2
12	494	3	0,2
9	492	3	0,2
16	467	3	-0,1
30	439	3	-0,5
18	438	3	-0,5
19	435	3	-0,5
28	433	3	-0,5
24	426	3	-0,6
31	418	3	-0,7

25	416	3	-0,7
32	409	3	-0,8
7	408	3	-0,8
6	404	3	-0,9
11	389	2	-1,0
20	373	2	-1,2
21	373	2	-1,2
17	339	2	-1,6
8	338	2	-1,6

Nota: El puntaje directo corresponde a la sumatoria de las puntuaciones marcadas por los sujetos en cada ítem. El mínimo es 1 y el máximo es 1099 para el grupo con nivel moderado de fobia social. El puntaje promedio indica la opción de respuesta que en general marcó el grupo en cada reactivo, es decir la frecuencia con la que estos estudiantes sienten ansiedad ante las situaciones mencionadas. El mínimo es 1 y el máximo es 7. El puntaje estandarizado designa a cuantas desviaciones estándar se encuentra el puntaje directo; la media es 478,8 y la desviación es 86,8 en este grupo.

En seguida se describirán los ítems más representativos, es decir, los que se encuentran sobre una o más desviaciones estándar y los inferiores a una o más desviaciones estándar. Es de resaltar que los puntajes de los ítems en el grupo con nivel moderado de fobia social implican que las situaciones mencionadas en la escala les genera ansiedad social *“muy raramente”, “raramente” y “a veces”*, ninguna de las situaciones genera ansiedad a estos estudiantes *“bastantes veces”, “muchas veces”* o *“siempre”*.

El grupo con nivel moderado de fobia social tiene puntajes más altos en los ítems: 5, 4, 14, 2, 3, y 23.

Los resultados del ítem 5 denotan que los estudiantes con nivel moderado de fobia social *“a veces”* se sienten nerviosos cuando hablan en público. En este interrogante los estudiantes de este grupo obtuvieron un puntaje directo de 656, un puntaje promedio de 4 y se encuentra a dos desviaciones estándar sobre la media; de acuerdo a estos resultados, en los estudiantes con nivel moderado de fobia social hablar en público solo genera ansiedad ocasionalmente.

En cuanto al ítem 4 (puntaje directo de 622; puntaje promedio de 4; 1,7 desviaciones estándar), este se refiere a la ansiedad de una persona cuando está en

una situación social en la cual se espera su participación en alguna actividad. Estos valores hacen suponer que los estudiantes con nivel moderado de fobia social “a veces” sienten ansiedad ante su participación en una situación social.

En relación con el hecho de no saber qué hacer cuando se está en situación embarazosa con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general; situación evaluada en el reactivo 14 (con un puntaje directo de 621, un puntaje promedio de 4 y situado a 1,6 desviaciones estándar por encima de la media). Los estudiantes con nivel moderado de fobia social manifiestan “a veces” sentirse ansiosos ante una situación así. Presentado la siguiente frecuencia para las opciones de respuesta: Extraños 25,6%, figuras de autoridad 25,9%, personas del sexo opuesto 25,7% y gente en general 22,8%.

A partir del análisis de las puntuaciones marcadas por el grupo con nivel moderado de fobia social en el ítem 2 se puede afirmar que dichos estudiantes “a veces” se sienten nerviosos cuando están en una situación social dentro de un grupo grande de personas. Esta pregunta cuenta con un puntaje total de 612, un puntaje promedio de 4 y se encuentra a una y media desviaciones estándar por encima de la media.

De acuerdo a los resultados del reactivo 3 (puntaje directo de 608; puntaje promedio de 4; ubicado a 1,5 desviaciones estándar sobre la media) los estudiantes con nivel moderado de fobia social “a veces” experimenta ansiedad cuando empiezan a ser el centro de atención en una situación social.

Con respecto a los puntajes obtenidos por el grupo con nivel moderado de fobia social en el ítem 23, el cual cuenta con un puntaje directo de 583, un puntaje promedio de 4 y está alrededor de una desviación estándar sobre la media. Se puede decir que este grupo “a veces” experimenta ansiedad ante la crítica o rechazo de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general; obteniendo una distribución en las respuestas de esta forma: Extraños 24,3%, figuras de autoridad 25,5%, personas del sexo opuesto 26,3% y gente en general 23,9%.

Los ítems con puntajes más bajos en el grupo con nivel moderado de fobia social son: El 11, 20, 21, 17 y 8. Estos ítems representan las situaciones que menor ansiedad generan a este grupo.

Los estudiantes de este grupo en el reactivo 11 tienen un puntaje directo de 377, un puntaje promedio de 2 y estos resultados se ubican a una desviación estándar

inferior a la media. Las puntuaciones de este ítem muestran que los estudiantes con nivel moderado de fobia social *“muy raramente”* se sienten ansiosos cuando están en un restaurante o en un bar con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general. Ante la situación presentada en el reactivo 11, los resultados de las opciones de respuesta se distribuyen de la siguiente manera: Extraños 26,3%, figuras de autoridad 27,2%, personas del sexo opuesto 24,7% y gente en general 21,8%.

De acuerdo a los resultados del ítem 20 (puntaje directo de 373; puntaje promedio de 2; situado a 1,2 desviaciones estándar inferiores a la media), los estudiantes con nivel moderado de fobia social *“muy raramente”* se sienten ansiosos al tomar cualquier tipo de bebida y/o comer delante de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, presentándose los resultados en las opciones de respuesta así: Extraños 23,2%, figuras de autoridad 27,5%, personas del sexo opuesto 26 y gente en general 23,3%.

En relación con la situación de escribir a mano, a máquina o en un computador delante de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, según los resultados del ítem 21 (puntaje directo de 373, puntaje promedio de 2; ubicado a 1,2 desviaciones estándar por debajo de la media), el grupo con nivel moderado de fobia social experimenta *“muy raramente”* ansiedad frente a dicha situación, siendo la frecuencia de las opciones de respuesta la siguiente: Extraños 24,8%, figuras de autoridad 25,9%, personas del sexo opuesto 25,4% y gente en general 23,9%.

Con respecto al interrogante 17 este cuenta con un puntaje directo de 332, un puntaje promedio de 2 y se ubica alrededor de una y media desviaciones estándar por debajo de la media. Estos resultados denotan que el grupo con nivel moderado de fobia social *“muy raramente”* siente ansiedad cuando habla de asuntos de trabajo con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, obteniendo una distribución en las respuestas de esta forma: Extraños 24,8%, figuras de autoridad 26,9%, personas del sexo opuesto 24,4% y gente en general 23,9%.

La pregunta con menor puntuación en este grupo es el ítem 8 (puntaje directo 338; puntaje promedio 2; ubicado a 1,6 desviaciones estándar inferiores a la media), hace referencia al nerviosismo de un sujeto en una situación social que busca retirarse o

alejarse. Esto implica que los estudiantes de este grupo *“muy raramente”* se retiran o alejan de una situación social.

Considerando que algunos ítems tienen como opciones de respuesta: Extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general; en seguida se identifica, en el grupo con nivel moderado de fobia social, ante quien se presenta la respuesta de ansiedad. Es importante señalar que las respuestas de ansiedad ante estas personas se presentan con una frecuencia de *“a veces”*, *“raramente”* y *“muy raramente”* en los estudiantes pertenecientes a este nivel (Ver Figura 10).

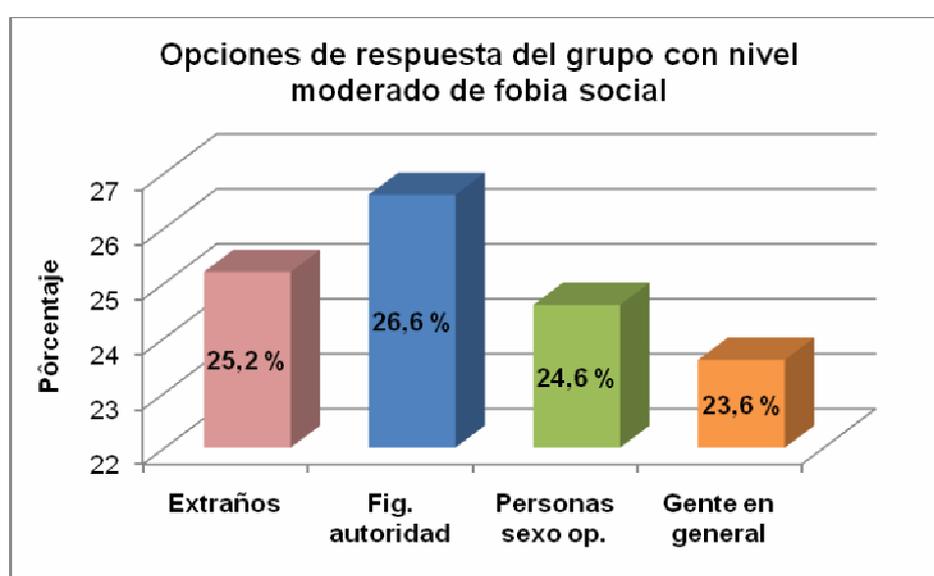


Figura 10. Porcentaje de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel moderado de fobia social.

Como se observa en la gráfica los estudiantes con nivel moderado de fobia social sienten nerviosismo ante extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general en porcentajes similares. Esto significa que este grupo *“a veces”* experimenta ansiedad ante las diferentes situaciones sociales en las que se encuentran este tipo de personas.

En seguida se presentan los resultados de los interrogantes 26 y 30 que evalúan las cogniciones antes y durante una situación social respectivamente. Estas cogniciones aparecen *“raramente”* en el grupo con nivel moderado de fobia social.

La Tabla 9 representa el porcentaje de los tipos de cogniciones que manifiestan los estudiantes de primer semestre con nivel moderado de fobia social antes de

entrar en una situación social. Conforme a la distribución de los porcentajes los pensamientos cuentan con el siguiente orden:

1. La cognición que se presenta con mayor frecuencia con un 24,7% es “¿Iré vestido/a apropiadamente?” (opción A), apareciendo “a veces” en los estudiantes de este nivel.

2. Sigue la opción B que tiene que ver con la probabilidad de cometer un error y parecer un tonto/a con el 20,6%, presentándose “raramente” en el grupo con nivel moderado de fobia social.

3. La opción D evalúa “¿De qué puedo hablar si hay un silencio en la conversación?”, esta tiene un porcentaje de 19,7%, experimentándose “raramente” por los sujetos que pertenecen a este nivel.

4. Luego se encuentra la opción E, donde se valora el pensamiento “La gente se dará cuenta de mi nerviosismo/ansiedad” con el 18,2%, siendo manifestada “raramente” en los estudiantes con nivel moderado de fobia social.

5. En último lugar, está la opción C que hace referencia a “¿Qué haré si nadie habla conmigo?”, la cual constituye un 16,8%, presentándose “raramente” en este grupo.

Tabla 9

Porcentaje y frecuencia de los pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social

Pensamiento	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: ¿Iré vestido/a apropiadamente?	24,7	A veces
Opción B: Probablemente cometeré un error y pereceré tonto/a	20,6	Raramente
Opción C: ¿Qué haré si nadie habla conmigo?	16,8	Raramente
Opción D: ¿De qué puedo hablar si hay un silencio en la conversación?	19,7	Raramente
Opción E: La gente se dará cuenta de mi nerviosismo/ansiedad	18,2	Raramente

En la Figura 11 se muestran los porcentajes de estos pensamientos.

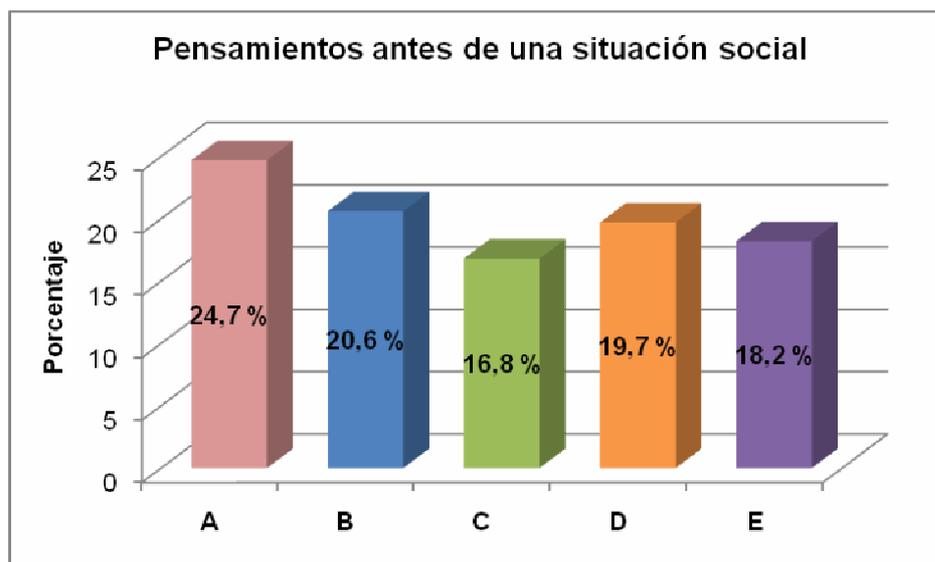


Figura 11. Pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.

En relación con los pensamientos que se manifiestan durante una situación social, se encuentra el siguiente orden:

1. El pensamiento más recurrente en el grupo con nivel moderado de fobia social es “Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación” con un 29,5% (opción A), siendo experimentado *“raramente”* por dichos estudiantes.

2. Otro pensamiento frecuente es “¿Qué impresión estaré causando?” pues cuenta con el 29,2% (opción C), manifestándose *“raramente”* en este grupo.

3. La cognición que tiene que ver con “Si lo hecho a perder todo otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a” (opción B) constituye el 21,8%, presentándose *“muy raramente”* en los sujetos de este nivel.

4. La opción D con un 19,5% describe la cognición “No importa lo que diga les parecerá estúpido” (Ver Tabla 10), manifestándose *“muy raramente”* en los estudiantes del nivel moderado de fobia social.

Tabla 10

Porcentaje y frecuencia de los pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social

Pensamiento	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación.	29,5	Raramente
Opción B: Si lo hecho a perder todo otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a.	21,8	Muy raramente
Opción C: ¿Qué impresión estaré causando?	29,2	Raramente
Opción D: No importa lo que diga les parecerá estúpido.	19,5	Muy raramente

Asimismo, estos porcentajes se presentan en la Figura 12.

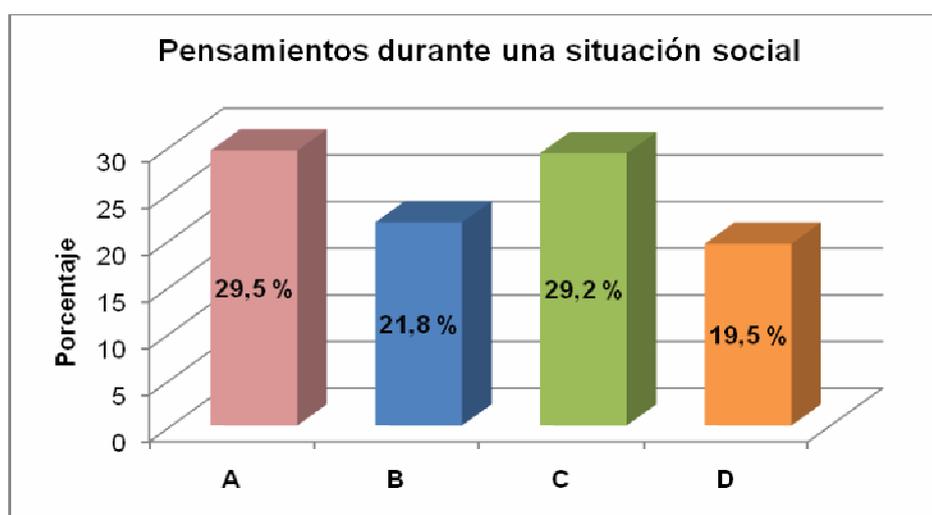


Figura 12. Pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Los síntomas fisiológicos experimentados antes y durante una situación social se especifican en los reactivos 31 y 32. Estas sensaciones son experimentadas “*muy raramente*” por los estudiantes con nivel moderado de fobia social.

En cuanto a los síntomas fisiológicos sentidos antes de una situación social el grupo con nivel moderado de fobia social manifiesta que el síntoma más predominante son las palpitaciones en el corazón con el 44,6 %, experimentándose

“raramente” por los estudiantes de este nivel, seguido por sudoración con el 32,9%, presentándose “muy raramente” por los sujetos de este grupo, y frecuentes ganas de orinar con el 22,5%, apareciendo “muy raramente” en este grupo de estudiantes (Ver Tabla 11).

Tabla 11

Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social

Síntomas fisiológicos	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Sudoración	32,9	Muy raramente
Opción B: Frecuentes ganas de orinar	22,5	Muy raramente
Opción C: Palpitaciones en el corazón	44,6	Raramente

Los porcentajes de estos de estos síntomas se encuentran en la Figura 13.

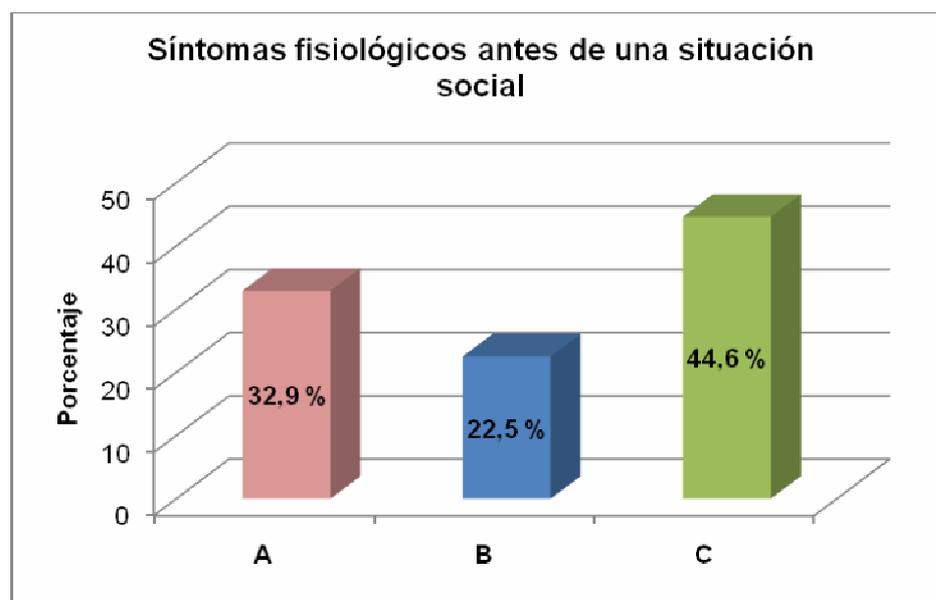


Figura 13. Síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.

De acuerdo a las respuestas marcadas por los estudiantes de este nivel, durante una situación social los síntomas fisiológicos se manifiestan así:

1. En primer lugar se encuentra palpitaciones en el corazón con el 26,6%, apareciendo “a veces” en este grupo de estudiantes.

2. Continúa la sensación de rubor con el 22,9%, y una frecuencia de “*raramente*” para los sujetos con nivel moderado de fobia social.

3. Seguimiento de temblores con un 19,6%, *presentándose “muy raramente”* en los estudiantes de este nivel.

4. Luego está sudoración con un 18,3%, los estudiantes de este grupo expresan que “*muy raramente*” sienten esta sensación.

5. Finalmente el 12,6% representa el síntoma frecuentes ganas de orinar, el cual es experimentado por este grupo “*muy raramente*” (Ver Tabla 12).

Tabla 12

Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social

Síntomas fisiológicos	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Sudoración	18,3	Muy raramente
Opción B: Rubor	22,9	Raramente
Opción C: Temblores	19,6	Muy raramente
Opción D: Frecuentes ganas de orinar	12,6	Muy raramente
Opción E: Palpitaciones en el corazón	26,6	A veces

De la misma forma los porcentajes de estos síntomas están representados en la Figura 14.

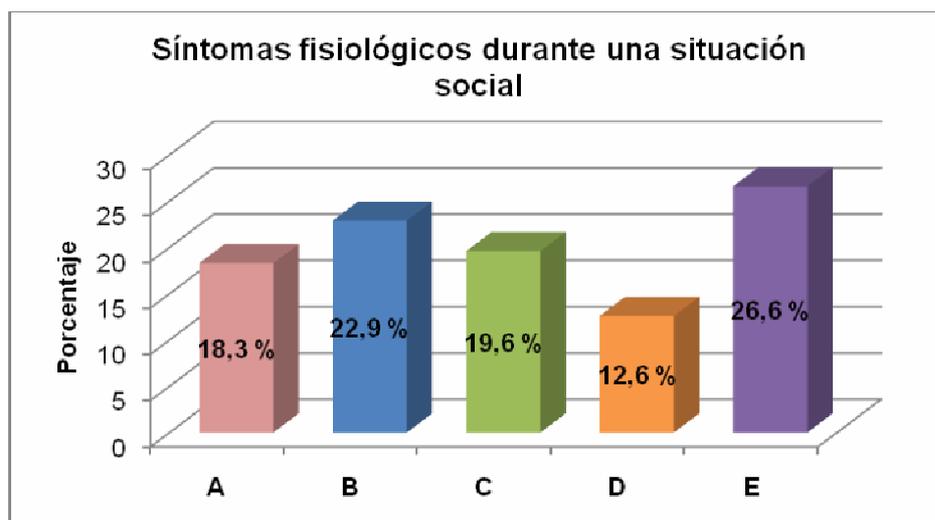


Figura 14. Porcentaje de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Grupo con nivel bajo de fobia social

El grupo con nivel bajo de fobia social está conformado por 42 estudiantes cuyos puntajes totales en la subescala de fobia social del Inventario SPAI se encuentran a una o más desviaciones estándar inferiores a la media.

En seguida se describirán en la Tabla 13 los resultados de los estudiantes con nivel bajo de fobia social

Tabla 13

Puntajes de los ítems de la subescala de fobia social en el grupo con nivel bajo de fobia social

Ítem	Punt. directo	Punt. promedio	Punt. estand.
2	104	2	1,9
4	103	2	1,9
5	100	2	1,7
14	100	2	1,7
3	95	2	1,4
23	87	2	1,0
26	85	2	0,8
13	84	2	0,7
15	82	2	0,6
1	81	2	0,6
10	81	2	0,6
27	79	2	0,5
9	71	2	0,0
29	70	2	-0,1
31	70	2	-0,1
30	68	2	-0,2
32	66	2	-0,3
12	66	2	-0,3
18	65	2	-0,4
22	65	2	-0,4
28	61	1	-0,6
6	59	1	-0,7
11	58	1	-0,8

19	58	1	-0,8
8	55	1	-0,9
16	55	1	-1,0
7	53	1	-1,1
21	53	1	-1,1
20	53	1	-1,1
24	52	1	-1,1
25	48	1	-1,3
17	47	1	-1,4

Nota: El puntaje directo corresponde a la sumatoria de las puntuaciones marcadas por los sujetos en cada ítem. El mínimo es 1 y el máximo es 294 para el grupo con nivel bajo de fobia social. El puntaje promedio indica la opción de respuesta que en general marcó el grupo en cada reactivo, es decir, la frecuencia con la que estos estudiantes sienten ansiedad ante las situaciones mencionadas. El mínimo es 1 y el máximo es 7. El puntaje estandarizado designa a cuantas desviaciones estándar se encuentra el puntaje directo; la media es 71 y la desviación es 17,1 en este grupo.

En la siguiente sección se analizan los resultados de los ítems que se encuentran sobre una o más desviaciones estándar y por debajo de una o más desviaciones estándar. Los resultados de los ítems en este grupo indican que las situaciones mencionadas en la prueba causan ansiedad social *“muy raramente”* y *“nunca”*.

Los reactivos que más alto puntaje obtuvieron fueron: 2, 4, 5, 14, y 3.

El interrogante 2 (puntaje total 95; puntaje promedio 2, se sitúa alrededor de 2 desviaciones estándar sobre la media) mide el nerviosismo reportado por un sujeto cuando está en una situación social en un grupo grande de personas, es decir, los sujetos con nivel bajo de ansiedad social tienden a considerar que esta situación *“muy raramente”* produce temor.

Con respecto a la pregunta 4 los estudiantes con nivel bajo de fobia social tienen un puntaje total de 95, un puntaje promedio de 2 y se encuentra a 1,9 desviaciones estándar por encima de la media. Estos resultados muestran que este grupo *“muy raramente”* manifiesta ansiedad cuando esta en una situación social y se espera la participación en alguna actividad.

El ítem 5 se refiere a la ansiedad al hablar en público; las respuestas del grupo con nivel bajo de fobia social sumaron un puntaje total de 95, y un puntaje promedio de 2

y se sitúa a 1,9 desviaciones estándar por encima de la media. Los resultados denotan que *“muy raramente”* los estudiantes de este nivel se sienten ansiosos ante la situación evaluada.

De acuerdo a los resultados de los estudiantes con nivel bajo de fobia social en el reactivo 14, este cuenta con un puntaje total de 93, un puntaje promedio del ítem de 2 y se ubica a 1,7 desviaciones estándar sobre la media. Estas puntuaciones indican que este grupo *“raramente”* experimenta ansiedad y no sabe que hacer cuando se encuentra en una situación embarazosa con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general. Presentándose la siguiente distribución de los resultados en las opciones de respuesta: Extraños 25,2%, figuras de autoridad 26,1%, personas del sexo opuesto 26,1% y gente en general 22,6%.

Teniendo en cuenta el puntaje del grupo con nivel bajo de fobia social en el ítem 3, los estudiantes de este nivel *“muy raramente”* temen ser el centro de atención cuando se encuentran en una situación social, ya que obtuvieron en este reactivo un puntaje total de 87, un puntaje promedio de 2, ubicándolo a más de una desviación estándar por encima de la media.

El ítem 23 evalúa el nerviosismo cuando se recibe una crítica o rechazo por parte de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general. El grupo con nivel bajo de fobia social alcanzó un puntaje total de 78, un puntaje promedio de 2, localizando a este reactivo a una desviación estándar sobre la media; estos resultados significan que los estudiantes de este nivel *“muy raramente”* esta situación les genera ansiedad, distribuyéndose sus respuestas así: Extraños 22,7%, figuras de autoridad 24,9%, personas del sexo opuesto 28,9% y gente en general 23,5%.

Los ítems con más bajo puntaje en el grupo con nivel bajo de ansiedad son: 7, 21, 20, 24, 25 y 17; estos ítems representan las situaciones sociales que menor ansiedad produce a los estudiantes de este nivel.

El ítem 7 evalúa el nerviosismo de un individuo cuando debe acudir a reuniones sociales que prefiere evitarlas. De acuerdo a los puntajes de los estudiantes con nivel bajo de fobia social en este interrogante se puede afirmar que este grupo *“muy raramente”* evita acudir a reuniones sociales. Este ítem obtuvo un puntaje total de

50, un puntaje promedio de 1 y se encuentra a -1,1 desviaciones estándar inferior a la media.

Con respecto al interrogante 21, el grupo con nivel bajo de fobia social tiene un puntaje total de 49, un puntaje promedio de 1, ubicándolo a -1,1 desviaciones estándar por debajo de la media. Este ítem pregunta sobre la ansiedad cuando se escribe (a mano, a máquina o en un computador) delante de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general. Los puntajes de los estudiantes de este grupo muestran que *“muy raramente”* esta circunstancia les causa ansiedad, distribuyéndose los resultados en las opciones de respuesta de esta manera: Extraños 25,2%, figuras de autoridad 27%, personas del sexo opuesto 24,6% y gente en general 23,2%.

En el reactivo 20 se formula el siguiente enunciado “me pongo nervioso/a si bebo {cualquier tipo de bebida} y/o como delante de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto, gente en general”. Los estudiantes del grupo con nivel bajo de fobia social cuentan con un puntaje total de 49, un promedio de 1, situando al reactivo a 1,1 desviaciones estándar por debajo de la media, señalando que los alumnos pertenecientes a este grupo *“muy raramente”* se ponen nerviosos ante esta situación, obteniendo una distribución en las respuestas de esta forma: Extraños 23,8%, figuras de autoridad 26,2%, personas del sexo opuesto 25,2% y gente en general 24,8%.

De acuerdo a la información consignada en los cuestionarios por el grupo con nivel bajo de fobia social sobre del ítem 24, este cuenta una puntuación total de 48, una puntuación promedio de 1 y se encuentra a -1.1 desviaciones estándar inferiores a la media. Esto significa que los estudiantes de este grupo *“nunca”* experimentan nerviosismo cuando son criticados o rechazados por extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, presentándose la frecuencia en estas opciones así: Extraños 26,8%, figuras de autoridad 25,4%, personas del sexo opuesto 23,4% y gente en general 24,4%.

En cuanto a la pregunta 25 los estudiantes del grupo con niveles bajos de ansiedad muestran una puntuación total de 45, una puntuación promedio de 1, localizando al ítem a -1,3 desviaciones estándar por debajo de la media. Según estos resultados los estudiantes de este nivel *“nunca”* se alejan de las situaciones sociales

en las que hay extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general, siendo la distribución de estas opciones la siguiente: Extraños 25,4%, figuras de autoridad 25,9%, personas del sexo opuesto 23,8% y gente en general 24,9%.

En último lugar en este nivel de fobia social se encuentran las puntuaciones del ítem 17, el cual evalúa el nerviosismo cuando se habla de asuntos de trabajo con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y/o gente en general. Los alumnos que pertenecen al grupo con nivel bajo de fobia social puntuaron en total 43, obtuvieron un puntaje promedio de 1, localizando al interrogante a -1,4 desviaciones negativas, mostrando que este grupo *“nunca”* siente nerviosismo cuando habla de asuntos de trabajo, presentado la siguiente frecuencia para las opciones de respuesta: Extraños 24%, figuras de autoridad 28,4%, personas del sexo opuesto 24% y gente en general 23,6%.

Considerando que algunos reactivos tienen como opciones de respuesta: Extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general; a continuación se identifica, en el grupo con nivel bajo de fobia social, ante quien se presenta la respuesta de ansiedad. Es importante señalar que las respuestas de ansiedad ante estas personas se presentan con una frecuencia de *“muy raramente”* y *“nunca”* en los estudiantes pertenecientes a este nivel (Ver Figura 15).

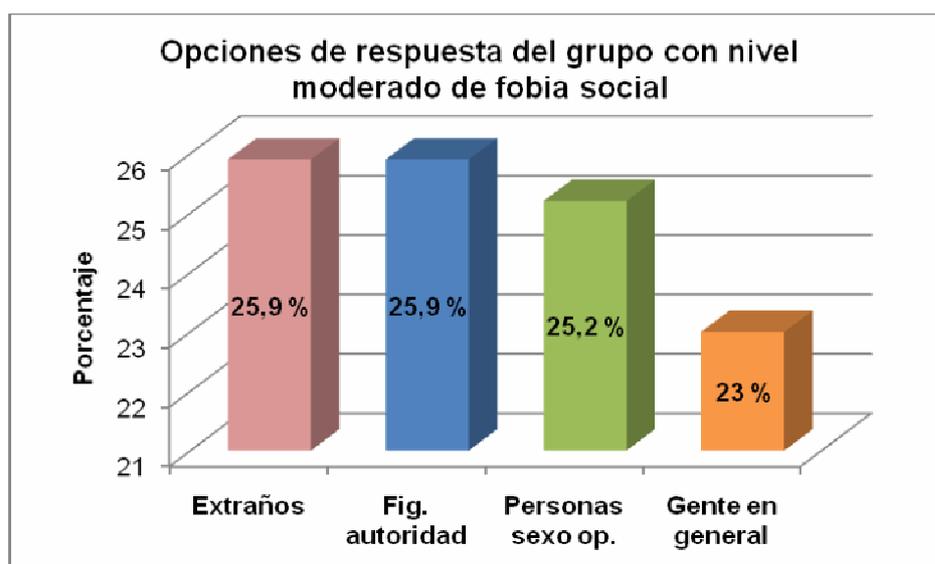


Figura 15. Porcentaje de las opciones de respuesta marcadas por el grupo con nivel bajo de fobia social.

Como se registra en la gráfica los estudiantes con nivel bajo de fobia social sienten nerviosismo ante extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general en porcentajes similares. Esto significa que este grupo *“muy raramente”* experimenta ansiedad ante las diferentes situaciones sociales en las que se encuentran este tipo de personas.

En la siguiente sección se presentan los resultados de los interrogantes 26 y 30 que evalúan las cogniciones antes y durante una situación social respectivamente. Estas cogniciones aparecen *“muy raramente”* y *“nunca”* en el grupo con nivel bajo de fobia social.

La Tabla 14 representa el porcentaje de los tipos de cogniciones que manifiestan el grupo de estudiantes de primer semestre con nivel bajo de fobia social antes de entrar en una situación social. Conforme a la distribución de los porcentajes los pensamientos cuentan con el siguiente orden:

1. La cognición que se presenta con mayor porcentaje representada con un 28,6% es *“¿Iré vestido/a apropiadamente?”*, presentándose *“raramente”* en estos alumnos.

2. Sigue la opción D donde se evalúa LA COGNICIÓN de qué se puede hablar si hay un silencio en la conversación, la cual tiene un porcentaje de 21,4%, y una frecuencia de *“muy raramente”* en este grupo.

3. Continúa la opción B que evalúa la probabilidad de cometer un error y parecer un tonto/a, este pensamiento representa el 17,6%, manifestándose *“muy raramente”* en los sujetos de este nivel.

4. Luego se encuentra la opción C *“¿Qué haré si nadie habla conmigo?”*, esta cognición constituye el 16,9%, y presenta una frecuencia de *“muy raramente”* en los estudiantes con nivel bajo de fobia social.

5. En último lugar está la opción E que hace referencia a como la gente se dará cuenta del nerviosismo/ansiedad, con un 15,5% este grupo de personas considera que *“nunca”* presentan esta cognición.

Tabla 14

Porcentaje y frecuencia de los pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social

Pensamiento	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: ¿Iré vestido/a apropiadamente?	28,6	Raramente
Opción B: Probablemente cometeré un error y pareceré tonto/a.	17,6	Muy raramente
Opción C: ¿Qué haré si nadie habla conmigo?	16,9	Muy raramente
Opción D: ¿De que puedo hablar si hay un silencio en la conversación?	19,5	Muy raramente
Opción E: La gente se dará cuenta de mi nerviosismo o ansiedad	15,5	Nunca

Los porcentajes de estos pensamientos están representados en la Figura 16.

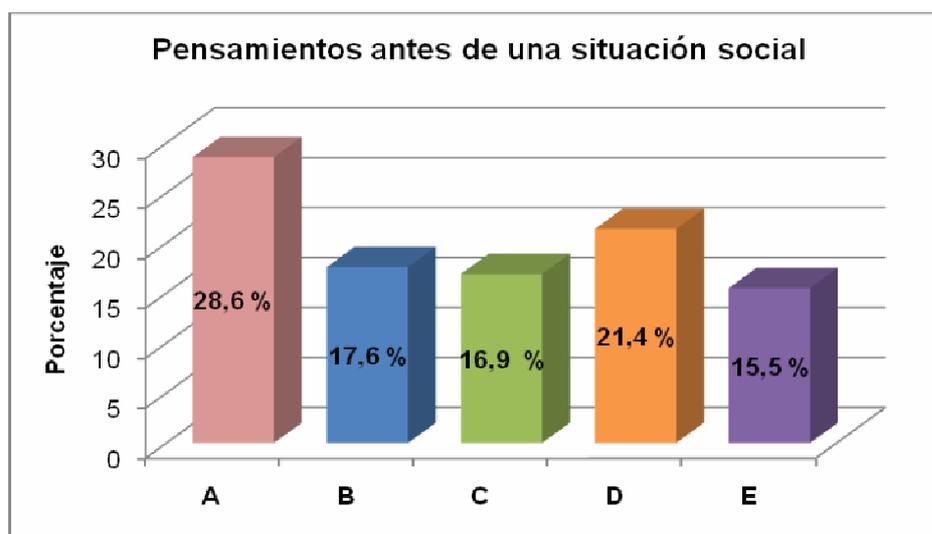


Figura 16. Pensamientos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.

En relación con los pensamientos que se manifiestan durante una situación social, se encuentra que:

1. El pensamiento más recurrente en el grupo con nivel bajo de fobia social es “¿Qué impresión estaré causando?”, pues cuenta con el 36,6% (opción C), y con una frecuencia de “*muy raramente*” en este grupo.

2. Otro pensamiento es “Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación” con un 26% (opción A), los estudiantes de este grupo estiman que “*muy raramente*” aparece este pensamiento.

3. Sigue la opción D con un 19,5% esta describe la cognición “No importa lo que diga les parecerá estúpido”, según la apreciación de este grupo de estudiantes esta cognición “*nunca*” se presenta.

4. En último lugar se encuentra la cognición “Si lo hecho a perder todo otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a” (opción B), constituye el 17,9%, este grupo considera que “*nunca*” presenta este pensamiento (Ver Tabla 15).

Tabla 15

Porcentaje y frecuencia de los pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social

Pensamiento	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación.	26,0	Muy raramente
Opción B: Si lo hecho a perder todo otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a.	17,9	Nunca
Opción C: ¿Qué impresión estaré causando?	36,6	Muy raramente
Opción D: No importa lo que diga les parecerá estúpido.	19,5	Nunca

La distribución porcentual de los pensamientos durante una situación social se representa en la Figura 17.

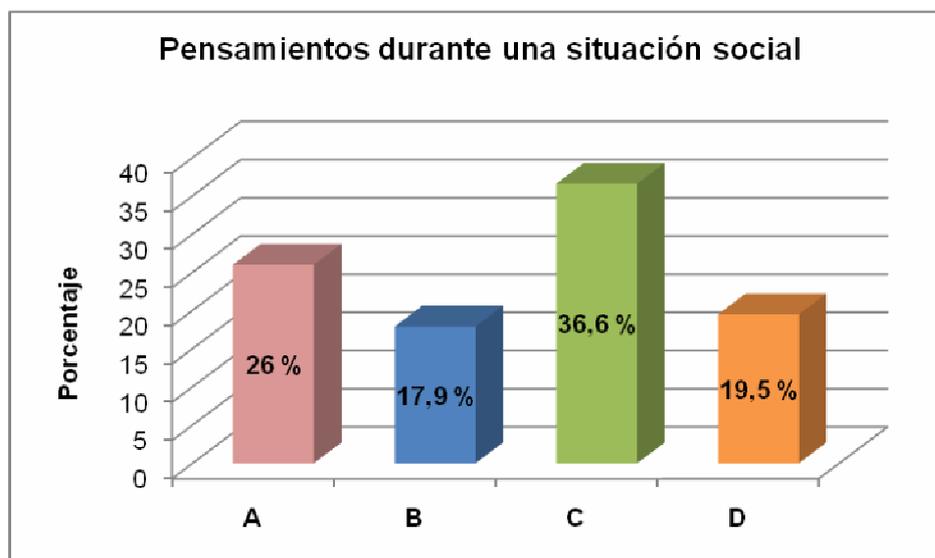


Figura 17. Pensamientos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Los síntomas fisiológicos experimentados antes y durante una situación social se especifican en los reactivos 31 y 32. Estas sensaciones son experimentadas según los estudiantes con nivel bajo de fobia social “*muy raramente*” y “*nunca*”.

En cuanto a los síntomas fisiológicos experimentados antes de una situación social, el grupo con nivel bajo de fobia social manifiesta que el síntoma palpitaciones en el corazón se presenta “*muy raramente*” constituyendo el 42,6 %, seguido por sudoración con el 32,5% manifestándose “*muy raramente*” en este grupo de estudiantes y el síntoma frecuentes ganas de orinar cuenta con 24,9% indicando que los estudiantes de este nivel “*nunca*” tienen esta sensación (Ver Tabla 16).

Tabla 16

Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social

Síntomas fisiológicos	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Sudoración	32,5	Muy raramente
Opción B: Frecuentes ganas de orinar	24,9	Nunca
Opción C: Palpitaciones en el corazón	42,6	Muy raramente

Los resultados de los síntomas fisiológicos se muestran en la Figura 18

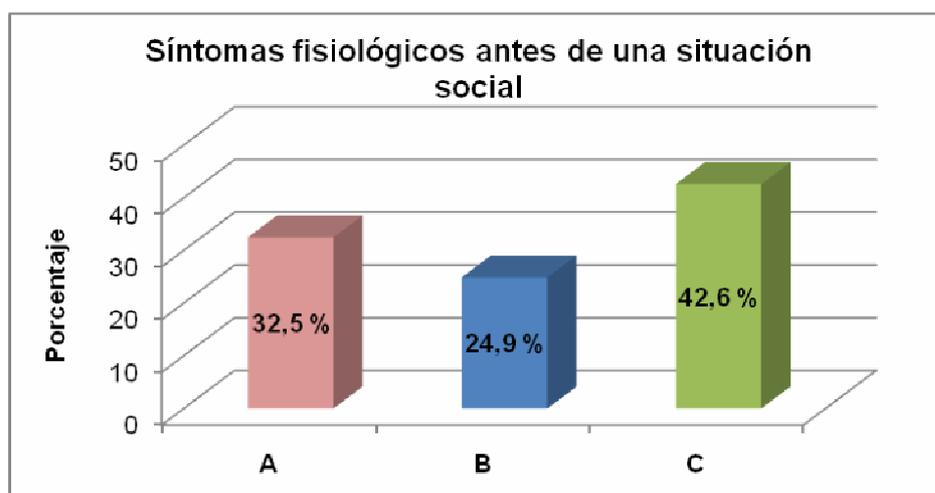


Figura 18. Síntomas fisiológicos antes de una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.

De acuerdo a las respuestas marcadas por los estudiantes de este nivel, durante una situación social los síntomas fisiológicos se manifiestan de la siguiente manera (Ver Tabla 17):

1. Las palpitaciones en el corazón tienen el 25,9%, presentándose “*muy raramente*” en los estudiantes de este nivel.

2. Continúa la sensación de rubor con el 21,4%, siendo experimentada “*muy raramente*” en este grupo.

3. Seguido de temblores con un 19,3%, luego está sudoración con un 17,2% y el 16,2% lo representa frecuentes ganas de orinar, estos síntomas según los estudiantes con nivel bajo de fobia social “*nunca*” han sido experimentados.

Tabla 17

Porcentaje y frecuencia de los síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social

Síntomas fisiológicos	Porcentaje	Frecuencia
Opción A: Sudoración	17,2	Nunca
Opción B: Rubor	21,4	Muy raramente
Opción C: Temblores	19,3	Nunca
Opción D: Frecuentes ganas de orinar	16,2	Nunca
Opción E: Palpitaciones en el corazón	25,9	Muy raramente

La distribución porcentual de los síntomas fisiológicos durante una situación social se grafican en la Figura 19.

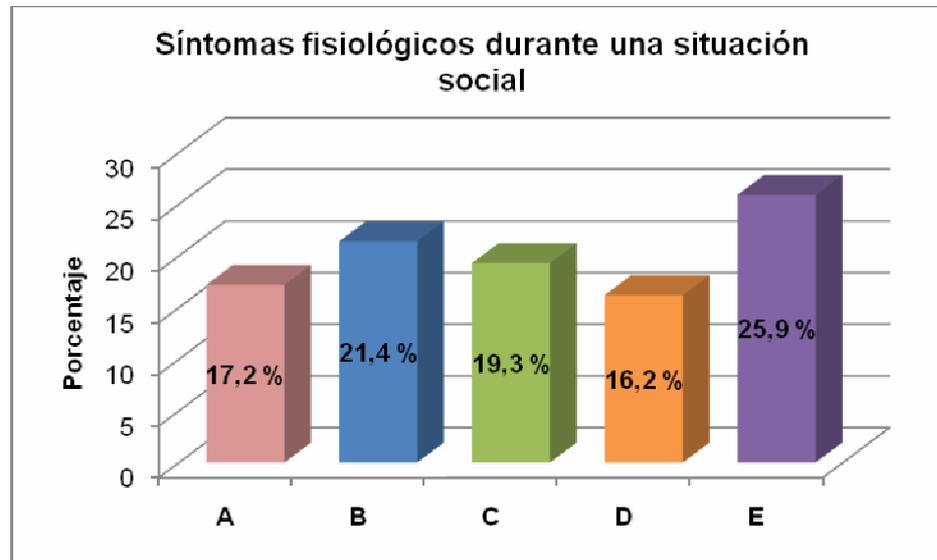


Figura 19. Síntomas fisiológicos durante una situación social en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Resultados de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada EEC – M

En el siguiente apartado se describen los resultados del instrumento de estrategias de afrontamiento aplicado a la muestra estratificada de estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño.

Acerca de la Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada esta cuenta con 12 factores representados en 69 ítems, para cada ítem el puntaje máximo es 6 y el mínimo 1. Las opciones de respuesta se encuentran en una escala Likert con seis puntos en función de la frecuencia con que afrontan las situaciones sociales que les producen ansiedad, discriminados de la siguiente forma 1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: A veces, 4: Frecuentemente, 5: Casi siempre y 6: Siempre.

El análisis de los resultados de esta escala se efectuó con las medias y desviaciones estandarizadas para cada factor (Ver Anexo E), y de acuerdo a la agrupación de los estudiantes según el nivel de fobia social que presentan, por ello se especifica, a continuación, en cada nivel de fobia social el nivel empleado en los doce factores o estrategias de afrontamiento evaluadas.

Grupo con nivel alto de fobia social

En la Tabla 18 se muestran los resultados de los estudiantes con nivel alto de fobia social en los doce factores evaluados por la Escala de Estrategias Coping Modificada.

El puntaje promedio hace referencia al puntaje de la estrategia evaluada en este grupo de estudiantes para compararlo con los valores típicos. El puntaje estandarizado designa a cuantas unidades de desviaciones estándar por arriba o por debajo de la media se encuentra el puntaje promedio de cada factor y permite interpretar las diferencias entre los factores.

Tabla 18

Puntaje promedio y estandarizado obtenido en cada factor en el grupo con nivel alto de fobia social

Factor	Punt. promedio	Punt. estánd.
1	31.24	-0,27
2	19.41	-0.46
3	32.22	1,30
4	19.95	-0,08
5	31.76	0,89
6	8.76	-0,40
7	15.76	0,60
8	19.65	0,77
9	18.46	0,01
10	15.14	0,07
11	10.14	0,40
12	6.84	0,01

En la Tabla 18 también se aprecia que solo el factor 3 cuenta con un puntaje promedio situado a una desviación estándar por encima de la media. Aunque es de considerar los resultados en el factor 5 (ubicado sobre media desviación estándar con respecto a la media), en el factor 8 (localizado a media desviación estándar superior a la media) y en el factor 7 (situado a media desviación estándar por encima de la media).

Es de resaltar que en el grupo con nivel alto de fobia social ningún factor se localiza a una desviación estándar inferior a la media, estos resultados permiten deducir que los estudiantes de este grupo utilizan los demás factores evaluados moderadamente.

Factor 1. Solución de problemas

Los estudiantes con nivel alto de fobia social obtuvieron un puntaje promedio de 31,24 en esta estrategia, dicho puntaje se ubica en el percentil 40, situando a este factor en el rango de los puntajes medios. Este puntaje demuestra que este grupo “a veces” analiza las alternativas para enfrentar el o los problemas generados por la fobia social, evaluando lo positivo, lo negativo y la viabilidad de cada una ellas, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.

En la Figura 20 se representan los porcentajes de los niveles de la estrategia solución de problemas para el grupo con nivel alto de fobia social.

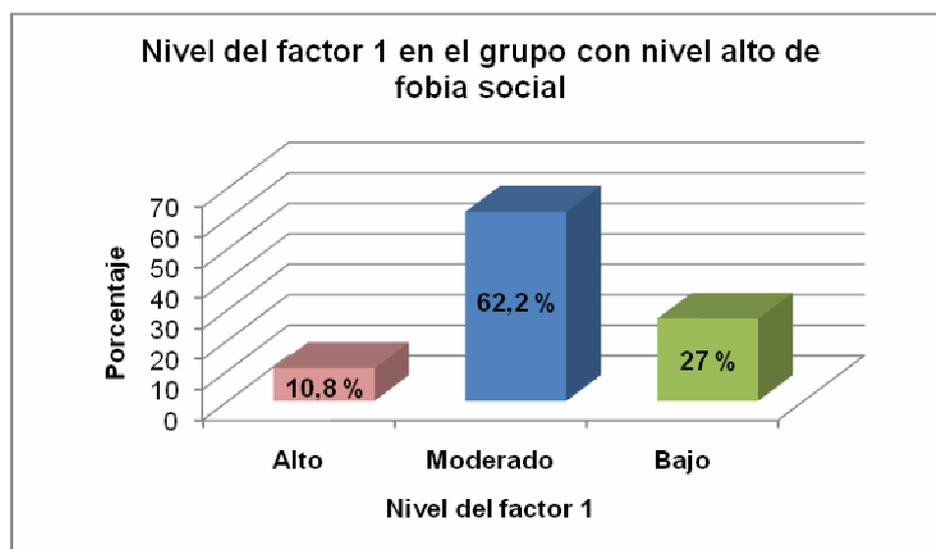


Figura 20. Porcentajes de los niveles del factor 1 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Con respecto a esta estrategia, como se observa en la Figura 20, el 10,8% de los estudiantes de este grupo la utilizan en un nivel alto, se observa también que el 62,2% usa moderadamente la estrategia solución de problemas y el 27% emplea en un nivel bajo este factor.

Factor 2. Búsqueda de apoyo social

En la Figura 21 se encuentran los porcentajes de los niveles de utilización del factor 2 en el grupo con nivel alto de fobia social; este factor cuenta con un puntaje promedio de 19,41, se sitúa en el percentil 30, ubicando al factor entre los puntajes medios. Dicho resultado permite deducir que los estudiantes pertenecientes a este grupo “a veces” buscan apoyo de amigos, familiares u otras personas para tolerar o enfrentar las situaciones problemas generadas por la fobia social.

Partiendo de los resultados en esta estrategia se encuentra que el 8,1% de los estudiantes de este grupo emplea en un nivel alto este factor, el 51,4% de los sujetos de este grupo utiliza esta estrategia en un nivel moderado y el 40,5% usa en un nivel bajo la estrategia búsqueda de apoyo social (Ver Figura 21).

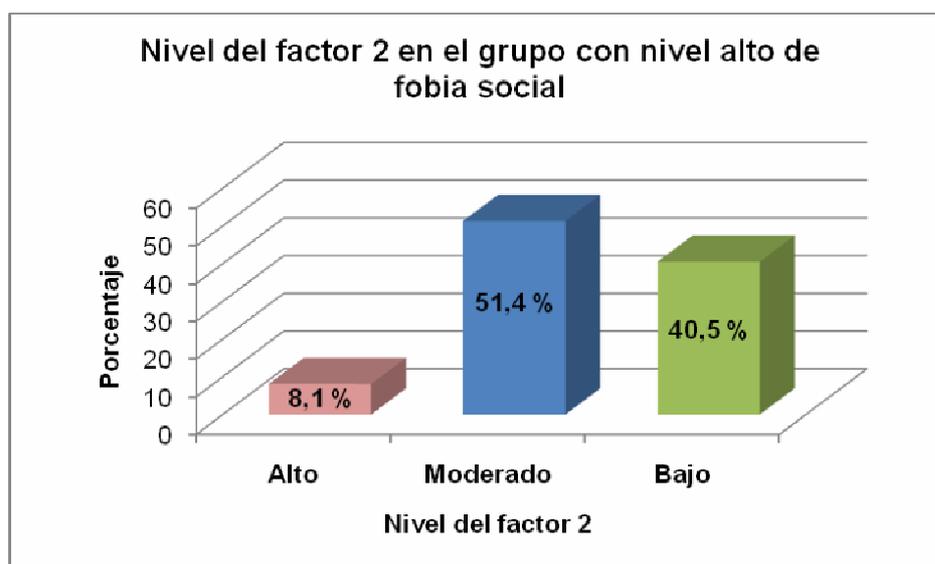


Figura 21. Porcentajes de los niveles del factor 2 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 3. Espera

El grupo con nivel alto de fobia social presenta un puntaje promedio de 32,22 en este factor, este puntaje se localiza a más de una desviación estándar superior a la media y en el percentil 90, lo que indica, sin lugar a dudas, que los estudiantes de este nivel “frecuentemente” esperan que los síntomas de la fobia social se resuelvan por sí solos con el pasar del tiempo. Frente a esta estrategia el 54,1% de los estudiantes de este grupo utilizan en un nivel alto esta estrategia, el 43,2% del grupo

hace un uso moderado del factor 3 y el 2,7% emplean en un nivel bajo la estrategia de espera (Ver Figura 22).

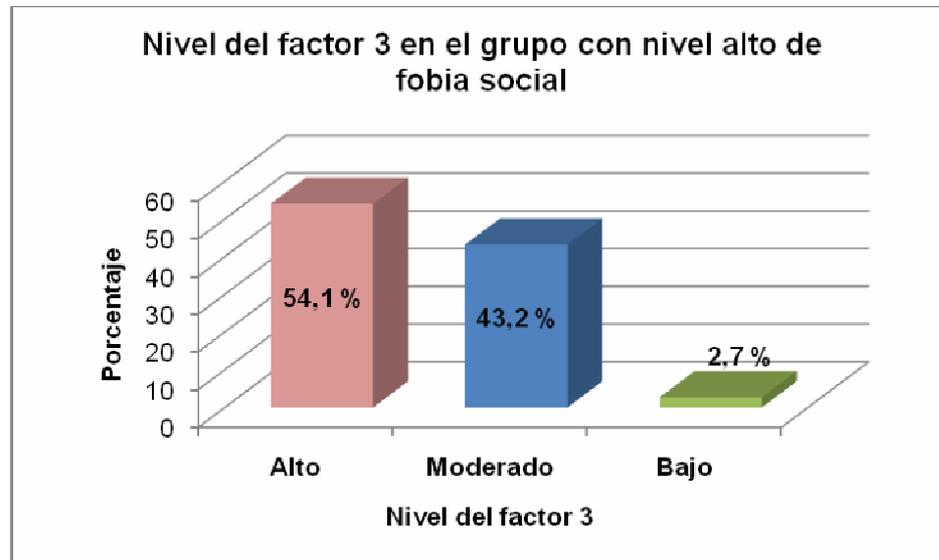


Figura 22. Porcentajes de los niveles del factor 3 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 4. Religión

Los resultados de los estudiantes con nivel alto de fobia social en este factor sugieren que “a veces” usan el rezo y la oración para tolerar o generar soluciones ante el malestar producido por los síntomas de fobia social, ya que el puntaje promedio de esta estrategia es de 19,95, el cual está en el percentil 50, localizando a dicho puntaje entre el rango de los puntajes medios típicos del factor.

En la Figura 23 se representa el análisis de los resultados en este factor, en dicha Figura se aprecia que el 13,5% de los estudiantes de este grupo utiliza la estrategia religión en un nivel alto, el 78,4% de los sujetos de este grupo emplea este factor moderadamente y el 8,1% usa esta estrategia en un nivel bajo.

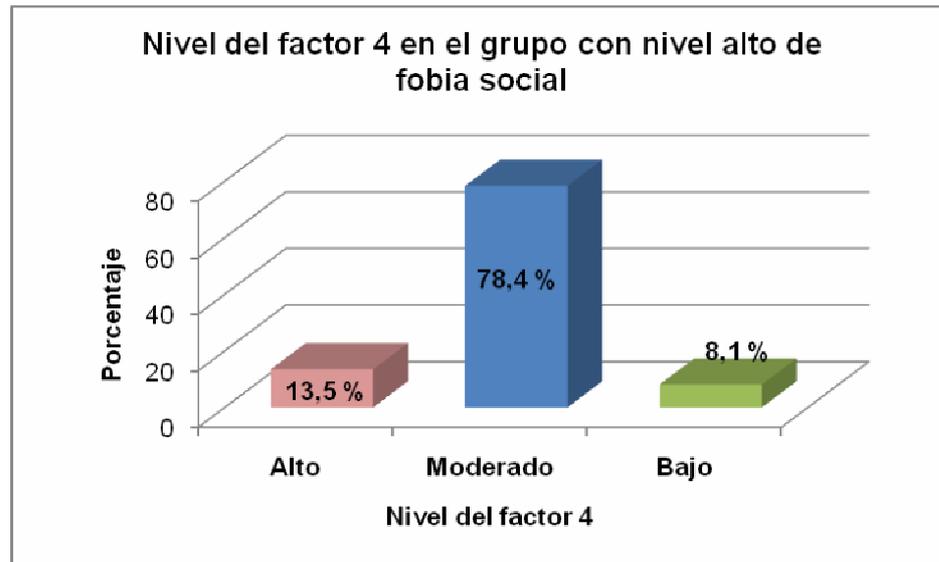


Figura 23. Porcentajes de los niveles del factor 4 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 5. Evitación emocional

Los sujetos que pertenecen al nivel alto de fobia social puntuaron en promedio en este factor 31,76, este puntaje lo sitúa alrededor de media desviación estándar sobre la media típica del factor y en el percentil 80. Estos puntajes permiten afirmar que los estudiantes de este grupo “frecuentemente” evitan las reacciones emocionales ya que las valoran como negativas, o no las expresan frente a los demás por la creencia de una desaprobación social.

Con base en los resultados el 91,9% de los estudiantes de este grupo hacen uso de un nivel alto de esta estrategia, el 8,1% emplean moderadamente este factor y el 0%, es decir, ningún sujeto de este grupo usa un nivel bajo de la estrategia evitación emocional (Ver Figura 24).

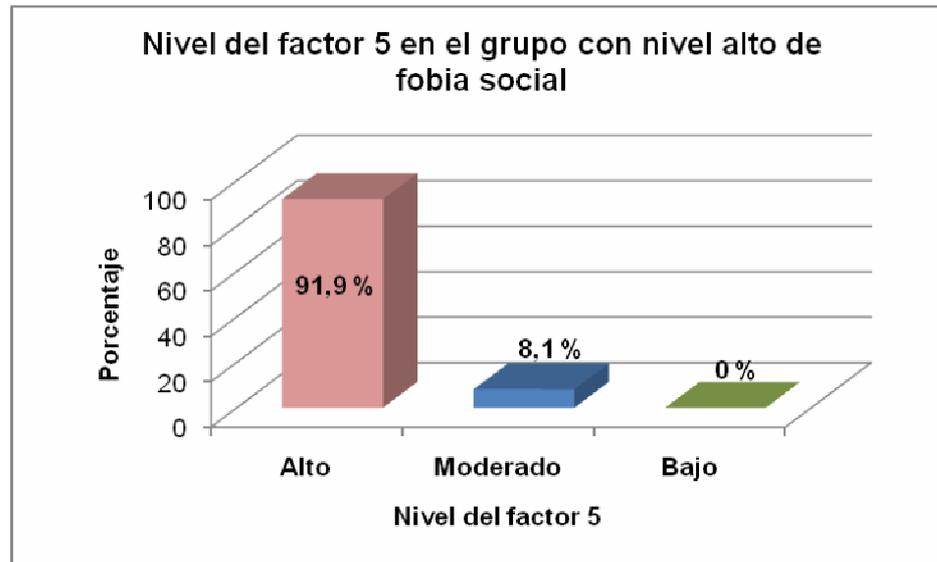


Figura 24. Porcentajes de los niveles del factor 5 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 6. Búsqueda de apoyo profesional

Con respecto a la estrategia búsqueda de apoyo profesional el grupo con nivel alto de fobia social obtuvo un puntaje promedio de 8,76, localizándolo en el percentil 45 y, por lo tanto, entre los valores medios típicos del factor. Partiendo del análisis de los resultados en esta estrategia se puede asegurar que el grupo con nivel alto de fobia social “casi nunca” emplea recursos profesionales para obtener información sobre la fobia social y las alternativas para enfrentarla.

En la Figura 25 se exponen los porcentajes de los niveles de utilización para esta estrategia. Como se observa en la Figura 25 el 8,1% de los estudiantes de este grupo emplea este factor en un nivel alto, el 56,8% moderadamente hace uso de esta estrategia y el 35,1% utiliza en un nivel bajo la estrategia búsqueda de apoyo profesional.

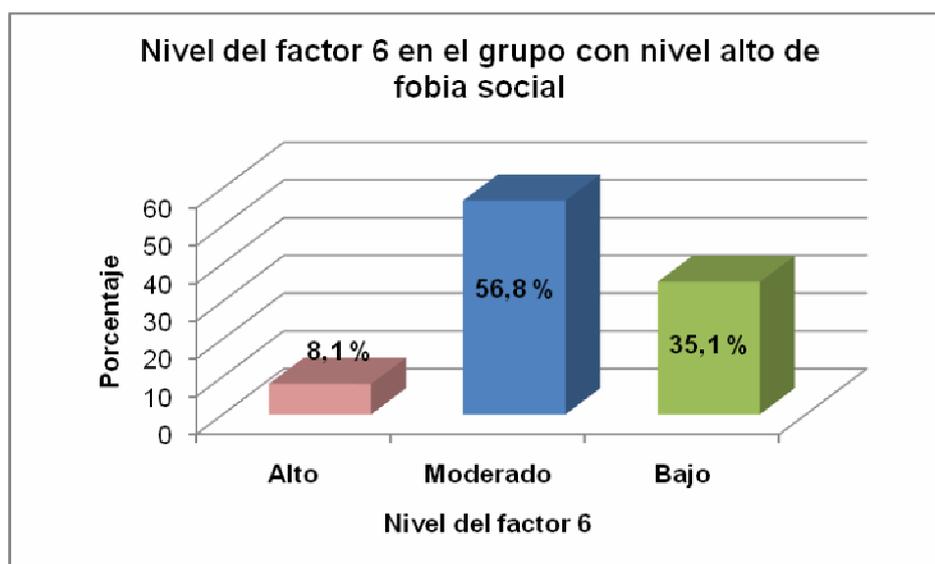


Figura 25. Porcentajes de los niveles del factor 6 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 7. Reacción agresiva

Los sujetos pertenecientes al nivel alto de fobia social cuentan en el factor 7 con un puntaje promedio de 15,76, el cual se ubica en el percentil 75 y alrededor de media desviación estándar superior a la media típica del factor. Con estos datos se puede afirmar que este grupo “a veces” expresa reacciones agresivas u hostiles dirigidas hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, ya que dicha reacción disminuye la carga emocional generada por el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Los porcentajes en los niveles de utilización de esta estrategia se distribuyeron de la siguiente forma: El 40,5% de los estudiantes de este grupo emplean en un nivel alto la estrategia reacción agresiva, el 48,7% usan moderadamente este factor y el 10,8% utilizan en un nivel bajo esta estrategia (Ver Figura 26).

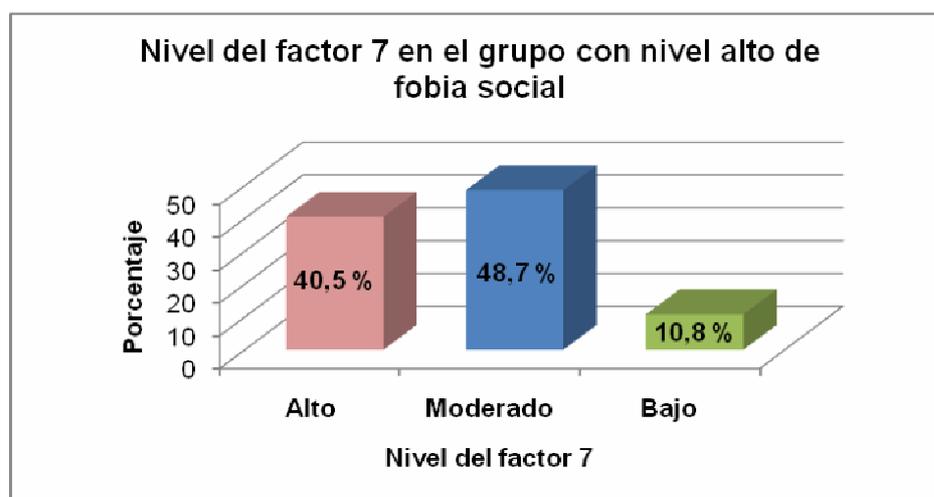


Figura 26. Porcentajes de los niveles del factor 7 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 8. Evitación cognitiva

El grupo con nivel alto de fobia social tiene un puntaje promedio de 19,65 en el factor 8, este puntaje se encuentra en el percentil 75 y alrededor de media desviación estándar sobre la media típica del factor. Estos puntajes hacen referencia a que los estudiantes de este grupo buscan “frecuentemente” eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción y la actividad.

En la Figura 27 se muestran los porcentajes de los niveles de uso de esta estrategia para este grupo.

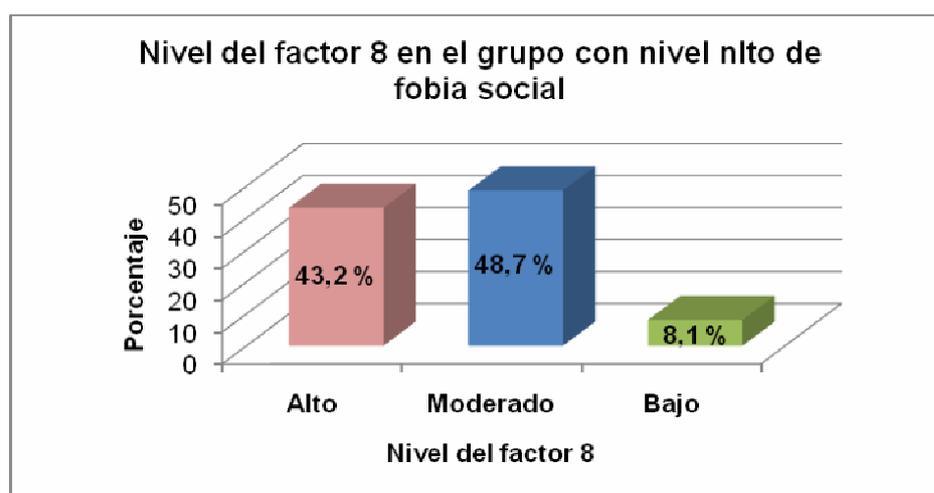


Figura 27. Porcentajes de los niveles del factor 8 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Como se aprecia en la Figura 27 los porcentajes de los niveles del factor 8 cuentan con los siguientes valores: El 43,2% de los estudiantes usan en un nivel alto este factor, el 48,7% emplea moderadamente esta estrategia y el 8,1% utiliza en un nivel bajo la estrategia evitación cognitiva.

Factor 9. Reevaluación positiva

Los resultados de los estudiantes con nivel alto de fobia social en esta estrategia sugieren que “frecuentemente” buscan aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos de los problemas generados por la fobia social, ya que este grupo cuenta con un puntaje promedio de 18,46 en el factor 9, el cual lo ubica en el percentil 50 y, por lo tanto, entre los valores medios típicos para este factor.

La distribución de los porcentajes en cada nivel de utilización del factor 9 en este grupo es la siguiente: El 21,6% de los estudiantes usan en un nivel alto la estrategia reevaluación positiva, el 59,5% emplea moderadamente este factor y el 18,9% utiliza en un nivel bajo esta estrategia. Estos valores se representan en la Figura 28.

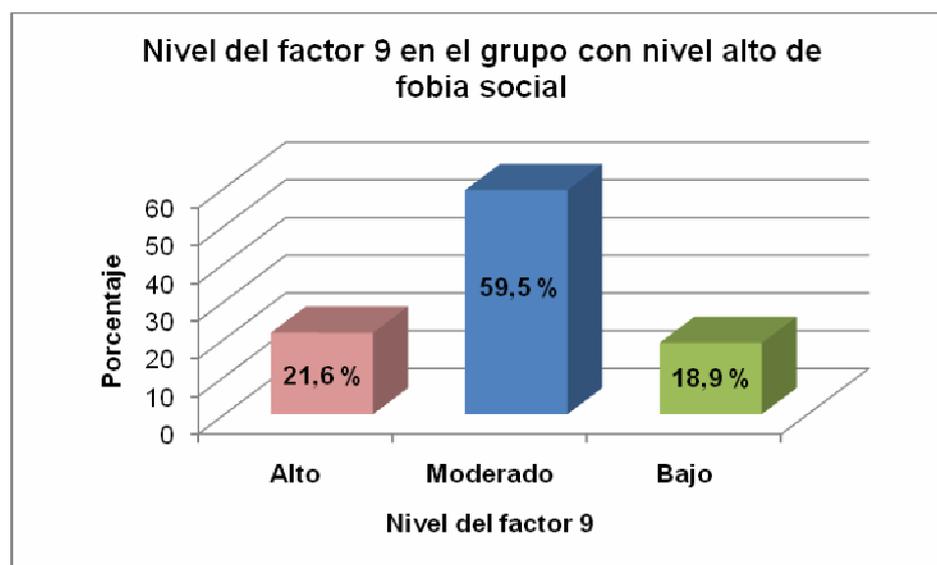


Figura 28. Porcentajes de los niveles del factor 9 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento

El grupo con nivel alto de fobia social tuvo un puntaje promedio de 15,14 en esta estrategia, localizándola en el percentil 50 y entre los puntajes medios típicos para este factor. Con estos resultados se deduce que los estudiantes de este grupo “frecuentemente” expresan las dificultades para afrontar y manifestar las emociones

generadas por las situaciones sociales, para resolver el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Con base en estos resultados el 10,8% de los estudiantes utilizan en un nivel alto esta estrategia, el 78,4% emplea moderadamente la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento y el 10,8% usa en un nivel bajo este factor (Ver Figura 29).

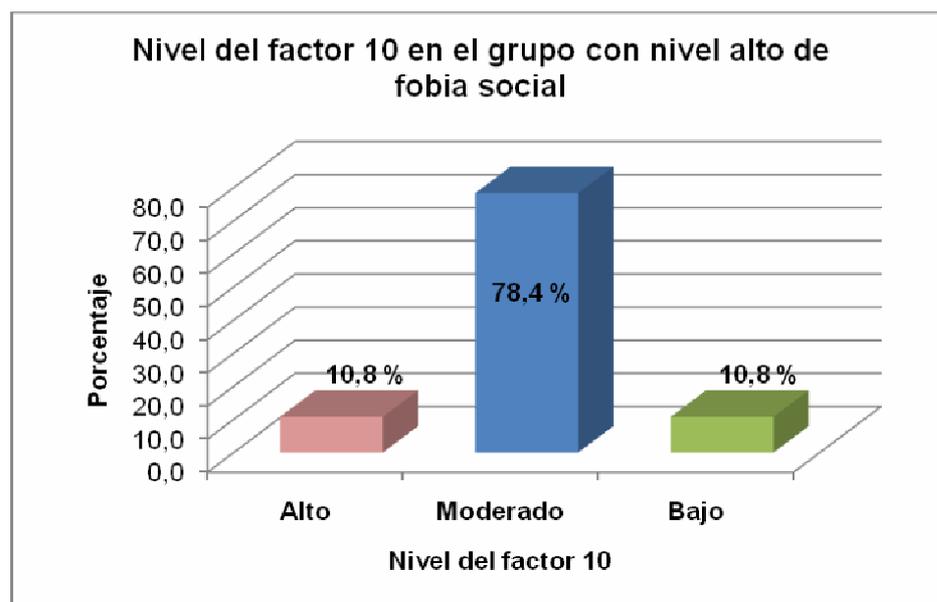


Figura 29. Porcentajes de los niveles del factor 10 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 11. Negación

El grupo de este nivel en esta estrategia puntuó en promedio 10,14, puntaje que se ubica en el percentil 70 y entre los puntajes medios típicos para este factor.

Partiendo del análisis de los resultados de los estudiantes con nivel alto de fobia social en este factor se puede afirmar que “a veces” se comportan como si no existiera el problema generado por la fobia social, tratando de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones sociales, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional producido, es decir, presentan ausencia moderada de aceptación del problema que les genera la fobia social.

La distribución de los porcentajes en los niveles de utilización de este factor se especifican en la Figura 30. En esta Figura se puede observar que el 16,2% de los estudiantes emplean en un nivel alto esta estrategia, el 78,4% usa moderadamente

este factor y el 5,4% utilizan en un nivel alto la negación como estrategia de afrontamiento.

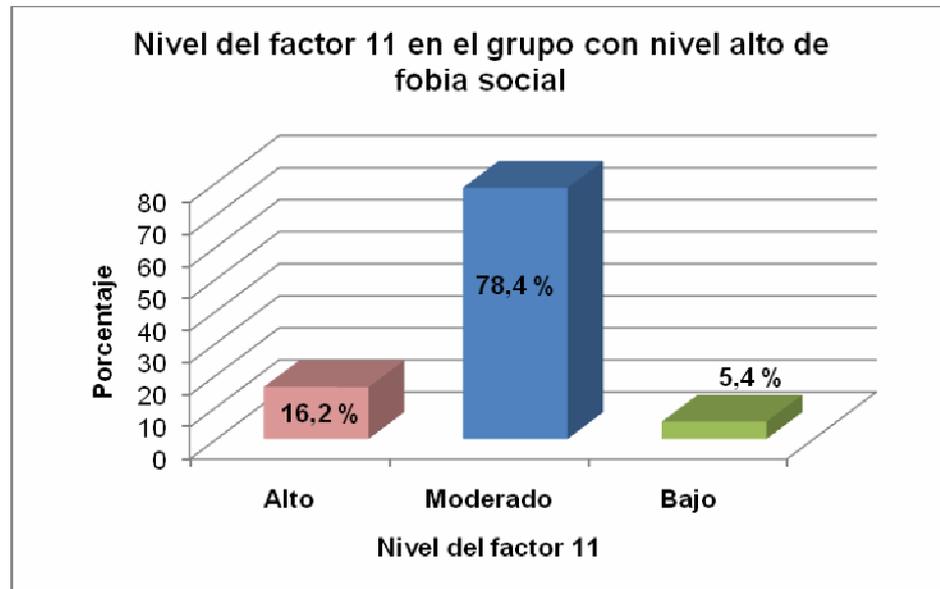


Figura 30. Porcentajes de los niveles del factor 11 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Factor 12. Autonomía

Con respecto al factor 12 el grupo con nivel alto de fobia social cuenta con un puntaje de 6,85, el cual se ubica en el percentil 50 y entre los valores medios típicos para este factor. Estos resultados indican que estos estudiantes “a veces” tienden a responder ante el problema producido por la fobia social, buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

Los porcentajes de los niveles de uso de esta estrategia son: El 18,9% de los estudiantes usan en un nivel alto esta estrategia, el 51,4% utilizan moderadamente este factor y el 29,7% emplean en un nivel bajo la estrategia autonomía (Ver Figura 31).

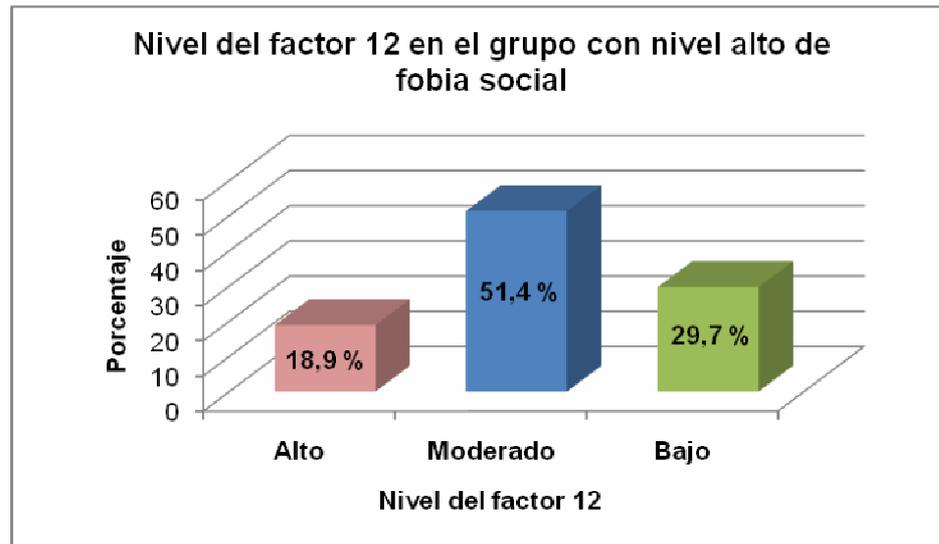


Figura 31. Porcentajes de los niveles del factor 12 en el grupo con nivel alto de fobia social.

Grupo con nivel moderado de fobia social

En la Tabla 19 se muestran los resultados de los estudiantes con nivel moderado de fobia social en los doce factores evaluados por la Escala de Estrategias Coping Modificada.

Tabla 19

Puntaje promedio y estandarizado obtenido en cada factor en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor	Punt. promedio	Punt. estánd.
1	29.82	-0.44
2	20.96	-0.27
3	27.99	0.73
4	17.30	-0.38
5	25.31	0.04
6	8.41	-0.46
7	12.22	-0.09
8	17.35	0.30
9	18.40	0.00
10	11.64	-0.66
11	9.48	0.21
12	5.98	-0.29

El puntaje promedio hace referencia al puntaje de la estrategia evaluada en este grupo de estudiantes para compararlo con los valores típicos. El puntaje estandarizado designa a cuantas unidades de desviaciones estándar por arriba o por debajo de la media se encuentra el puntaje promedio de cada factor y permite interpretar las diferencias entre los factores.

En la Tabla 19 también se aprecia que los factores cuentan con puntajes medios, a pesar de esto se rescata los resultados del factor 3 ubicado sobre media desviación estándar positiva y los resultados del factor 10 situado a media desviación estándar inferior a la media típica.

Factor 1. Solución de problemas

El puntaje de esta estrategia en los estudiantes con nivel moderado de fobia social es de 29,82, se ubica en el percentil 35 y en la media típica del factor, lo cual permite suponer que los sujetos de este grupo “a veces” movilizan acciones orientadas a solucionar problemas generados por la fobia social, teniendo en cuenta el momento oportuno para llevarlas a cabo (Ver Figura 32).

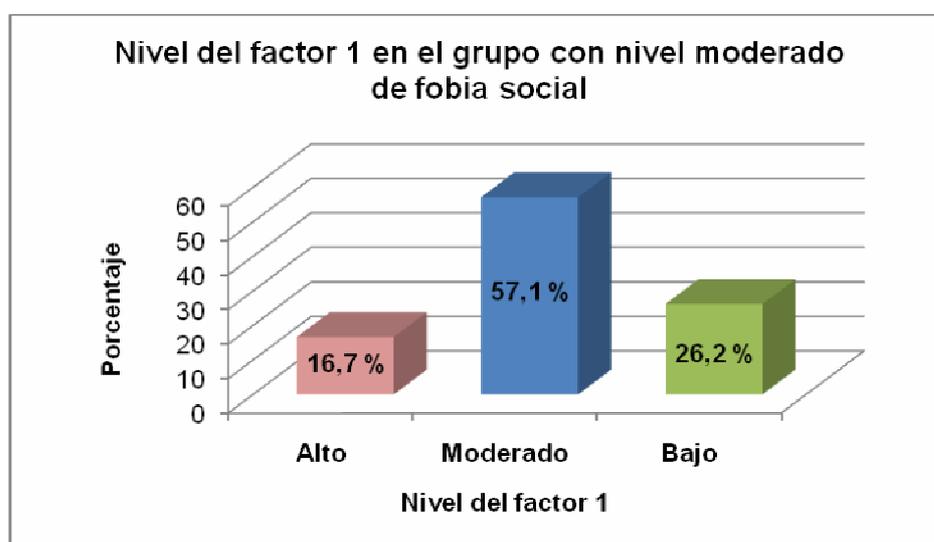


Figura 32. Porcentajes de los niveles del factor 1 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

En la Figura 32 se muestra los porcentajes de los niveles de esta estrategia; los cuales se distribuyeron así: El 16,7% de los estudiantes emplean en un nivel alto este factor, el 51,1% utiliza moderadamente esta estrategia y el 26,2% usa en un nivel bajo la estrategia solución de problemas.

Factor 2. Búsqueda de apoyo social

El resultado de esta estrategia en los estudiantes con nivel moderado de fobia social se encuentra entre los valores medios típicos, pues obtuvo un puntaje promedio de 20,96 situando a esta estrategia en el percentil 35. Lo anterior señala que este grupo “a veces” busca apoyo emocional o información de familiares o amigos para tolerar o enfrentar las situaciones problemas provocadas por la fobia social.

Los porcentajes de los niveles de utilización de este factor son: El 12,1% de los estudiantes de este grupo utilizan en un nivel alto esta estrategia, el 64,3% usa moderadamente esta estrategia y el 23,6% emplea en un nivel bajo la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento; estos puntajes están representados la Figura 33.

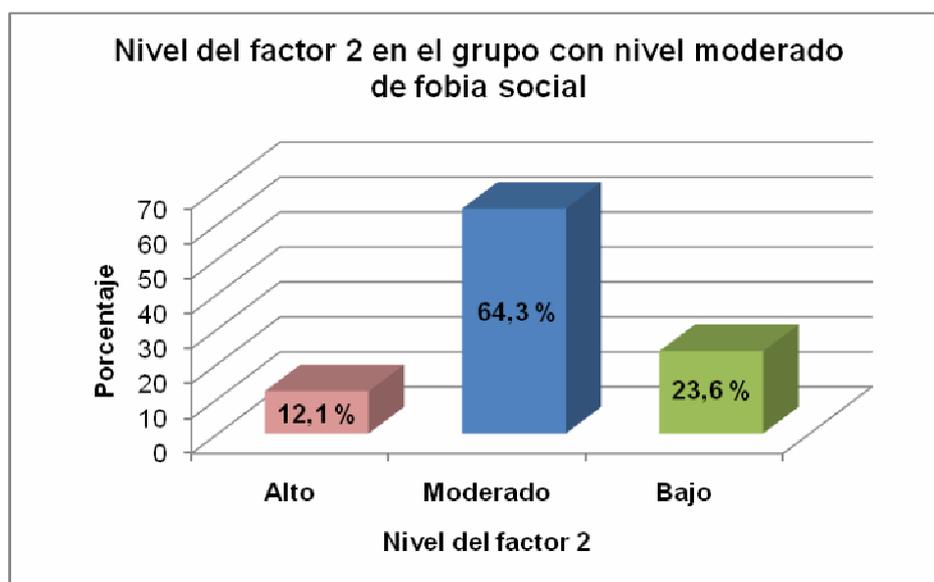


Figura 33. Porcentajes de los niveles del factor 2 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 3. Espera

En esta estrategia los sujetos con nivel moderado de fobia social obtuvieron un puntaje promedio de 27,99 que se localiza en el percentil 80 y alrededor de media desviación estándar positiva. Con estos resultados se puede afirmar que este grupo “a veces” considera que los problemas se solucionarán positivamente con el paso del tiempo.

De acuerdo al resultado de esta estrategia, el 40,1% de los estudiantes de este grupo usan en un nivel alto este factor, el 54,8% emplea moderadamente esta estrategia y el 5,1% utilizan en un nivel bajo la estrategia de espera. Estos valores se especifican en la Figura 34.

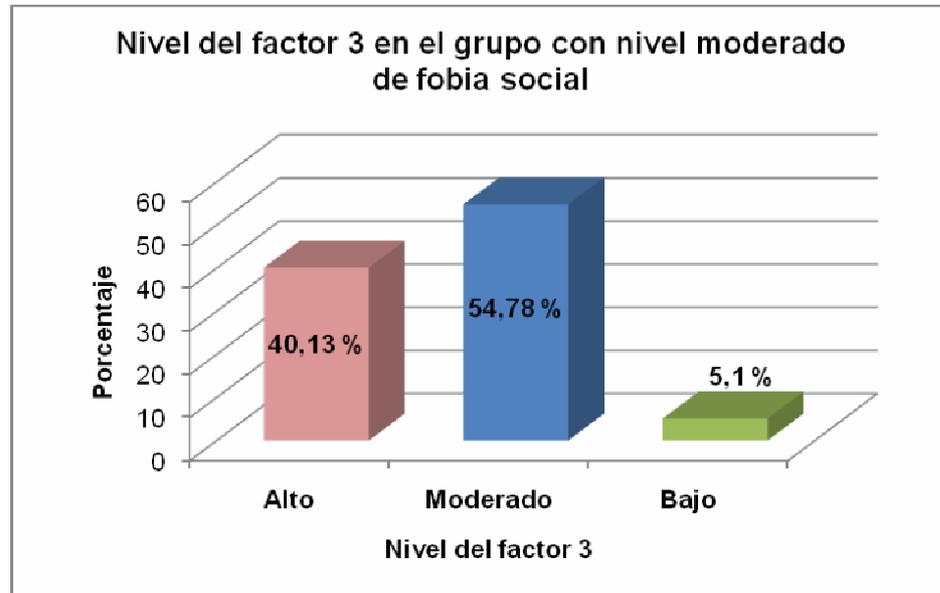


Figura 34. Porcentajes de los niveles del factor 3 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 4. Religión

La estrategia religión cuenta con un puntaje promedio de 17,3, ubicándola en el percentil 35 y entre los puntajes medios típicos para este factor. De acuerdo a estos resultados se puede establecer que los estudiantes de este nivel “*casi nunca*” utilizan el rezo y la oración para tolerar o solucionar el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Los porcentajes de los niveles de utilización de esta estrategia se distribuyeron de la siguiente forma: El 6,4% hace uso de un nivel alto de esta estrategia, el 67,5% emplea moderadamente este factor y el 26,1% utiliza en un nivel bajo la estrategia religión (Ver Figura 35).

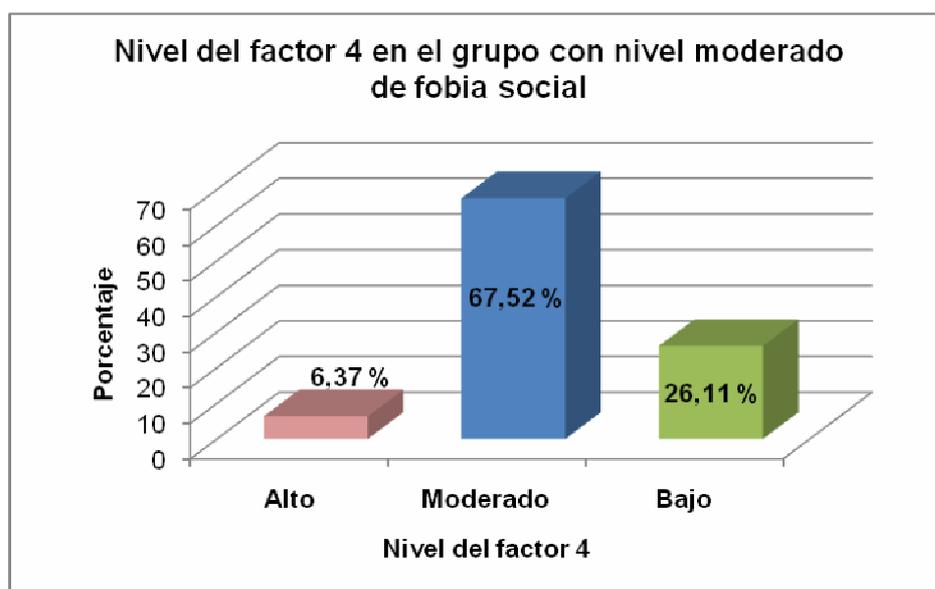


Figura 35. Porcentajes de los niveles del factor 4 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 5. Evitación emocional

Este factor tiene un puntaje promedio de 25,31 en los sujetos con nivel moderado de fobia social, situando a este factor en el percentil 55 y entre los valores medios típicos para esta estrategia. Partiendo del análisis de estos resultados se deduce que estos estudiantes “a veces” evitan las reacciones emocionales valoradas como negativas o no expresarlas por la creencia de desaprobación social (Ver Figura 36).

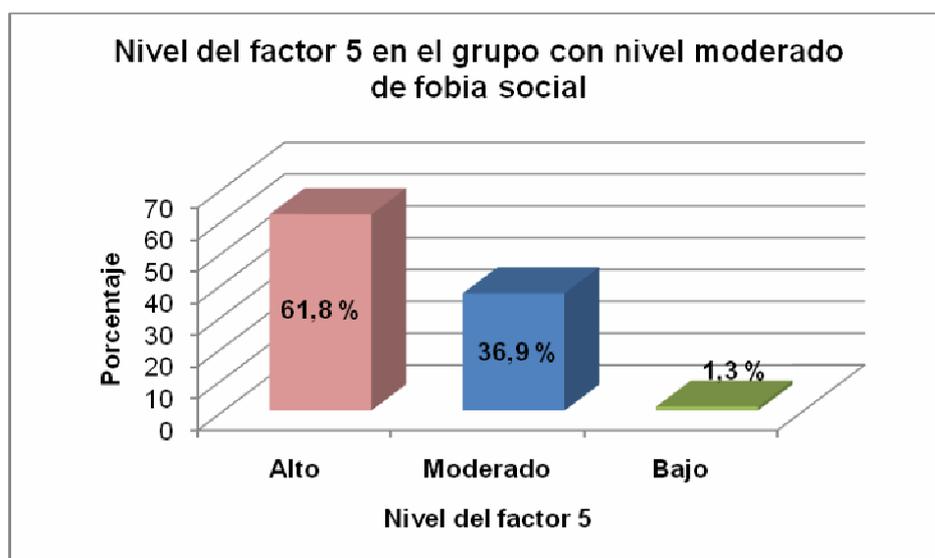


Figura 36. Porcentajes de los niveles del factor 5 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

En la Figura 36 se representan los porcentajes de los niveles de este factor en este grupo. Como se aprecia los porcentajes se distribuyeron así: El 61,8% emplea en un nivel alto la estrategia evitación emocional, el 36,9% usa moderadamente esta estrategia y el 1,3% utiliza en un nivel bajo este factor.

Factor 6. Búsqueda de apoyo profesional

Los estudiantes con nivel moderado de fobia social obtuvieron un puntaje promedio de 8,41 en este factor localizándolo en el percentil 40 y entre los puntajes promedios para este factor. A partir de esto se puede decir que este grupo “*casi nunca*” busca apoyo profesional para obtener información sobre la fobia social y las alternativas para enfrentarla.

El 3,8% de los estudiantes de este grupo hacen uso de un nivel alto de esta estrategia, el 60,5% emplean moderadamente este factor y el 35,7% usa en un nivel bajo la búsqueda de apoyo profesional como estrategia de afrontamiento (Ver Figura 37).

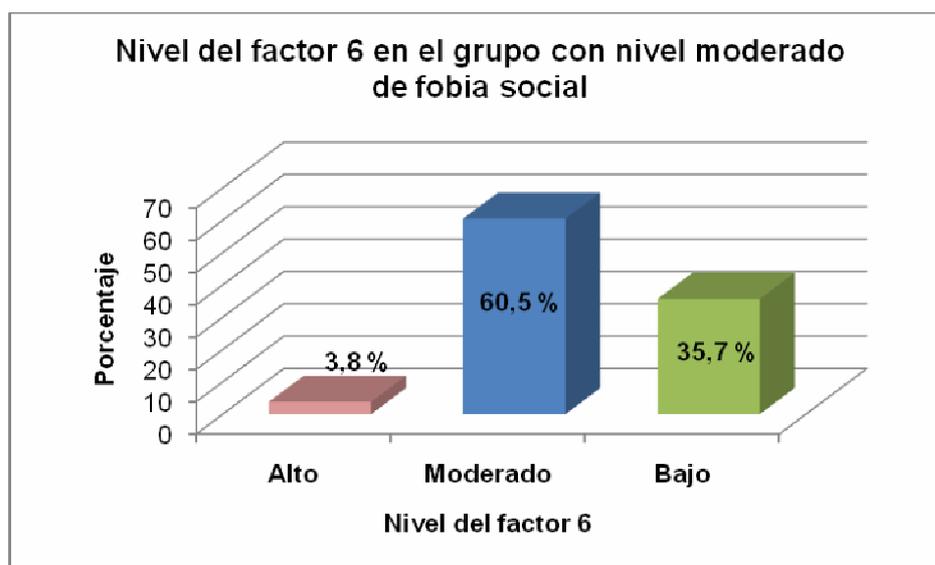


Figura 37. Porcentajes de los niveles del factor 6 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 7. Reacción agresiva

El grupo con nivel moderado de fobia social cuenta con un puntaje promedio moderado en el factor 7 ya que es de 12,22, el cual se ubica en el percentil 50. Este resultado permite deducir que dicho grupo “*casi nunca*” expresa impulsivamente la

emoción de la ira hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos con el fin de disminuir la carga emocional.

Los resultados al interior de esta estrategia se muestran en el Figura 38, donde se evidencia que el 10,2% de los estudiantes de este grupo usan en un nivel alto esta estrategia, el 75,8% emplea moderadamente este factor y el 14% utiliza en un nivel bajo la estrategia reacción agresiva.

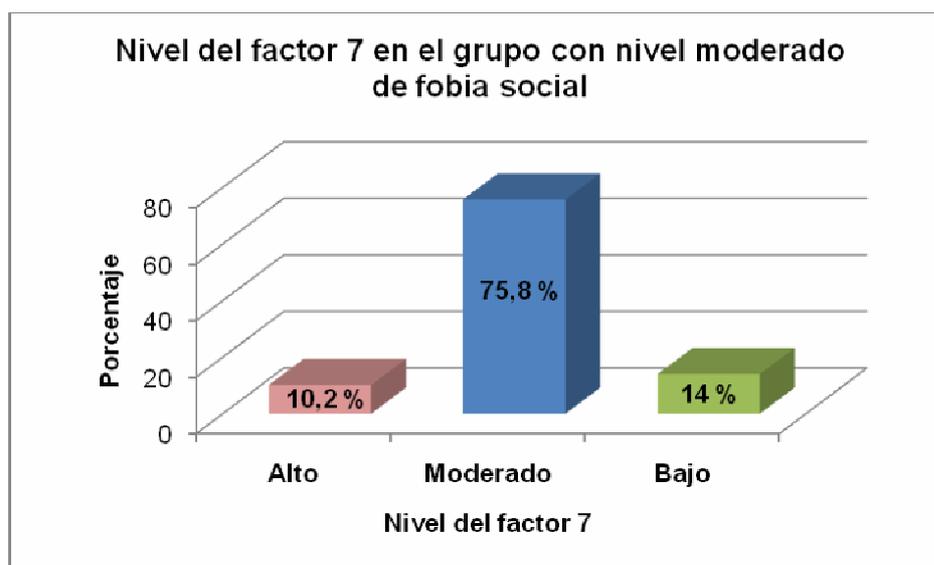


Figura 38. Porcentajes de los niveles del factor 7 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 8. Evitación cognitiva

El grupo con nivel moderado de fobia social en el factor 8 obtuvo un puntaje promedio de 17,35, situando a este factor en el percentil 60 y por ende entre los valores medios típicos para el factor.

Teniendo en cuenta dichos resultados se puede inferir que los sujetos de este grupo “a veces” evitan pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades.

Los porcentajes de los niveles de utilización de esta estrategia en este grupo se representan la Figura 39, en el cual se observa que el 21,7% de los estudiantes emplea en un nivel alto este factor, el 70,1% usa moderadamente esta estrategia y el 8,3% utiliza en un nivel bajo el factor 8.

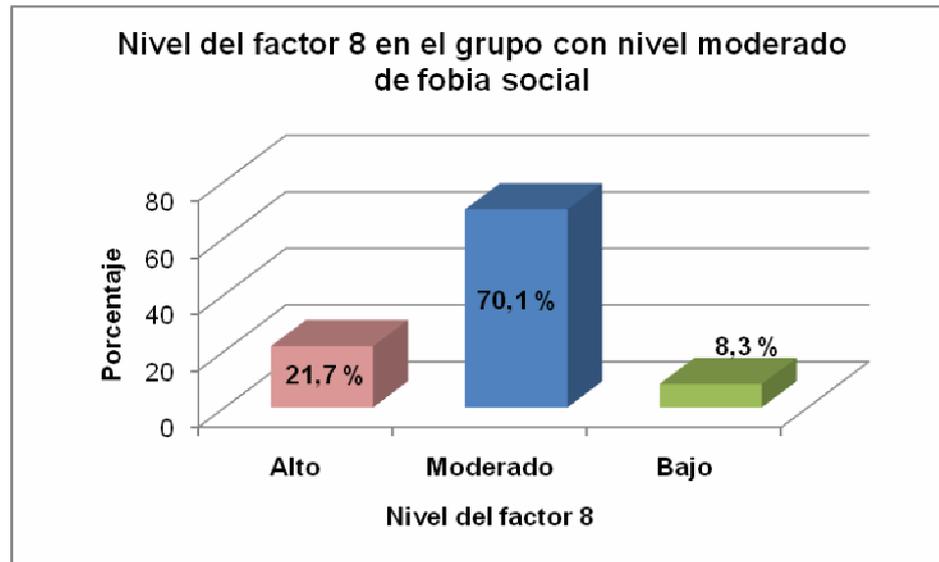


Figura 39. Porcentajes de los niveles del factor 8 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 9. Reevaluación positiva

En los estudiantes con nivel moderado de fobia social el factor 9 se encuentra en el percentil 50, ya que tiene un puntaje promedio de 18,4, es decir, entre los puntajes medios típicos para este factor. Estos resultados implican que estos estudiantes de este grupo “frecuentemente” buscan aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos de los problemas generados por la fobia social (Ver Figura 40).

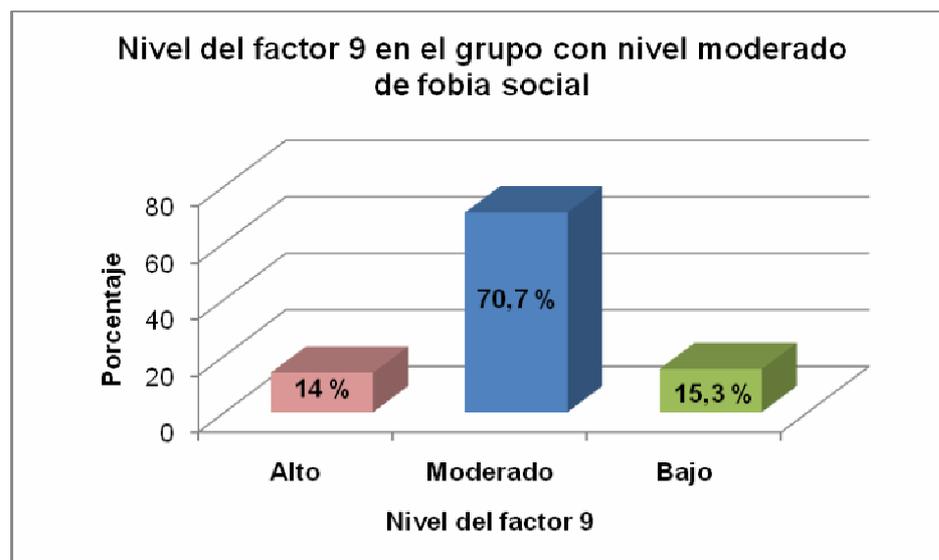


Figura 40. Porcentajes de los niveles del factor 9 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Los resultados de los niveles de esta estrategia se especifican en la Figura 40, en él se encuentra que el 14% de los estudiantes de este grupo utiliza en un nivel alto este factor, el 70,7% usa moderadamente esta estrategia y el 15,3% emplea en un nivel bajo la estrategia reevaluación positiva.

Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento

El grupo con nivel moderado de fobia social cuenta con un puntaje promedio de 11,64 en esta estrategia, localizándola en el percentil 30 y alrededor de media desviación estándar inferior a la media del factor. Con el análisis de estos resultados se puede deducir que los sujetos de este grupo “a veces” expresan las dificultades para afrontar y manifestar las emociones generadas por las situaciones sociales, para resolver el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Se encuentra los siguientes porcentajes en los niveles de utilización de este factor: El 0,6% de este grupo emplea en un nivel alto este factor, el 61,2% utiliza moderadamente esta estrategia y el 38,2% usa en un nivel bajo el factor 10 (Ver Figura 41).

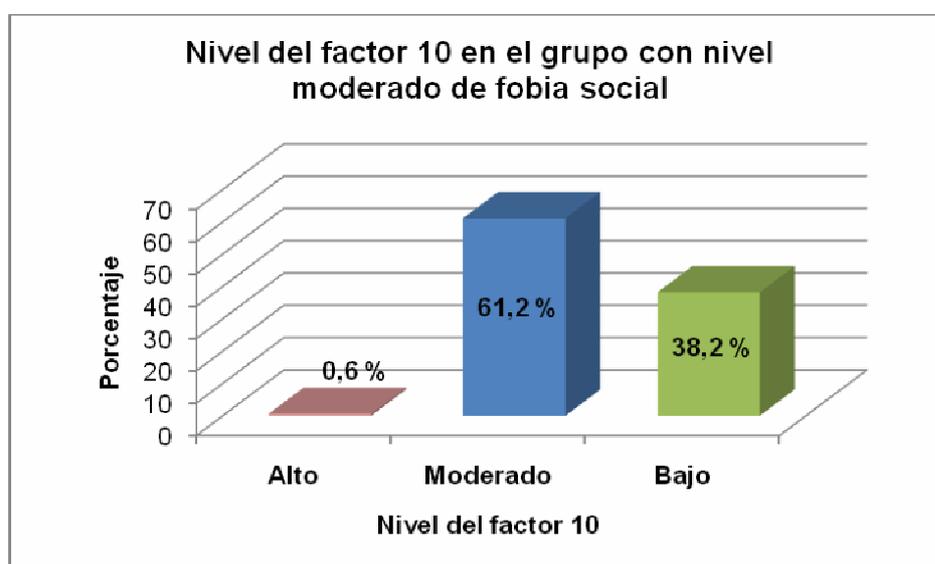


Figura 41. Porcentajes de los niveles del factor 10 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 11. Expresión de la dificultad de afrontamiento

En el factor 11 los sujetos con nivel moderado de fobia social puntuaron en promedio 9,48, ubicándolo en el percentil 55 y entre los valores medios típicos para este factor. A partir de estos resultados se puede manifestar que este grupo “a veces”

trata de no pensar en el problema generado por la fobia social, alejándose de manera temporal de las situaciones sociales, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se produce.

Frente a los niveles de utilización del factor 11 se encuentran los siguientes porcentajes: El 12,1% de los estudiantes usa en un nivel alto esta estrategia, 84,1% emplea moderadamente el factor 11 y el 3,8% utiliza en un nivel bajo esta estrategia (Ver Figura 42).

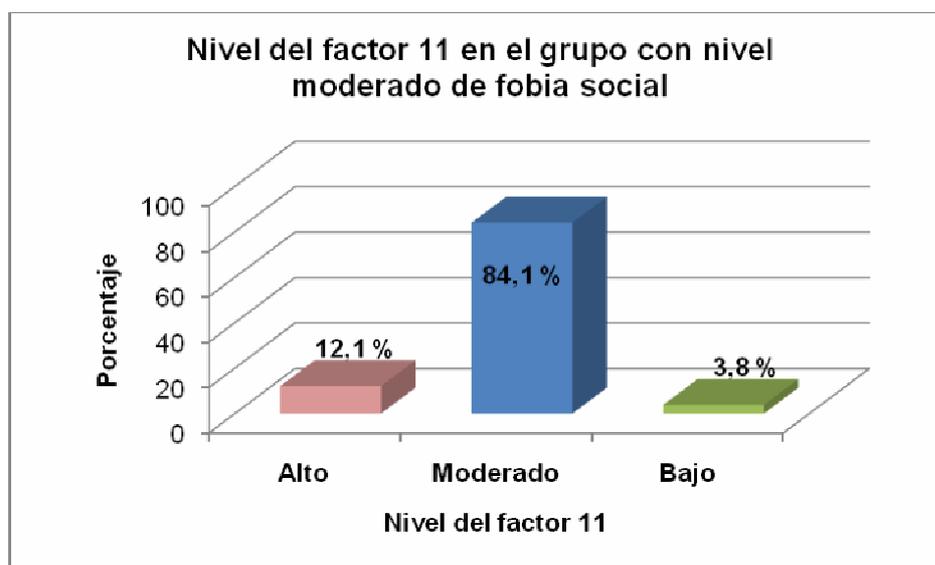


Figura 42. Porcentajes de los niveles del factor 11 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Factor 12. Autonomía

Los estudiantes con nivel moderado de fobia social en esta estrategia tienen un puntaje promedio de 5,98, localizándola en el percentil 35 y entre los puntajes medios típicos para este factor. De acuerdo a estos resultados se puede deducir que este grupo “a veces” responde ante el problema producido por la fobia social, buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

Con respecto a los niveles de utilización se evidencian los siguientes porcentajes: 12,1% de los estudiantes de este grupo emplea en un nivel alto esta estrategia, el 58,6% usa moderadamente este factor y el 29,3% utiliza en un nivel bajo la estrategia autonomía (Ver Figura 43).

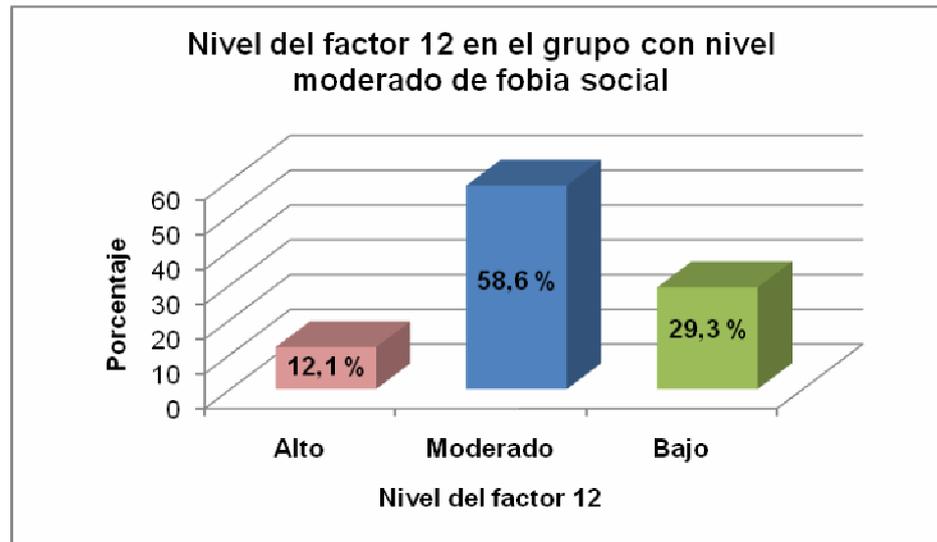


Figura 43. Porcentajes de los niveles del factor 12 en el grupo con nivel moderado de fobia social.

Grupo con nivel bajo de fobia social

En la Tabla 20 se muestran los resultados de los estudiantes con nivel bajo de fobia social en los doce factores evaluados por la Escala de Estrategias Coping Modificada.

Tabla 20

Puntaje directo y estandarizado obtenido en cada factor en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor	Punt. promedio	Punt. están.
1	31.07	-0.29
2	21.33	-0.23
3	24.10	0.21
4	14.76	-0.66
5	18.86	-0.81
6	8.21	-0.50
7	11.55	-0.23
8	15.83	-0.01
9	20.52	0.39
10	7.95	-1.43
11	8.48	-0.10
12	6.48	-0.12

Nota: El puntaje promedio hace referencia al puntaje de la estrategia evaluada en este grupo de estudiantes para compararlo con los valores típicos. El puntaje estandarizado designa a cuantas unidades de desviaciones estándar por arriba o por debajo de la media se encuentra el puntaje promedio de cada factor y permite interpretar las diferencias entre los factores.

Como se aprecia en la Tabla 19 ninguno de los factores cuenta con puntajes altos. En este grupo hay factores con puntajes bajos entre los que se encuentran el factor 10 (ubicado a más de una desviación estándar a la izquierda); así como también el factor 5, el factor 4 y el factor 6 (cada uno situado bajo media desviación estándar a la izquierda).

Factor 1. Solución de problemas

El resultado del factor 1 en los estudiantes con nivel bajo de fobia social es de 31,07 esta puntuación se localiza en el percentil 40 y entre la media típica del factor, lo cual indica que los sujetos de este grupo “a veces” movilizan acciones orientadas a solucionar problemas generados por la fobia social, teniendo en cuenta el momento oportuno para llevarlas a cabo.

La Figura 44 representa la distribución porcentual de los niveles de esta estrategia según su nivel de utilización: El 16,7% de los estudiantes emplean en un nivel alto este factor, el 57,1% utiliza moderadamente esta estrategia y el 26,2% usa en un nivel bajo la estrategia solución de problemas.

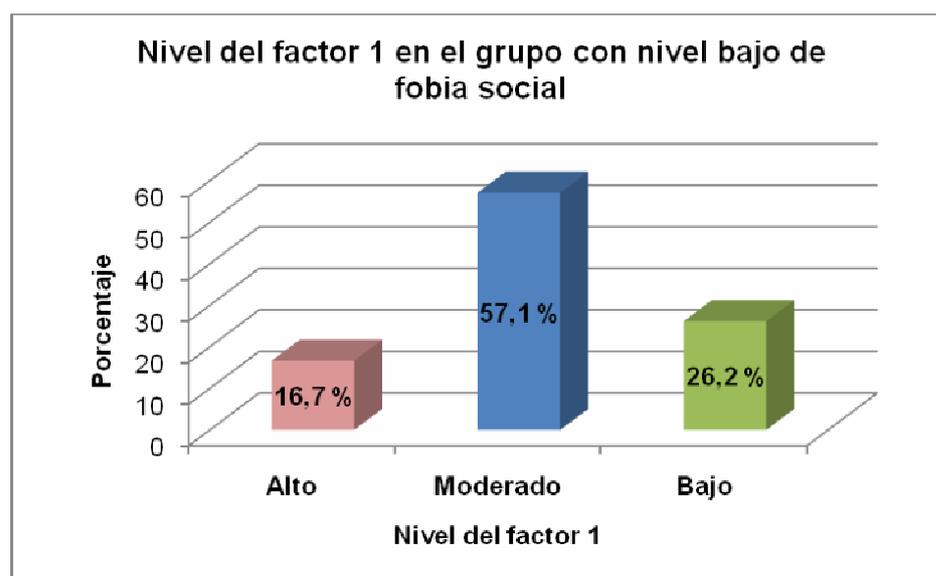


Figura 44. Porcentajes de los niveles del factor 1 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 2. Búsqueda de apoyo social

El puntaje promedio obtenido en esta estrategia por los estudiantes con nivel bajo de fobia social es 21,33, ubicando este factor en el percentil 40 y entre los valores medios típicos de la estrategia; Lo cual sugiere que los sujetos de este grupo “a veces” busca apoyo emocional o información de familiares o amigos para tolerar o enfrentar las situaciones problemas provocadas por la fobia social.

Considerando lo anterior la distribución de la frecuencia de uso se presenta así: El 9,52% de los estudiantes de este grupo utilizan en un nivel alto esta estrategia, el 59,5% usa moderadamente esta estrategia y el 31% emplea en un nivel bajo la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento; estos puntajes están representados en la Figura 45.

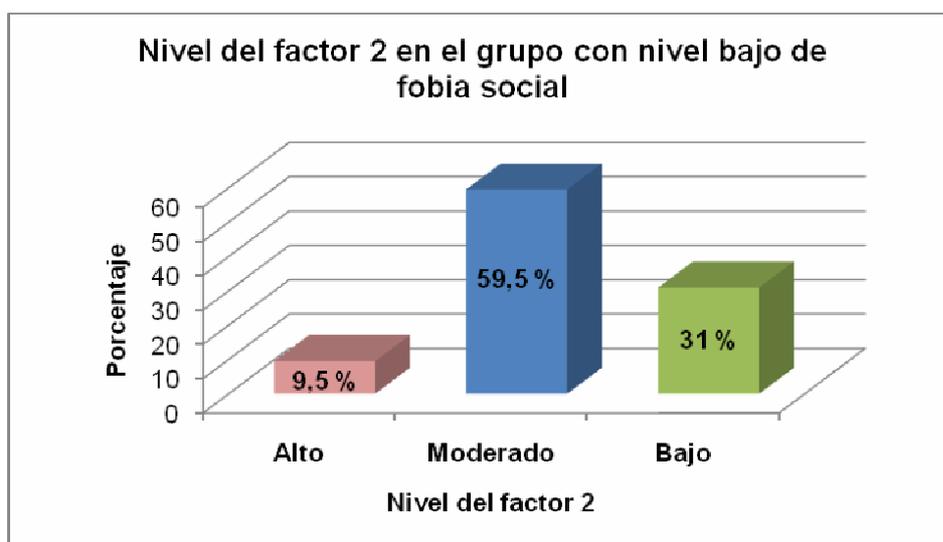


Figura 45. Porcentajes de los niveles del factor 2 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 3. Espera

La estrategia “espera” para los sujetos con nivel bajo de fobia social presentan un puntaje promedio de 24,1 que se ubica en el percentil 60, lo que indica que estos resultados se localizan en el rango de los puntajes medios típicos para este factor. Con estos resultados señalan que este grupo “a veces” considera que los problemas se solucionarán positivamente con el paso del tiempo.

Acorde al resultado de esta estrategia, el 26,2% de los estudiantes de este grupo usan en un nivel alto este factor, el 50% emplea moderadamente esta estrategia y el

23,8% utilizan en un nivel bajo la estrategia de espera. Estos valores se exhiben en la Figura 46.

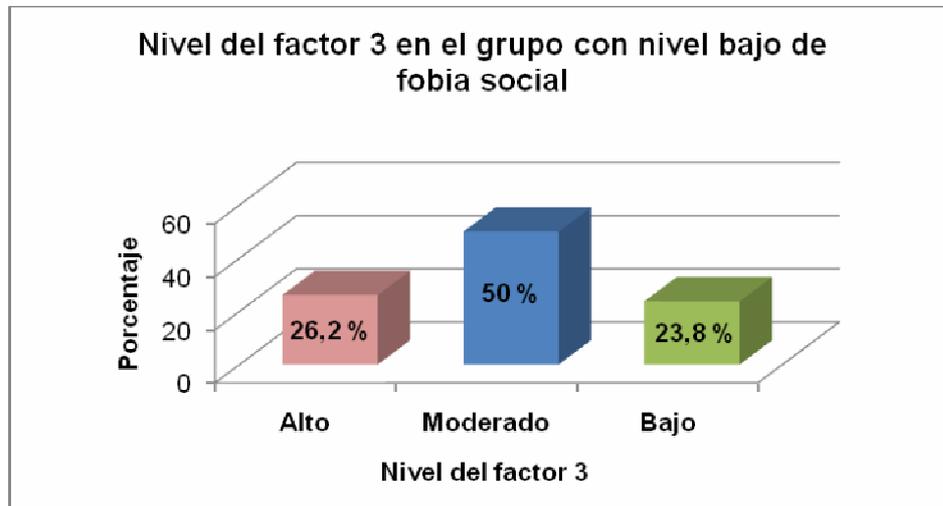


Figura 46. Porcentajes de los niveles del factor 3 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 4. Religión

Los estudiantes con nivel bajo de fobia social obtuvieron un puntaje promedio de 15,83, encontrándose en el percentil 10 y a media desviación estándar negativa. De acuerdo a estos resultados se puede asegurar que los estudiantes de este nivel “casi nunca” utilizan el rezo y la oración para tolerar o solucionar el malestar producido por los síntomas de fobia social (Ver Figura 47).

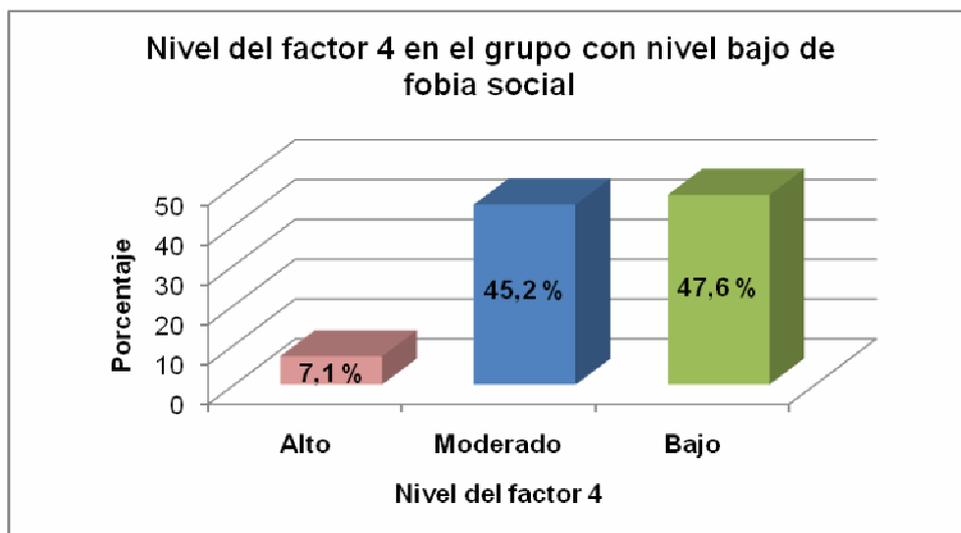


Figura 47. Porcentajes de los niveles del factor 4 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Los porcentajes de los niveles de esta estrategia se distribuyeron así: El 7,1% hace uso de un nivel alto de esta estrategia, el 45,2% emplea moderadamente este factor y el 47,6% utiliza en un nivel bajo la estrategia religión.

Factor 5. Evitación emocional

Este factor tiene un puntaje promedio de 18,86 en los sujetos con nivel bajo de fobia social, situando a este factor en el percentil 20 y entre los valores por debajo de la media típica para esta estrategia con -0,81 desviación estándar. Partiendo del análisis de estos resultados se deduce que estos estudiantes “*casi nunca*” evitan las reacciones emocionales valoradas como negativas o no expresarlas por la creencia de desaprobación social.

En la Figura 48 se muestran los porcentajes de los niveles de este factor en este grupo. Como se aprecia los porcentajes se distribuyen así: El 26,2% emplea en un nivel alto la estrategia evitación emocional, el 66,7% usa moderadamente esta estrategia y el 7,1% utiliza en un nivel bajo este factor.

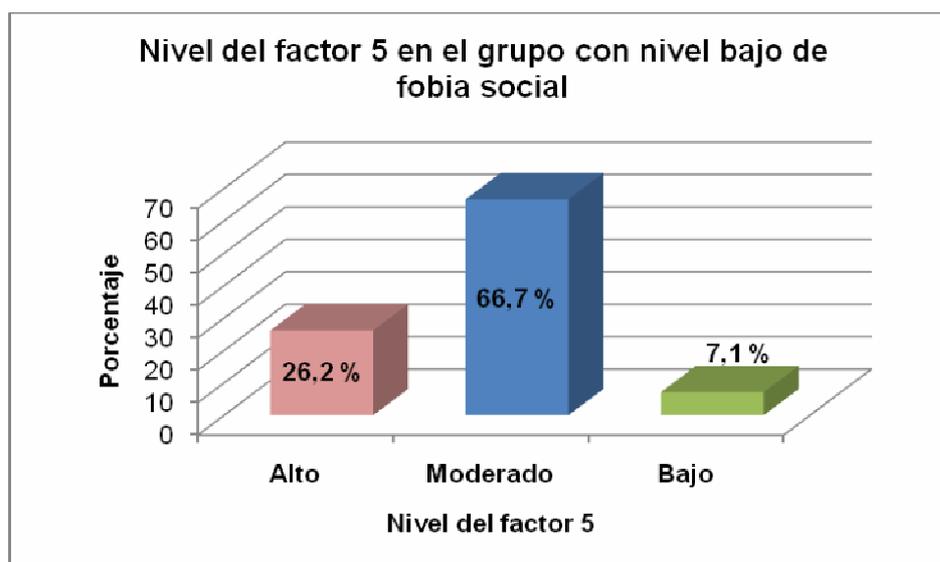


Figura 48. Porcentajes de los niveles del factor 5 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 6. Búsqueda de apoyo profesional

Con respecto a la estrategia búsqueda de apoyo profesional el grupo con nivel bajo de fobia social obtuvo un puntaje promedio de 8,21, localizándolo en el percentil 40, lo que indica que los valores de este factor se encuentran a media desviación estándar negativa. Considerando los resultados en esta estrategia para el grupo de

fobia social baja, se puede afirmar que “*casi nunca*” los integrantes de este grupo usan recursos profesionales para obtener información sobre la fobia social y las alternativas para enfrentarla.

En la Figura 49 se gráfica los porcentajes de los niveles de uso para esta estrategia. Como se observa en la figura, el 4,8 % de los estudiantes de este grupo emplea el factor en un nivel alto, el 57,1% moderadamente hace uso de esta estrategia y el 38,1% utiliza en un nivel bajo la estrategia búsqueda de apoyo profesional.

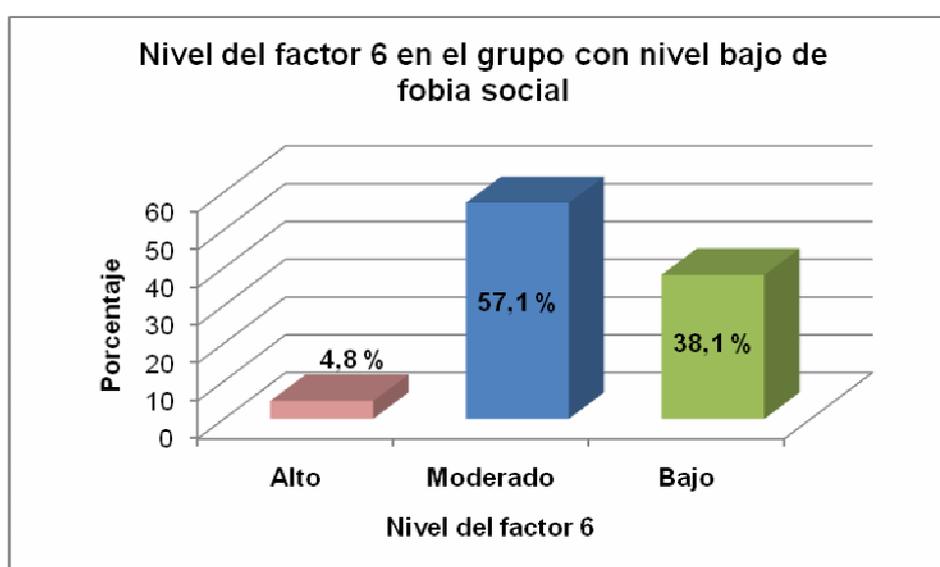


Figura 49. Porcentajes de los niveles del factor 6 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 7. Reacción agresiva

Los sujetos pertenecientes al nivel bajo de fobia social cuentan con un puntaje promedio de 11,55, el cual se ubica en el percentil 45 y por ende entre la media típica del factor. Con el análisis de estos datos se puede afirmar que este grupo “*casi nunca*” expresa reacciones agresivas u hostiles dirigidas hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, ya que dicha reacción disminuye la carga emocional generada por el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Los niveles de empleo de esta estrategia presentan la siguiente frecuencia: El 14,3 % de los estudiantes de este grupo usan en un nivel alto la estrategia reacción agresiva, el 61,9% utilizan moderadamente este factor y el 23,8% utilizan en un nivel bajo esta estrategia (Ver Figura 50).

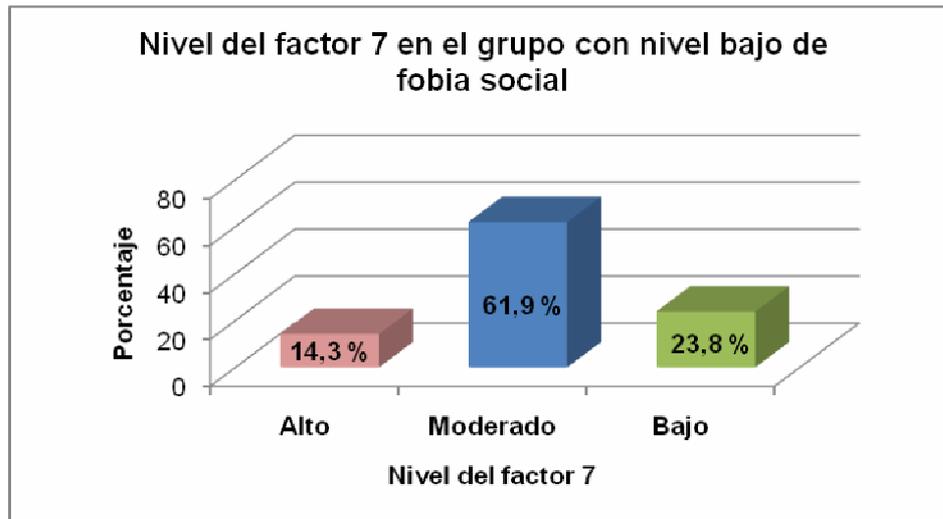


Figura 50. Porcentajes de los niveles del factor 7 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 8. Evitación cognitiva

El grupo con nivel bajo de fobia social obtuvo un puntaje promedio de 15,83, en el factor 8, este puntaje se encuentra en el percentil 55 y entre la media típica del factor. Estos puntajes hacen referencia a que los estudiantes de este grupo buscan “a veces” eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción y la actividad.

En la Figura 51 se muestran los porcentajes de los niveles de uso de esta estrategia para este grupo.

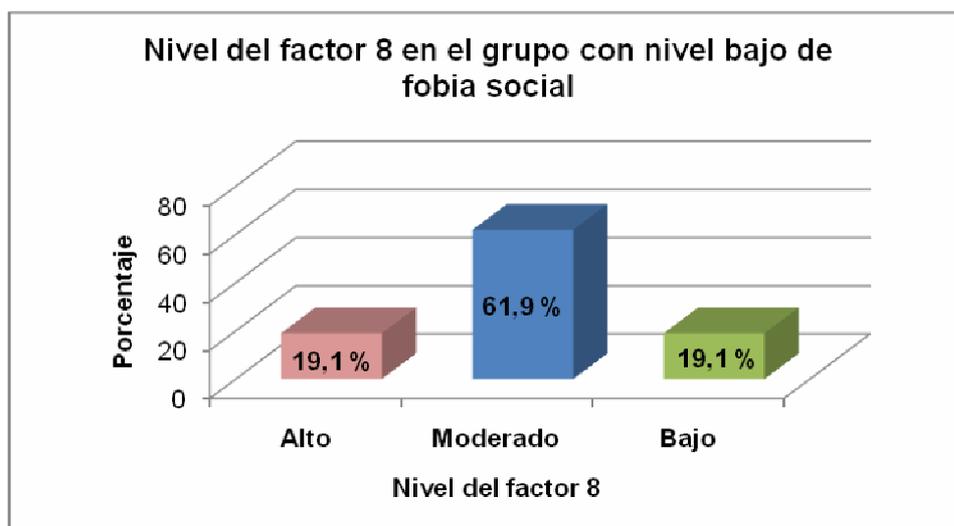


Figura 51. Porcentajes de los niveles del factor 9 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Como se muestra en la Figura 51 los valores de los niveles del factor 9 son: El 19,1% de los estudiantes usan en un nivel alto este factor, el 61,9% emplea moderadamente esta estrategia y el 19,1% utiliza en un nivel bajo la estrategia evitación cognitiva.

Factor 9. Reevaluación positiva

Los resultados de los estudiantes con nivel bajo de fobia social en esta estrategia sugieren que “frecuentemente” buscan aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos de los problemas generados por la fobia social, ya que este grupo cuenta con un puntaje promedio de 20,52, el cual lo ubica en el percentil 60 y, por lo tanto, estos valores se encuentran entre los puntajes medios típicos para este factor.

La distribución de los porcentajes en cada nivel de utilización del factor 9 en este grupo es la siguiente: El 38,1% de los estudiantes usan en un nivel bajo la estrategia reevaluación positiva, el 45,2% emplea moderadamente este factor y el 16,7% utiliza en un nivel bajo esta estrategia. Estos valores se representan en la Figura 52.

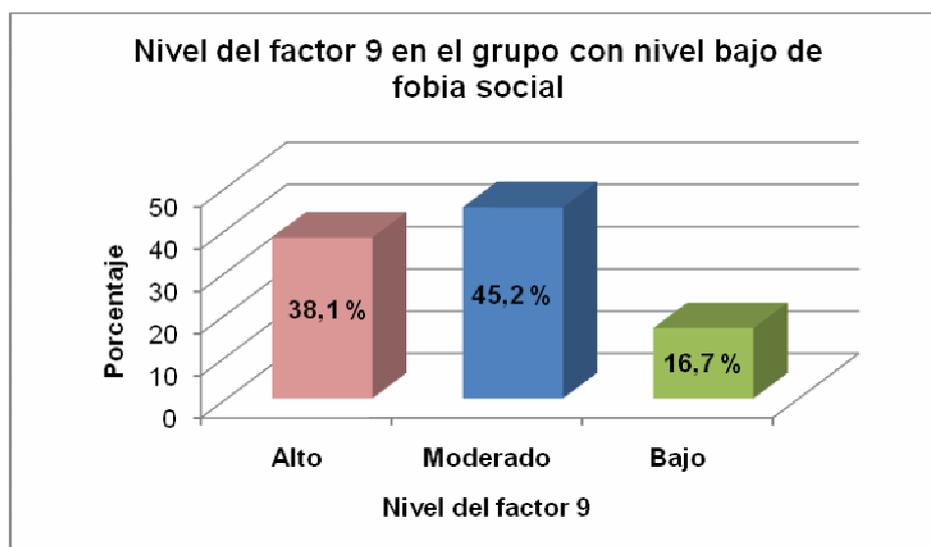


Figura 52. Porcentajes de los niveles del factor 9 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento

El grupo con nivel bajo de fobia social tuvo un puntaje promedio de 8,48 en esta estrategia, localizándola en el percentil 10 a -1.43 desviaciones estándar por debajo de la media típica de este factor. Con estos resultados se deduce que los estudiantes de este grupo “casi nunca” expresan las dificultades para afrontar y

manifestar las emociones generadas por las situaciones sociales, para resolver el malestar producido por los síntomas de fobia social.

Con base en estos resultados el 0% de los estudiantes utilizan en un nivel alto esta estrategia, el 16,7% emplea moderadamente la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento y el 88,3% usa en un nivel bajo este factor (Ver Figura 53).

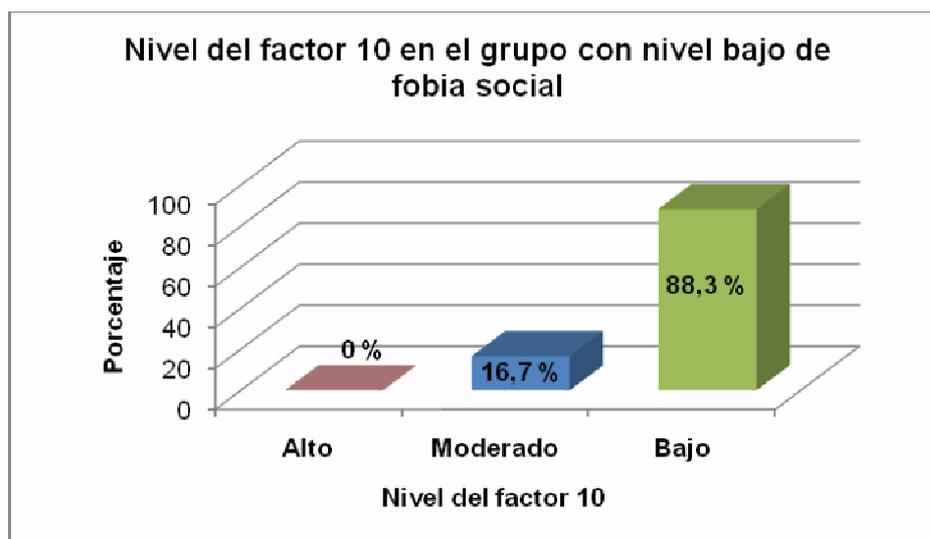


Figura 53. Porcentajes de los niveles del factor 10 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 11. Negación

El grupo de este nivel en esta estrategia puntuó en promedio 8,48, puntaje que se ubica en el percentil 40, es decir en la media para este factor.

Los resultados de los estudiantes con nivel bajo de fobia social en este factor señalan que “a veces” se comportan como si no existiera el problema generado por la fobia social, tratando de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones sociales, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional producido.

La distribución de los porcentajes en los niveles de utilización de este factor se detallan en la Figura 54. En esta Figura se observa que el 16,7% de los estudiantes emplean en un nivel alto esta estrategia, el 61,9% usa moderadamente este factor y el 21,4% utilizan en un nivel bajo la negación como estrategia de afrontamiento.

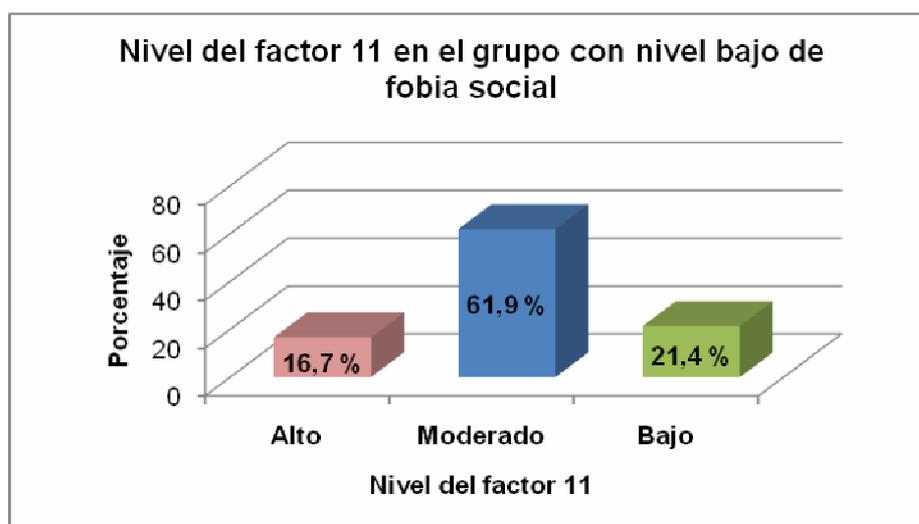


Figura 54. Porcentajes de los niveles del factor 11 en el grupo con nivel bajo de fobia social.

Factor 12. Autonomía

Con respecto al factor 12 el grupo con nivel bajo de fobia social cuenta con un puntaje de 6,48, el cual se ubica en el percentil 45 y entre los valores medios típicos para este factor. Según los resultados se concluye que los estudiantes “a veces” responden ante el problema producido por la fobia social, buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales (Ver Figura 55).

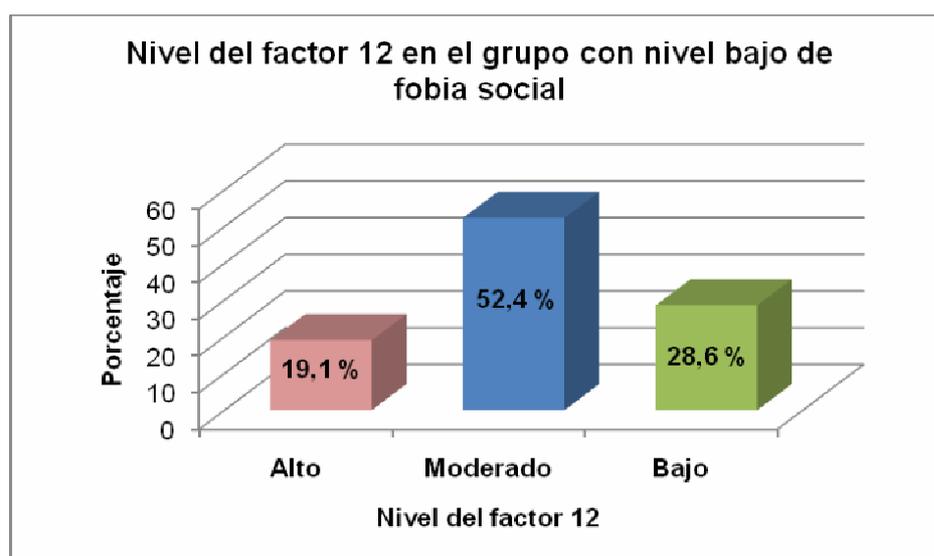


Figura 55. Porcentajes de los niveles del factor 12 en el grupo con nivel alto de fobia social.

En la Figura 55 se evidencian que los porcentajes de los niveles de esta estrategia son: El 19,1% de los estudiantes usan en un nivel alto esta estrategia, el 52,4% utilizan moderadamente este factor y el 28,6% emplean en un nivel bajo la estrategia autonomía.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de estrategias de afrontamiento

De acuerdo a los datos obtenidos se hace necesario efectuar una relación entre el nivel de utilización de cada estrategia evaluada y los tres grupos de fobia social para establecer si existen diferencias significativas o no en el nivel de utilización, por ello en el siguiente apartado se presentan los resultados de la aplicación de la prueba Chi Cuadrado para cada una de las doce estrategias.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento solución de problemas

En cuanto a la estrategia solución de problemas se identifica que no existe relación entre el nivel del factor y el nivel de fobia social, presentándose los siguientes valores: $X^2: 1,90$; Gl: 4; p -valor: ,7544. En la Tabla 21 se realiza la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 21

Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia solución de problemas.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	11	48	10
	(12,28)	(45,9)	(10,82)
	-1,28	2,1	-0,82
Moderado	24	94	23
	(25,09)	(93,8)	(22,11)
	-1,09	0,2	0,89
Alto	7	15	4
	(4,63)	(17,3)	(4,08)
	2,37	-2,3	-0,08
		X^2	1,90

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

Como se puede observar ningún valor observado se desvía significativamente de los valores esperados, por consiguiente, el nivel de fobia social no interviene en el empleo de un nivel particular de la estrategia solución de problemas.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social

Con referencia a la estrategia búsqueda de apoyo social se encuentra que no existe relación entre el nivel del factor y el nivel de fobia social, obteniéndose los siguientes valores: $X^2:4,74$; Gl: 4; p-valor: .3154.

En la Tabla 22 se presenta la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 22

Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia búsqueda de apoyo social.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	13	37	15
	(11,57)	(43,24)	(10,19)
	1,43	-6,24	4,81
Moderado	25	101	19
	(25,81)	(96,46)	(22,73)
	-0,81	4,54	-3,73
Alto	4	19	3
	(4,63)	(17,3)	(4,08)
	-0,63	1,7	-1,08
		X^2	4,74

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

En esta Tabla se evidencia que ningún valor observado se desvía significativamente de los valores esperados, por lo tanto, el nivel de fobia social no influye en la utilización de un nivel particular de la estrategia búsqueda de apoyo social.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento espera

Con respecto la estrategia espera se observa una relación significativa entre el nivel del factor y el nivel de fobia social, encontrándose los siguientes valores: X^2 :20,63; Gl: 4; p-valor: 0.0004.

En la Tabla 23 se plasma la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 23

Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia espera.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	10	8	1
	(3,38)	(12,64)	(2,98)
	6,62	-4,64	-1,98
Moderado	21	86	16
	(21,89)	(81,83)	(19,28)
	-0,89	4,17	-3,28
Alto	11	63	20
	(16,73)	(62,53)	(14,74)
	-5,73	0,47	5,26
		X^2	20,63

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

El nivel alto de fobia social tiene relación con el nivel alto de la estrategia espera debido a que el valor observado está sobre el valor esperado.

El nivel moderado de fobia social se relaciona con el nivel moderado de esta estrategia puesto que el número de observaciones supera el número esperado.

El nivel bajo de fobia social presenta relación con el nivel bajo del factor 3 ya que cuenta con un valor observado mayor al esperado.

De acuerdo al análisis de estos resultados se puede afirmar que a mayor nivel de fobia social se utilizará en mayor medida un nivel alto de la estrategia espera.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento religión

Frente a la estrategia religión se evidencia la existencia de una relación significativa entre el nivel del factor y el nivel de fobia social (X^2 :17,2; Gl: 4; p -valor: 0.0018).

El nivel bajo de fobia social se relaciona con nivel bajo del factor 4 ya que el número de observaciones es mayor que el número esperado.

El nivel alto de fobia social presenta relación con nivel moderado del factor 4 dado que el valor observado es superior al esperado.

Así mismo, el nivel moderado de fobia social se relaciona con el nivel moderado de la estrategia religión puesto que la frecuencia observada excede a la esperada.

Estos resultados permiten deducir que a mayor nivel de fobia social se espera el empleo de un nivel moderado de la estrategia religión.

En la Tabla 24 se describe la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 24

Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia religión.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	20	41	3
	(11,39)	(42,58)	(10,03)
	8,61	-1,58	-7,03
Moderado	19	106	29
	(27,41)	(102,45)	(24,14)
	-8,41	3,55	4,86
Alto	3	10	5
	(3,2)	(11,97)	(2,82)
	-0,2	-1,97	2,18
		X^2	17,2

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento evitación emocional

En cuanto a la estrategia evitación emocional se evidencia una relación significativa entre el nivel del factor y el nivel de fobia social ($X^2:38,59$; Gl: 4; p -valor: 0.0000).

En la Tabla 25 se muestra la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 25

Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de fobia social y el nivel de la estrategia evitación emocional.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
	3	2	0
Bajo	(0,89)	(3,33)	(0,78)
	2,11	-1,33	-0,78
	28	58	3
Moderado	(15,84)	(59,21)	(13,95)
	12,16	-1,21	-10,95
	11	97	34
Alto	(25,27)	(94,47)	(22,26)
	-14,27	2,53	11,74
		X^2	38,59

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

El nivel bajo de fobia social se relaciona con el nivel moderado de esta estrategia puesto que la frecuencia observada es superior a la esperada.

El nivel moderado de fobia social tiene relación con el nivel alto de la estrategia evitación emocional debido a que el valor observado es mayor al esperado.

El nivel alto de fobia social presenta relación significativa con el nivel alto del factor 5 dado que la frecuencia observada está por encima de la esperada.

Con el análisis de estos resultados se puede suponer que a mayor nivel de fobia social se usará un nivel alto de la estrategia evitación emocional.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo profesional

Con referencia a la estrategia búsqueda de apoyo profesional se identifica que no existe relación entre el nivel del factor y el nivel de fobia social, presentándose los siguientes valores: $X^2: 1,36$; Gl: 4; p-valor: 0.8516.

En la Tabla 26 se realiza la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 26

Chi cuadrado de la relación entre las variables: Nivel de de fobia social y el nivel de estrategia búsqueda de apoyo profesional.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	16	56	13
	(15,13)	(56,55)	(13,33)
	0,87	-0,55	-0,33
Moderado	24	95	21
	(24,92)	(93,14)	(21,95)
	-0,92	1,86	-0,95
Alto	2	6	3
	(1,96)	(7,32)	(1,72)
	0,04	-1,32	1,28
		X^2	1,36

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

Teniendo en cuenta los resultados se puede asegurar que el nivel de fobia social no repercute en el uso de un nivel particular de la estrategia búsqueda de apoyo profesional.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento reacción agresiva

Se identifica relación de dependencia entre estas variables ($x^2 = 23,88$; Gl=4; p< 0,0001).

El nivel alto de fobia social se relaciona con el nivel alto de la estrategia reacción agresiva ya que supera la frecuencia esperada.

Se observa también relación entre el nivel moderado de fobia social y el nivel moderado del factor 7 dado que el valor observado es mayor al esperado.

El nivel bajo de fobia social está relacionado con el nivel bajo de la estrategia reacción agresiva dado que el número de observaciones es superior al esperado.

Estos resultados indican una relación entre el nivel de fobia social y el nivel de la estrategia reacción agresiva, es decir, que a mayor nivel de fobia social mayor uso del nivel alto de la estrategia.

En la Tabla 27 se expone la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 27

Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento reacción agresiva

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	10 (6,41) 3,59	22 (23,95) -1,95	4 (5,64) -1,64
Moderado	26 (29,01) -3,01	119 (108,44) 10,56	18 (25,56) -7,56
Alto	6 (6,58) -0,58	16 (24,61) -8,61	15 (5,80) 9,20
		χ^2	23,88

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento evitación cognitiva

Se identifica relación de dependencia entre el nivel de fobia social y el nivel de esta estrategia, presentándose los siguientes valores: $\chi^2 = 12,47$; $Gl=4$; $p < 0,0142$. En la Tabla 28 se compara la frecuencia observada, la esperada y su diferencia.

Tabla 28

Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento evitación cognitiva

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	8	13	3
	(4,27)	(15,97)	(3,76)
	3,73	-2,97	-0,76
Moderado	26	110	18
	(27,41)	(102,45)	(24,14)
	-1,41	7,55	-6,14
Alto	8	34	16
	(10,32)	(38,58)	(9,09)
	-2,32	-4,58	6,91
		χ^2	12,47

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

El nivel alto de fobia social se vincula con el nivel alto de la estrategia teniendo en cuenta que sobrepasa la frecuencia esperada.

Se observa relación entre el nivel moderado de fobia social y el nivel moderado del factor 8 debido a que el valor observado es superior al esperado.

En cuanto al nivel bajo de fobia social encontramos relación con el nivel bajo de esta estrategia, ya que la frecuencia observada es mayor a la esperada.

Estos resultados permiten afirmar que existe una relación entre el nivel de fobia social y el nivel de la estrategia evitación cognitiva, es decir, que a mayor nivel de fobia social mayor empleo del nivel alto de esta estrategia.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva

Se identifica relación de dependencia entre estas variables ($\chi^2 = 13,72$; $Gl=4$; $p < 0,0082$). En la Tabla 29 se presenta la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 29

Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento reevaluación positiva

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	7	24	7
	(6,76)	(25,28)	(5,96)
	0,24	-1,28	1,04
Moderado	19	111	22
	(27,05)	(101,12)	(23,83)
	-8,05	9,88	-1,83
Alto	16	22	8
	(8,19)	(30,6)	(7,21)
	7,81	-8,6	0,79
		χ^2	13,72

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

El nivel bajo de fobia social tiene relación con el nivel alto de la estrategia reevaluación positiva, ya que el valor observado excede al esperado.

Con respecto al nivel moderado de fobia social se encuentra que está ligado con el nivel moderado de la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva pues se observa que la frecuencia esperada supera a la observada.

En cuanto al nivel alto de fobia social se encuentra relación con el nivel bajo de esta estrategia puesto que las frecuencias observadas son mayores que la frecuencia esperada.

A partir de estos resultados se puede suponer que a menor nivel de fobia social mayor uso del nivel alto del factor 9.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento

Se identifica relación de dependencia entre estas variables, presentándose los siguientes valores: $\chi^2 = 57,61$; $Gl=4$; $p < 0,0000$. En la Tabla 30 se plasma la

comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 30

Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	35	60	5
	(17,62)	(65,86)	(15,52)
	17,38	-5,86	-11,52
Moderado	7	96	29
	23,49	(87,81)	(20,69)
	-16,49	8,19	8,31
Alto	0	1	4
	(0,89)	(3,33)	(0,78)
	-0,89	-2,33	3,22
		X ²	57,61

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

El nivel alto de fobia social presenta relación con el nivel moderado de la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento dado que el valor observado supera al esperado; así mismo la fobia social moderada se relaciona con el nivel moderado de este factor.

El nivel bajo de fobia social se relaciona con el nivel bajo de esta estrategia ya que el número de observaciones es mayor al esperado.

Finalmente, podemos afirmar que existe una tendencia entre el nivel de fobia social y el nivel de la estrategia, es decir, que a mayor nivel de fobia social mayor uso del nivel moderado de la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento negación

Se identifica relación de dependencia entre estas variables ($\chi^2 = 17,25$; $Gl=4$; $p < 0,0017$).

En cuanto al nivel bajo de fobia social encontramos relación con el nivel bajo de esta estrategia, pues la frecuencia observada es superior a la esperada.

Se observa relación entre el nivel moderado de fobia social y el nivel moderado del factor 11, dado que el valor observado es mayor al esperado.

El nivel alto de fobia social presenta valores observados cercanos a los esperados, sin embargo, la frecuencia observada en el nivel alto de la estrategia sobrepasa en 0,98 al valor esperado.

Teniendo en cuenta estos resultados se puede afirmar que una persona con un nivel bajo de fobia social emplea un nivel bajo de esta estrategia, y que una persona con nivel moderado de fobia social utiliza moderadamente este factor.

En la Tabla 31 se describe la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Tabla 31

Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento negación.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	9 (3,03) 5,97	6 (11,31) -5,31	2 (2,67) -0,67
Moderado	26 (33,28) -7,28	132 (124,4) 7,6	29 (29,32) -0,32
Alto	7 (5,69) 1,31	19 (21,29) -2,29	6 (5,02) 0,98
		χ^2	17,25

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

Relación entre niveles de fobia social y niveles de la estrategia de afrontamiento autonomía

No se identifica relación de dependencia entre estas variables, observándose los siguientes valores: $\chi^2 = 2,16$; $Gf=4$; $p < 0,7061$. En la Tabla 32 se muestra la comparación entre la frecuencia observada, la esperada y la diferencia entre las mismas.

Esto indica que no existe una tendencia clara y significativa que relacione los niveles de fobia social y los niveles de esta estrategia.

Tabla 32

Chi Cuadrado de la relación entre las Variables: Nivel de fobia social y nivel de estrategia de afrontamiento autonomía.

Nivel de estrategia	Nivel de fobia social		
	Bajo	Moderado	Alto
Bajo	12 (12,28) -0,28	46 (45,9) 0,1	11 (10,82) 0,18
Moderado	22 (23,67) -1,67	92 (88,48) 3,52	19 (20,85) -1,85
Alto	8 (6,05) 1,95	19 (22,62) -3,62	7 (5,33) 1,67
		χ^2	2,16

Nota: Los valores que aparecen en las celdas según su orden son: Frecuencia observada, frecuencia esperada, diferencia entre la frecuencia esperada y observada.

Comprobación de hipótesis

Dado que el p-valor en la relación de las estrategias de afrontamiento espera, religión, evitación emocional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento y negación, es inferior a ,05 se comprueba la hipótesis de trabajo: Los niveles de estrategias de afrontamiento empleados por los estudiantes de primer semestre se asocian con el nivel de fobia social que presentan.

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue determinar la asociación entre los niveles de fobia social y los niveles de las estrategias de afrontamiento presentados por los estudiantes matriculados a primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño. Para llevarlo a cabo se efectuó la aplicación de los instrumentos para identificar, en primer lugar, los niveles de fobia social en los estudiantes de primer semestre, en segundo lugar, los niveles de las doce estrategias de afrontamiento, y finalmente, se realizó una prueba Chi cuadrado para cada estrategia de afrontamiento y así establecer la relación entre los niveles observados de las estrategias según los niveles de fobia social presentados.

Los resultados, en cuanto a los niveles de fobia social en los estudiantes de primer semestre, están acordes a una distribución normal, dado que el 66,5% de la población presenta nivel moderado de fobia social, el 15,6% tiene nivel alto de fobia social y el 17,7% muestra nivel bajo de fobia social.

Con referencia al grupo con nivel alto de fobia social se observa con una frecuencia de “*muchas veces*” las siguientes situaciones como generadoras de mayor ansiedad:

1. Hablar en público.
2. Nerviosismo si se habla delante de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general.
3. No saber que hacer cuando se encuentra en una situación embarazosa con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general.
4. Participar en alguna actividad en una situación social.
5. Nerviosismo ante una crítica o rechazo de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general.
6. Ansiedad antes de entrar a una situación social.
7. Nerviosismo en una situación social con un grupo grande de personas.

Los anteriores resultados son coherentes con el planteamiento de Echeburúa (1993) y Baños et al, (2003d), pues un elemento propio de la fobia social es el miedo a ser observado y evaluado negativamente por la gente, en los estudiantes de este nivel esto se evidencia en el temor a hablar en público, así como también, delante de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general. Esto

indica un temor excesivo a hacer el ridículo, a recibir críticas o rechazos y fracasar en la tarea, a perder el control y mostrarse avergonzado, incluso antes de entrar a una situación social.

Considerando lo expuesto y la postura de Zubeidat (2006), se puede afirmar que los estudiantes con nivel alto de fobia social perciben que las personas a su alrededor realizan una evaluación negativa de su desempeño de manera continua, independientemente del momento en el que ocurre la situación social, la cual puede tener lugar en el momento actual, ser anticipada o recordada.

Además, en los estudiantes de este nivel los pensamientos más significativos antes de una situación social, con una frecuencia de “*bastantes veces*” se encuentran: Iré vestido apropiadamente y probablemente cometeré un error y pareceré tonto/a. Así mismo, los pensamientos más recurrentes durante una situación social son: Ojalá pudiera marcharme y evitar toda esta situación, y qué impresión estaré causando, estos últimos pensamientos con una frecuencia de “*bastantes veces*”.

Desde la perspectiva del procesamiento de la información, las características de las cogniciones de estos estudiantes se asemejan a las encontradas en diferentes estudios, donde las personas con fobia social subestiman la capacidad para afrontar una situación social y magnifican la probabilidad de ocurrencia de una experiencia aversiva durante dicha situación, es decir, extreman la probabilidad de que los demás los juzguen desfavorablemente.

En concordancia con este planteamiento y los pensamientos del grupo con nivel alto de fobia social, Clark y Wells (1995; 1997) citados por Botella et al. (2003b) proponen que los sujetos que padecen fobia social presentan una motivación elevada para mostrar una impresión favorable de sí mismas, además, creen que existe la posibilidad de comportarse como ineptos o de un modo inaceptable en las situaciones sociales.

Asimismo, Wells y Carter (2001) citados por Álvarez et al. (2004) plantearon que los pacientes con trastorno de fobia social y trastorno de ansiedad generalizada se caracterizan por una elevada metacognición negativa y metapreocupación, es decir, los pensamientos de amenaza, peligro y daño personal parecen ser, para estos pacientes, el contenido de las preocupaciones en las relaciones interpersonales.

Por otra parte, a pesar de presentarse *“bastantes veces”* el pensamiento *“ojalá pudiera marcharme y evitar toda esta situación”*, el comportamiento de retiro cuenta con menor frecuencia, esto quiere decir, que aunque los sujetos *“casi siempre”* piensan en la huida como alternativa ante la ansiedad, en ocasiones utilizan el comportamiento de evitación o huida y otras situaciones son afrontadas sintiendo gran ansiedad. Este tipo de afrontamiento puede entenderse desde la conceptualización de Peñate et al. (2006) quienes los definen como afrontamiento parcial, ya que abarca las conductas de afrontamiento que se reservan para ocasiones en que los sujetos se ven forzados o necesitan enfrentarse a un estímulo fóbico.

Ante estas características cognitivas y conductuales se espera que los estudiantes con nivel alto de fobia social experimenten una respuesta de ansiedad representada también en el componente fisiológico; entre los síntomas fisiológicos antes y durante una situación social se encuentra una predominancia de palpitations en el corazón, con una frecuencia de *“bastantes veces”*.

Si bien las anteriores características cuentan con una frecuencia alta, es importante señalar que los demás aspectos evaluados por la subescala de fobia social causan tensión o incomodidad con un grado mínimo de *“a veces”* hasta *“bastantes veces”*, lo cual indica la presencia de ansiedad patológica, que según Camacho (2005) puede ser determinada si las puntuaciones de esta subescala están sobre la media. Por lo tanto, se puede deducir que las personas que pertenecen al nivel alto de fobia social pueden cumplir con los criterios para ser diagnosticadas con el trastorno de fobia social.

En conclusión, se puede afirmar que en estos estudiantes, y como resultado de la percepción de evaluación negativa, se producen las respuestas de ansiedad fisiológicas, cognitivas y comportamentales; estas respuestas a su vez, inciden en la imagen del sujeto acerca de su actuar y de la evaluación que recibirá, anticipando consecuencias negativas, provocando mayores niveles de ansiedad ante las situaciones sociales, constituyéndose en un círculo vicioso que va renovándose continuamente.

Teniendo en cuenta los aspectos que mantienen el nivel alto de fobia social, es de esperar que estos estudiantes presenten dificultades en: a) Su desempeño

académico dado que un nivel alto de fobia social repercute en los procesos de atención y concentración, así como también, en las actividades que implican evaluación del desempeño y comparaciones con su grupo de pares; b) las relaciones interpersonales, puesto que el nivel alto de fobia social afecta las funciones de la interacción social, ya que las manifestaciones a nivel cognitivo-conductual dificultan el desempeño óptimo del individuo, lo cual influye en la utilización adecuada de las habilidades sociales como solicitar información, iniciar una conversación, interactuar con personas de sexo opuesto, entre otras; estas habilidades sociales, inhibidas por los síntomas de fobia social, dificultan establecer relaciones interpersonales, afectando su autoconcepto, autoestima y autoeficacia, dado que al exponerse repetidamente a las situaciones que generan fobia social el sujeto vuelve a experimentar síntomas cognitivos y conductuales que refuerzan sus pensamientos irracionales acerca de su valía como persona y sus recursos para afrontar la situación.

En los sujetos con nivel moderado de fobia social se observa que las situaciones que producen temor, presentan una frecuencia de “a veces”, las cuales se mencionan a continuación:

1. Hablar en público
2. Participar en alguna actividad en una situación social.
3. Nerviosismo en una situación social con un grupo grande de personas.
4. No saber que hacer cuando se encuentra en una situación embarazosa con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general.
5. Empezar a ser el centro de atención.
6. Nerviosismo ante una crítica o rechazo de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general.

Con respecto a los pensamientos antes de entrar a una situación social este grupo de estudiantes “a veces” piensan en si están vestidos apropiadamente. Es de resaltar que estos estudiantes manifiestan “raramente” y “muy raramente” experimentar pensamientos desagradables cuando están en una situación social.

Asimismo, los síntomas fisiológicos antes de una situación social aparecen “raramente” y “muy raramente” en los sujetos de este nivel; sin embargo, durante una situación social “a veces” sienten palpitaciones en el corazón.

A partir de los resultados en el grupo con nivel moderado de fobia social se puede asegurar que las situaciones generadoras de ansiedad son similares a las del grupo con nivel alto de fobia social, no obstante, la frecuencia es diferente, lo cual implica que a pesar de que exista un nivel de ansiedad éste no puede considerarse como patológico, lo que significa que estas personas tienen un adecuado desempeño social.

Lo anterior se confirma por las manifestaciones fisiológicas y cognitivas de los estudiantes de este nivel, dado que las manifestaciones fisiológicas son normales, además, las manifestaciones cognitivas que se refieren a la evaluación negativa que los demás pueden hacer de ellos y las que tienen que ver con la probabilidad de éxito, cuentan con una frecuencia escasa.

Los estudiantes con nivel bajo de fobia social se diferencian de los grupos con nivel alto y moderado en el hecho de que las situaciones mencionadas en la prueba les causan ansiedad *“muy raramente”* y *“nunca”*; igualmente, los pensamientos y síntomas fisiológicos evaluados cuentan con una frecuencia similar en estos estudiantes, y por lo tanto, su forma de percibir las situaciones sociales es más objetiva.

Por otra parte, uno de los objetivos específicos de la presente investigación es describir los niveles de las doce estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes de primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño, en cada nivel de fobia social presentado, para llevarlo a cabo se tuvo en cuenta la media y desviación estándar típicas para cada factor (Ver Anexo E).

De acuerdo a estos valores, los resultados en el grupo con nivel alto de fobia social muestran lo siguiente:

1. Los estudiantes de este nivel utilizan *“frecuentemente”* la estrategia espera, esta es definida por Londoño et al. (2006) como una estrategia cognitivo-comportamental, dado que la persona procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo, caracterizándose por considerar que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo, hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema.

A partir de lo anterior, se puede establecer que los estudiantes con nivel alto de fobia social tienden a esperar pasivamente que la fobia social se resuelva por sí sola;

estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Álvarez et al. (2004), en donde se identificó un empleo alto de la estrategia de afrontamiento que hace referencia a una tendencia a la pasividad, la percepción de falta de control y esperar a que cambien las condiciones por sí solas, en participantes con trastorno de ansiedad generalizada.

En congruencia con esta tendencia, se encuentra que los sujetos de este grupo emplean esporádicamente la estrategia solución de problemas, lo que significa que “a veces” orientan sus acciones para solucionar el problema o problemas generados por la fobia social con el fin de alterar y solucionar el problema, aunque estas alternativas de solución no son efectivas ya que persiste su nivel de fobia social.

2. El factor evitación emocional se sitúa también por encima de la media típica, lo cual demuestra que los estudiantes de este nivel movilizan sus recursos para ocultar e inhibir las emociones generadas por los síntomas de la fobia social, ya que son valoradas como negativas y por la creencia de una desaprobación social si se expresan. Con el análisis de estos resultados se corrobora la existencia de los pensamientos característicos de la fobia social, pues se refieren al temor de ser rechazados o evaluados negativamente por sus síntomas.

Los resultados en la estrategia evitación emocional se relacionan con los puntajes bajos en las estrategias búsqueda de apoyo social y profesional, lo cual denota que estas personas ocasionalmente buscan el apoyo de amigos, familiares u otros, tanto afectivo como de información, para tolerar o hacer frente a las situaciones problemas generadas por la fobia social, y “*muy raramente*” buscan el apoyo profesional para obtener información sobre la fobia social y las alternativas para enfrentarla.

Estos resultados ratifican las posturas de Cía (2004), Olivares et al. (2004) y Baños et al. (2003a) quienes expresan que la decisión de buscar apoyo profesional se encuentra mediada por las creencias culturales frente a los síntomas de la fobia social, pues se dirigen a considerarlos como rasgos de personalidad relacionados con la timidez, que con el paso del tiempo desaparecerán y justifican los síntomas como normales y que, por lo tanto, no se debe prestarles atención.

3. Los estudiantes con nivel alto de fobia social obtuvieron un puntaje sobre la media en la estrategia evitación cognitiva, que hace referencia a buscar neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la

distracción y la actividad, se evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades.

Los resultados en esta estrategia se pueden interpretar con el planteamiento de Clark y Wells (1995) citados por Botella et al. (2003c), dónde se afirma que los sujetos con fobia social una vez que evalúan negativamente la situación social tienen manifestaciones fisiológicas, cognitivas, afectivas y comportamentales, desencadenando conductas de seguridad y de evitación como respuestas a las amenazas percibidas.

Otra postura acorde a las puntuaciones del grupo con nivel alto de fobia social en la estrategia evitación cognitiva es la de Schlenker y Leary (1982) citados por Heimberg et al. (2000), quienes manifiestan que la ansiedad social incrementa la sobreestimación de la evaluación interpersonal, de manera que a mayor dificultad de provocar una impresión deseada en los demás, mayores son los niveles de ansiedad experimentados por el individuo; como resultado de la ansiedad experimentada las personas con fobia social desarrollan tácticas seguras y protectoras como guardar silencio, retraerse o distanciarse, con el fin de prevenir determinados daños que podrían influir en su imagen social.

En los estudiantes con nivel alto de fobia social las tácticas seguras, protectoras y de evitación se evidencian cuando reportan que optan por no pensar en los problemas generados por la fobia social o realizar actividades de distracción, además, la percepción de evaluación negativa se confirma por las manifestaciones cognitivas antes y durante una situación social.

Finalmente, de acuerdo a Fernández-Abascal y Palmero (1999), cuando una estrategia de afrontamiento como la evitación es utilizada con éxito frente a un estresor determinado, se persiste en su uso en nuevas situaciones en las que aún no ha demostrado su eficacia, como podría ocurrir en el caso de los sujetos con nivel alto de fobia social.

4. El grupo con nivel alto de fobia social cuenta con un puntaje superior a la media en el factor reacción agresiva, con estos resultados se puede deducir que "*frecuentemente*" expresan de manera impulsiva la emoción de ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional generada por la fobia social. De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), el

afrontamiento centrado en la emoción se presenta cuando el individuo evalúa que la situación no puede modificarse, es así como en estos estudiantes la estrategia reacción agresiva surge como manifestación de la valoración de no poder modificar los síntomas de fobia social.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento en el grupo moderado de fobia social se encuentran los siguientes resultados:

La estrategia espera cuenta con un puntaje sobre la media, con esto se puede afirmar que los estudiantes de este nivel tienen la creencia de que los síntomas de ansiedad se resolverán por sí solos con el pasar del tiempo, es decir, presentan una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema. Teniendo en cuenta que la frecuencia de los síntomas de fobia social en estos sujetos es moderada, pueden considerar que no influye de manera decisiva en su desempeño y que, por lo tanto, no buscarán soluciones a las manifestaciones presentadas de ansiedad, lo cual, se confirma por los resultados bajos en las estrategias búsqueda de apoyo social y apoyo profesional.

Lo anterior también coincide con los resultados de la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento, en donde se observa la escasa tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por las situaciones sociales, expresar las emociones y resolver el problema, es decir, en estas personas los resultados implican un proceso de autoevaluación y monitoreo, en donde la autoeficacia es favorable para resolver las tensiones producidas por las situaciones sociales.

En relación a las estrategias de afrontamiento en los estudiantes con nivel bajo de fobia social se aprecia que ninguna de las estrategias evaluadas cuentan con puntajes superiores a la media típica, por ello se analizan las estrategias más representativas ubicadas a la izquierda de la media:

1. En este grupo de estudiantes existe la tendencia a "*casi nunca*" expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por las situaciones sociales, expresar las emociones y resolver el problema, o sea, estos sujetos muestran control sobre las emociones en las situaciones sociales, lo que se relaciona con una percepción de autoeficacia favorable.

2. En este mismo sentido en la estrategia evitación emocional, los estudiantes de este nivel no ocultan o inhiben las emociones generadas por la ansiedad ante situaciones sociales, es decir, las emociones en este contexto son valoradas por ellos como no amenazantes, pues no temen a la desaprobación social si la expresan.

3. En cuanto a la estrategia religión los sujetos con nivel bajo de fobia social no consideran el rezo y la oración como estrategias para tolerar o para generar soluciones ante los síntomas de ansiedad, es decir, la creencia en un Dios paternalista no influye sobre la actividad de afrontamiento.

4. Los estudiantes que pertenecen al nivel bajo de fobia social no emplean recursos profesionales, dado que presentan muy pocos síntomas relacionados con la fobia social y, por lo tanto, no se constituye en un problema a tratar.

A continuación se establece la relación entre los niveles de fobia social y los niveles de las doce estrategias de afrontamiento.

Con base en los valores de la prueba estadística Chi cuadrado las estrategias de afrontamiento que se pueden relacionar con un nivel alto de uso y un nivel alto de fobia social son: Espera, evitación emocional, reacción agresiva y evitación cognitiva. Esta relación coincide con los resultados de las estrategias más significativas en el grupo con nivel alto de fobia social, por lo tanto, se puede predecir que si una persona presenta nivel alto de fobia social empleará en un nivel alto estas cuatro estrategias.

Esta afirmación está respaldada en el estudio efectuado por Vitaliano, Katon y Russo (1987) citados por Sandín (1995), pues encontraron que la ansiedad está relacionada positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción como la evitación emocional, y evitación cognitiva, y negativamente con estrategias focalizadas en el problema.

En la revisión de antecedentes investigativos relacionados con los trastornos de ansiedad no se encuentra la estrategia reacción agresiva como parte del proceso de afrontamiento de la fobia social, siendo entonces esta estrategia un modo de afrontamiento propio de los estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño que presentan nivel alto de fobia social.

Además, el nivel alto de la estrategia reevaluación positiva tiene relación con el nivel bajo de fobia social, lo anterior se encuentra acorde al planteamiento de

Lazarus (1986) citado por Sandín (1995), quien señala que algunas estrategias de afrontamiento como solución de problemas y reevaluación positiva suelen asociarse a resultados positivos frente a las demandas contextuales. Para el caso de los estudiantes con nivel bajo de fobia social, esto se observa cuando, al usar como estrategia la reevaluación positiva, la amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación, sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente, el cual modifica la forma de vivir la situación, constituyéndose en un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema; de esta manera estos estudiantes obtienen refuerzos positivos ante su desempeño en una situación social y no perciben como amenazante a la audiencia, por lo tanto, no focalizan su atención a evaluaciones negativas y elaboran una evaluación realista de la situación.

Finalmente, es necesario considerar que, según Olivares et al. (2004), para los jóvenes es muy importante la relación con sus pares para fortalecer el desarrollo personal y social, a través del proceso de sobreidentificación masiva, donde todos se identifican con cada uno. Las amistades son la fuente principal de sustento emocional, cubren las necesidades de proximidad y confidencialidad por estar compartiendo circunstancias y vivencias similares; y por eso no tenerlas se convierte en un factor de riesgo para patologías como la fobia social.

CONCLUSIONES

En los estudiantes matriculados a primer semestre del periodo B de 2007 se evidencia tres niveles de fobia social: Alto, moderado y bajo, encontrándose predominancia del nivel moderado de fobia social.

Considerando la frecuencia de los síntomas en los tres grupos de fobia social se puede decir que entre menos frecuente sea la aparición de los mismos menos asociación existe con la fobia social.

Los resultados en la subescala de fobia social en los estudiantes con nivel alto concuerdan con las características cognitivo - conductuales y fisiológicas propias de la fobia social, siendo un indicador de problemáticas que pueden agruparse en una entidad diagnóstica como la fobia social.

El miedo a la evaluación negativa es el componente cognitivo del nivel alto de fobia social más sobresaliente, siendo en los niveles moderado y bajo la presencia de este componente escasa o nula.

Los estudiantes con nivel alto de fobia social tuvieron un puntaje por encima de la media típica en las estrategias de afrontamiento: Espera, evitación emocional, reacción agresiva y evitación cognitiva; resultados que son congruentes con las características cognitivo, conductuales y fisiológicas presentadas.

El grupo con nivel moderado de fobia social obtuvo un puntaje superior a la media típica en la estrategia de afrontamiento “espera”, y un resultado inferior a la media típica en la estrategia “expresión de la dificultad de afrontamiento”, datos que están acordes a la frecuencia moderada de síntomas de fobia social en estos estudiantes, tal como se explicó en el anterior acápite.

En cuanto a los estudiantes con nivel bajo de fobia social se encontró que los resultados en las estrategias de afrontamiento: Religión, evitación emocional, apoyo profesional y expresión de la dificultad de afrontamiento se ubican por debajo de la media típica, lo cual es compatible con su nivel de fobia social.

A partir de este análisis se concluye que existen relaciones significativas entre las variables de estudio fobia social y estrategias de afrontamiento de la siguiente manera: Las estrategias de afrontamiento que se asocian con un nivel alto de uso y un nivel alto de fobia social son: Espera, evitación emocional, reacción agresiva y evitación cognitiva; y por lo tanto, un nivel bajo de uso de estas estrategias se

asocian con un nivel bajo de fobia social, confirmando los planteamientos de los autores mencionados en el Marco teórico y Discusión.

El uso alto de la estrategia de afrontamiento “espera” en los estudiantes con nivel alto de fobia social conduce al mantenimiento de la misma y agrava la problemática al no existir estrategias activas que contrarresten los síntomas.

El empleo de las estrategias de afrontamiento espera, evitación emocional, evitación cognitiva y reacción agresiva, en el grupo con nivel alto de fobia social, puede estar relacionado a que, en un momento dado, su uso fue exitoso o condujera a la adaptación del sujeto a la situación social, aunque en nuevas situaciones sociales no sean las más adecuadas, e incluso pueden ser contraproducentes, ya que influyen en la generación de altos niveles de ansiedad.

Los estudiantes con un nivel bajo de fobia social presentan un empleo alto de la estrategia reevaluación positiva, lo que hace suponer que estos sujetos tienen un mejor desempeño en las relaciones interpersonales, lo que se constituye en un factor protector para su salud mental ya que su capacidad para interactuar con el medio les permite el desarrollo de habilidades cognitivas, afectivas y relacionales.

RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados de los niveles de fobia social presentados por los estudiantes de primer semestre, se recomienda a los estamentos de la Universidad de Nariño, como Bienestar Universitario, Programa de Psicología o el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS, efectuar un plan de intervención con base en los resultados de la presente investigación.

A los entes de la Universidad de Nariño antes mencionados se les sugiere realizar estudios longitudinales con la población objeto de este estudio, evaluando las repercusiones de la fobia social.

Teniendo en cuenta que uno de los aspectos que determina el mantenimiento del nivel alto de fobia social son las variables cognitivas es necesario que en futuras investigaciones se evalúe este aspecto con mayor profundidad.

También es importante estudiar el papel que desempeñan los compañeros en el contexto educativo en las manifestaciones de la fobia social.

Dado que en los estudiantes con nivel alto de fobia social se presentan los síntomas característicos, es conveniente estudiar en esta población el efecto de la fobia social en el manejo y mantenimiento de las relaciones interpersonales.

Considerando que el uso de las estrategias espera, evitación emocional, reacción agresiva y evitación cognitiva es significativo en los estudiantes con nivel alto de fobia social, es pertinente realizar un estudio donde se profundice en cada una de ellas, considerando otra metodología o el uso de pruebas complementarias.

La investigación permitió encontrar relación significativa entre la estrategia reacción agresiva y el nivel alto de fobia social, ante la cual se carece de información en estudios previos, por esta razón, dicha relación se considera importante para ser investigada en futuros estudios.

A los estudiantes que participaron en este estudio y a la comunidad educativa en general, se les recomienda hacer uso de los servicios profesionales que ofrece la Universidad de Nariño y los servicios del plan obligatorio de salud del Municipio de Pasto, para que mejoren su calidad de vida.

A los directores de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño se les sugiere gestionar capacitaciones que permitan a los docentes identificar

problemáticas psicológicas en los estudiantes, que puedan interferir en el desarrollo de los procesos educativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alava & Galvis, (2004). Alava, D., & Galvis, D. (2004). Ansiedad en psicólogos practicantes de la universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapeutico en la intervención clínica. Universidad de Nariño, Pasto.

Álvarez, C., López, P., Posada, S. & Londoño, N. (2004). Variables cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada en adultos. Pensamiento psicológico (3), pp. 99-127.

Álvarez, R. (1998). Salud pública y medicina preventiva. México D. F.: Manual Moderno.

Alvear, C., & Bastidas, J. (2001). Diseño, construcción y validación de una escala de evaluación de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Universidad de Nariño, Pasto.

Amézquita, M., Gonzales, R., & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de la Universidad de Caldas, año 2000 . Revista Colombiana de Psiquiatria 33, pp. 314-356.

Baños, R., Botella, C., Guillén, V. & Benedito, M. (2003d). Fobia social: comorbilidad y diagnóstico diferencial. En Botella, C., Baños, R. & Conxa, P. (Comps.), Fobia social. (pp.37-64). Barcelona, España: Paidós.

Baños, R., Quero, S., Botella, C. & Perpiña, C. (2003a). ¿Qué es la fobia social?. En Botella, C., Baños, R. & Conxa, P. (Comps.), Fobia social. (pp. 15-36). Barcelona, España: Paidós.

Barra, E. (2003). Psicología de la salud. Santiago, Chile: Mediterráneo.

Botella, C., Baños, R. & Perpiña, C. (2003c). Una propuesta para entender la fobia social. En Botella, C., Baños, R. & Perpiña, C. (Comps.), Fobia social. (pp. 87-118). Barcelona, España: Paidós.

Botella, C., Perpiña, C., Baños, R. & García, A. (2003b). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En Botella, C., Baños, R. & Conxa, P. (Comps.), Fobia social. (pp. 65-85). Barcelona, España: Paidós.

Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con

los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. Revista Acta Colombiana de Psicología 13, pp. 91-119.

Campo, G. & Gutiérrez, J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios. Revista Colombiana de Psiquiatría 30, pp. 351-358.

Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., Gonzáles, H., e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. Revista Anales de Psicología, 10 (2), pp. 145-156. [En red]. Disponible en: www.ScieloColombia.com

Cía, A. (2004). Trastorno de ansiedad social. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Contreras, F., Espinosa, J., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A. & Rodríguez, A., (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología 1 (2), pp. 115 – 252.

Cuasquén, M. & Martínez M. (2001). Efectos de un programa de entrenamiento en habilidades sociales sobre los niveles de ansiedad en niños de quinto grado de primaria de la Escuela No. 5 del Carmen del Barrio Tejar, de la ciudad de Pasto, año 2000-2001. Tesis de grado. Universidad de Nariño, Pasto.

Cuceli, C. (2002). La ansiedad, aspectos teóricos y clínicos: Perspectiva cognitivo-comportamental. Signos universitarios 38, 73-87.

Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud (2003). La salud mental pública en el municipio de San Juan de Pasto: Necesidades, recursos y propuestas. Pasto, Colombia.

Echeburúa, E. (1993). Fobia social. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.

Echeburúa, E. (1995). Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona, España: Martínez Roca.

Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona, España: Ariel Psicología.

García, L., Olivares, J. y Vera P. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. Revista Latinoamericana de Psicología 35, (2), pp. 151-160.

Goldman, H. (2001). Psiquiatría general. México D.F.: Manual Moderno

Gómez, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. & Sobral J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. International Journal of Clinical and Health Psychology 6 (3), pp. 581-597. [En red]. Disponible en: www.dialnet.com

Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D. & Schneier, F. (2000). Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento. Barcelona, España: Roca.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P (2006). Metodología de la investigación. México D. F.: Mc Graw Hill.

Huertas, J. (1997). Motivación. Querer aprender. Buenos Aires, Argentina: Aique.

Izquierdo, C. (2004). Factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de ansiedad en los estudiantes de la Universidad de Nariño, sede Pasto. Tesis de grado. Universidad de Nariño, Pasto.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S. A.

Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.

Lemme, B. (2003). Desarrollo en la edad adulta. México, D.F.: Manual Moderno.

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. [En red]. Disponible en: www.ScieloColombia.com

Ministerio de la Protección Social (2003). Estudio nacional de salud mental. [En red]. Disponible en: www.minprotección.gov.co

Ministerio de Salud Nacional [MSN] (1998). Política nacional de salud mental. Bogotá, Colombia.

Miró, J., García, G., Martínez-Abascal, M., Tortella, M., Bornas, X. & Llabrés, J. (2003). Estilo de afrontamiento y resultados del tratamiento de exposición en sujetos con fobia a volar. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud 3 (3), pp. 477-487. [En red]. Disponible en: www.dialnet.com

Moreno, P., Méndez X. & Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. Revista

Psicothema 12 (3), pp. 346-352. [En red]. Disponible en: www.dialnet.com

Olivares, J. & Méndez, F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. Madrid, España: Biblioteca nueva

Olivares, J., Piqueras A. y Alcázar, J. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. Psicothema18 (2), pp. 207-212.

Olivares, J., Rosa, A. & García-López, L. (2004). Fobia social en la adolescencia: el miedo a relacionarse y a actuar ante los demás. Madrid, España: Pirámide.

Pagano, R. (2003). Estadística aplicada a las ciencias del comportamiento. México D.F., México: Manual Moderno.

Peñate, W., Pitti, C. & Betancourt, J. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Estudio empírico. Segunda parte. Salud mental 29 (3), pp. 24-33. [En red]. Disponible en: www.universidadconplutense.com

Peñate, W., Pitti, C., Betancourt, J. & Gracia, R. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. Primera parte. Salud mental 29 (2), pp. 22-29. [En red]. Disponible en: www.universidadconplutense.com

Pereira, J. (2005). Salud mental, estresores y recursos psicosociales en jóvenes estudiantes en situación de riesgo. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Perpiña, C., Gallardo, M., Botella, C. & Villa, H. (2003e). La evaluación de la fobia social. En Botella, C., Baños, R. & Conxa, P. (Comps.), Fobia social. (pp. 119-150). Barcelona, España: Paidós.

Quiroz, S. & Rodríguez, D. (2001). Características de los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer que asisten a la Unidad de Oncología del Hospital Departamental en la ciudad de Pasto. Tesis de grado. Universidad de Nariño, Pasto.

Rodríguez, M., Esteve, R. & López A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. Revista Psicothema 12 (3), pp. 339-345. [En red]. Disponible en: www.dialnet.com

Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En B. Sandín & A. Belloch (Eds.) Manual de psicopatología Vol 2, pp. 114-164. Madrid, España: Mc Graw Hill.

Sandín, B. (1997). Ansiedad miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid, España: Dykinson, S. L.

Sandín, B. (2003). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 3 (001), pp. 141-157. [En red]. Disponible en: www.redalyc.com

Scheiner, F., Luterek, J., Heimberg, R. y Leonardo, E., (2005). Fobia social. En., Stein, D. (Comp.), Manual clínico de los trastornos de ansiedad (pp. 73-100). Barcelona, España: Ars Medica.

Sierra, J., Ortega, V. & Zuibaidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, 3 (001). (pp. 10-59). [En red]. Disponible en: www.redalyc.com

Universidad de Nariño, Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS (2004). Informe de práctica profesional. Pasto.

Universidad de Nariño, Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS (2005). Informe de práctica profesional. Pasto.

Universidad de Nariño, Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS (2006b). Informe de práctica profesional. Pasto.

Universidad de Nariño, Departamento de Psicología. (2006a). Informe de práctica profesional Hospital Universitario Departamental de Nariño. Pasto.

Woolfolk, A. (2006). Psicología educativa (6a. ed.). Naulcapán de Juárez, México: Prentice Hall.

Zubeidat, I. (2005). Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes. Tesis doctoral. Universidad de Granada, España.

Zumaya, M. (1999). Fisiología y fisiopatología. En Dupont, M. (Comp.), Manual clínico de ansiedad, (pp.15-29). México D. F.: JGH Editores.

ANEXOS

Anexo A**INVENTARIO DE ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL SPAI.**

(Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)

Instrucciones.

A continuación encontrará una lista de conductas que pueden ser importantes para usted. Indique, por favor, basándose en su experiencia personal, con cuánta frecuencia tiene estas sensaciones y pensamientos cuando se encuentra en una situación social.

Una situación social se define como un encuentro entre dos o más personas; por ejemplo, una reunión, una clase, una fiesta, un bar o restaurante, hablar con otra persona o a un grupo de gente, etc. SENTIR ANSIEDAD ES EQUIVALENTE A SENTIR NERVIOSISMO; TENSION O INCOMODIDAD.

Complete, por favor, el cuestionario marcando el número que refleja mejor con cuánta frecuencia siente ansiedad en estas situaciones.

	1	2	3	4	5	
	Nunca	Muy raramente	Raramente	A veces	Bastantes	
	veces					
	6	7				
	Muchas veces	Siempre				
1. Me pongo nervioso/ a cuando estoy en una situación social dentro de un grupo pequeño de personas	1	2	3	4	5	6 7
2. Me pongo nervioso/a cuando estoy en una situación social dentro de un grupo grande de personas	1	2	3	4	5	6 7
3. Me pongo nervioso/a cuando empiezo a ser el centro de atención en una situación social	1	2	3	4	5	6 7
4. Me pongo nervioso/a cuando estoy en una situación social y se espera de mí que participe en alguna actividad.	1	2	3	4	5	6 7
5. Me pongo nervioso/a cuando empiezo a ser el centro de atención en una situación social	1	2	3	4	5	6 7
6. Me pongo nervioso/a cuando estoy en una situación social y se espera de mí que participe en alguna actividad.	1	2	3	4	5	6 7
7. Me pongo tan nervioso/a cuando tengo que acudir a reuniones sociales	1	2	3	4	5	6 7

que evito esas situaciones

8. Me pongo tan nervioso/a cuando estoy en situaciones sociales que me retiro o alejo 1 2 3 4 5 6 7

9. Me pongo nervioso/a cuando estoy en una reunión con un grupo pequeño de:

a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7

b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7

c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7

d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7

10. Me pongo nervioso/a cuando estoy en una reunión con un grupo grande de:

a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7

b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7

c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7

d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7

11. Me pongo nervioso/a cuando estoy en un bar o restaurante con:

a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7

b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7

c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7

d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7

12. Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación nueva con:

a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7

b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7

c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7

d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7

13. Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación en la que puede producirse algún tipo de confrontación con:

a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7

b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7

c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7

d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7

14. Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación embarazosa con:

- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
15. Me pongo nervioso/a si hablo de asuntos privados con:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
16. Me pongo nervioso/a cuando expreso mi opinión a:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
17. Me pongo nervioso/a cuando hablo de asuntos de trabajo con:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
18. Me pongo nervioso/a si me acerco e inicio una conversación con:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
19. Me pongo nervioso/a si tengo que mantener una conversación de más de unos pocos minutos con:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
20. Me pongo nervioso/a si bebo {cualquier tipo de bebida} y/o como delante de:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7

- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
21. Me pongo nervioso/a cuando escribo (a mano, máquina o en un computador) delante de:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
22. Me pongo nervioso/a si hablo delante de:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
23. Me pongo nervioso/a si soy criticado/a o rechazado/a por:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
24. Intento evitar situaciones sociales en las que hay:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
25. Me alejo de las situaciones sociales en las que hay:
- a) Extraños 1 2 3 4 5 6 7
- b) Figuras de autoridad 1 2 3 4 5 6 7
- c) Personas del sexo opuesto 1 2 3 4 5 6 7
- d) Gente en general 1 2 3 4 5 6 7
26. Antes de entrar en una situación social pienso en todo lo que puede ir mal. Los tipos de pensamientos que tengo son:
- a) ¿Iré vestido/a apropiadamente? 1 2 3 4 5 6 7
- b) Probablemente cometeré un error y pareceré tonto/a 1 2 3 4 5 6 7
- c) ¿Qué haré si nadie habla conmigo? 1 2 3 4 5 6 7
- d) ¿De qué puedo hablar si hay un silencio en la conversación? 1 2 3 4 5 6 7

Estrategias de afrontamiento y ansiedad social170

- e) La gente se dará cuenta de mi nerviosismo/ansiedad 1 2 3 4 5 6 7
27. Me pongo nervioso/ a antes de entrar en una situación social 1 2 3 4 5 6 7
28. Me quedo sin voz o ésta cambia cuando hablo en una situación social 1 2 3 4 5 6 7
29. Tiendo a no hablar a la gente hasta que ellos se dirigen a mí 1 2 3 4 5 6 7
30. Tengo pensamientos desagradables cuando estoy en una situación social. Por ejemplo:
- a) Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación 1 2 3 4 5 6 7
- b) Si lo echo todo a perder otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a 1 2 3 4 5 6 7
- c) ¿Qué impresión estaré causando? 1 2 3 4 5 6 7
- d) No importa lo que diga: les parecerá estúpido 1 2 3 4 5 6 7
31. Experimento las siguientes sensaciones antes de participar en una situación social:
- a) Sudoración 1 2 3 4 5 6 7
- b) Frecuentes ganas de orinar 1 2 3 4 5 6 7
- c) Palpitaciones del corazón 1 2 3 4 5 6 7
32. Experimento las siguientes sensaciones cuando estoy en una situación social:
- a) Sudoración 1 2 3 4 5 6 7
- b) Rubor 1 2 3 4 5 6 7
- c) Temblores 1 2 3 4 5 6 7
- d) Frecuentes ganas de orinar 1 2 3 4 5 6 7
- e) Palpitaciones del corazón 1 2 3 4 5 6 7

Anexo B**ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)**

(Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, Aguirre, 2006)

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar las situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación.

Trate de recordar las diferentes situaciones que le generan ansiedad o nerviosismo, vividas durante los últimos años, y responda señalando con una X el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones que le generan ansiedad o nerviosismo.

	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado					1	2 3 4 5 6
2. Me alejo temporalmente de las situaciones sociales que me producen ansiedad o nerviosismo (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)					1	2 3 4 5 6
3. Procuero no pensar en el problema que me genera mi ansiedad o nerviosismo ante situaciones sociales					1	2 3 4 5 6
4. Descargo mi mal humor con los demás					1	2 3 4 5 6
5. Intento ver los aspectos positivos de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo					1	2 3 4 5 6
6. Les cuento a familiares o amigos cómo me siento					1	2 3 4 5 6
7. Procuero conocer mejor los aspectos relacionados con la ansiedad o nerviosismo con la ayuda de un profesional					1	2 3 4 5 6
8. Asisto a la iglesia o templo para tolerar o generar soluciones a mi ansiedad o nerviosismo					1	2 3 4 5 6
9. Espero que la solución a mi ansiedad o nerviosismo llegue sola					1	2 3 4 5 6
10. Trato de reducir mi ansiedad o nerviosismo siguiendo unos pasos concretos bien pensados					1	2 3 4 5 6
11. Procuero guardar para mí los sentimientos					1	2 3 4 5 6

12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13. Intento sacar algo positivo de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro con respecto a mi ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
17. Espero el momento oportuno para resolver la situación social que me genera ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema de mi ansiedad o nerviosismo se solucionará	1	2	3	4	5	6
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con mi ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27. No hago nada porque el tiempo solucionará mi problema de ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
28. Hago frente a las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme de mi ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
32. Evito pensar en los problemas que me genera mi ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6

34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6
36. Rezo para manejar o solucionar mi ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
37. Mientras no tenga claridad frente a la situación social, no puedo dar la mejor solución a los problemas que ésta me genera	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme a la situación social que me genera ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43. Niego que siento ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46. A pesar de la magnitud de la situación que me genera ansiedad o nerviosismo tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar para que Dios me ayude a manejar o solucionar mi ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51. Evalúo lo positivo y lo negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
58. Intento conseguir más información sobre mi ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5	6

acudiendo a profesionales

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Dejo todo en manos de Dios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 62. Trato de evitar mis emociones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 63. Dejo a un lado los problemas generados por mi ansiedad o nerviosismo y pienso en otras cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 64. Trato de identificar las ventajas de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 65. Considero que mis problemas para controlar mi ansiedad o nerviosismo los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 68. Frente a un problema relacionado con mi ansiedad o nerviosismo, espero conocer bien la situación antes de actuar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 69. Dejo que pase el tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Anexo CResultados validación interjueces Inventario SPAI

Ítem	C		Índice de acuerdo	P		Índice de acuerdo	R		Índice de acuerdo
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
1. Me pongo nervioso/ a cuando estoy en una situación social dentro de un grupo pequeño de personas	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
2. Me pongo nervioso/a cuando estoy en una situación social dentro de un grupo grande de personas	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
3. Me pongo nervioso/a cuando empiezo a ser el centro de atención en una situación social	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
4. Me pongo nervioso/a cuando estoy en una situación social y se espera de mí que participe en alguna actividad	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
5. Me pongo nervioso/a cuando hablo en público	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
6. Me pongo nervioso/a cuando hablo en una reunión pequeña de carácter informal	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
7. Me pongo tan nervioso/ a cuando tengo que acudir a reuniones sociales que evito esas situaciones	0	4	100%	0	4	100%	2	2	50%
8. Me pongo tan nervioso/ a cuando estoy en situaciones	0	4	100%	0	4	100%	2	2	50%

Ítem	C			P			R		
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
opuesto. d) Gente en general.									
13. Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación en la que puede producirse algún tipo de confrontación con: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
14. Me pongo nervioso/a y no sé qué hacer cuando me encuentro en una situación embarazosa con: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	1	3	75%
15. Me pongo nervioso/a si hablo de asuntos privados con: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%

Ítem	C			P			R		
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
general.									
16. Me pongo nervioso/a cuando expreso mi opinión a: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
17. Me pongo nervioso/a cuando hablo de asuntos de trabajo con: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
18. Me pongo nervioso/a si me acerco e inicio una conversación con: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
19. Me pongo nervioso/a si tengo que mantener una conversación de más de unos pocos minutos con: a) Extraños. b) Figuras de autoridad.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%

Ítem	C			P			R		
	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %
c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.									
20. Me pongo nervioso/a si bebo {cualquier tipo de bebida} y/o como delante de: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
21. Me pongo nervioso/a cuando escribo (a mano, máquina o en un computador) delante de: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
22. Me pongo nervioso/a si hablo delante de: a) Extraños. b) Figuras de autoridad. c) Personas del sexo opuesto. d) Gente en general.	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
23. Me pongo nervioso/a si soy criticado/a o rechazado/a por:	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%

Ítem	C		Índice de acuerdo	P		Índice de acuerdo	R		Índice de acuerdo
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
conmigo?									
d) ¿De qué puedo hablar si hay un silencio en la conversación?									
e) La gente se dará cuenta de mi nerviosismo/ansiedad.									
27. Me pongo nervioso/ a antes de entrar en una situación social	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
28. Me quedo sin voz o ésta cambia cuando hablo en una situación social	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
29. Tiendo a no hablar a la gente hasta que ellos se dirigen a mí	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%
30. Tengo pensamientos desagradables cuando estoy en una situación social. Por ejemplo: a) Ojala pudiera marcharme y evitar toda esta situación. b) Si lo echo todo a perder otra vez perderé toda la confianza que tengo en mí mismo/a. c) ¿Qué impresión estaré causando? d) No importa lo que diga: sonará estúpido.	0	4	100%	0	4	100%	1	3	75%
31. Experimento las	0	4	100%	0	4	100%	0	4	100%

$$\frac{\sum \text{Índice de acuerdo coherencia}}{\text{Total de ítems evaluados}} = \frac{3200}{32} = 100\%$$

$$\frac{\sum \text{Índice de acuerdo pertinencia}}{\text{Total de ítems evaluados}} = \frac{3200}{32} = 100\%$$

$$\frac{\sum \text{Índice de acuerdo redacción}}{\text{Total de ítems evaluados}} = \frac{2925}{3} = 91\%$$

Anexo D

Tabla D1

Resultados validación interjueces ítems adaptados Escala de Afrontamiento

Ítem original	Ítem adaptado	Cambió el sentido?		Índice de acuerdo "no cambio"
		Si	No	
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	10. Trato de reducir mi ansiedad o nerviosismo siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	3	75%
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	17. Espero el momento oportuno para resolver la situación social que me genera ansiedad o nerviosismo.	1	3	75%
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	28. Hago frente a las situaciones sociales que me generan nerviosismo poniendo en marcha varias soluciones	1	3	75%
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación social, no puedo darle la mejor solución a los problemas que esta me genera	0	4	100%
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme a la situación social que me genera ansiedad.	0	4	100%
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	68. Frente a un problema relacionado con mi ansiedad, espero conocer bien la situación antes de actuar	0	4	100%
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar	14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor las situaciones que	0	4	100%

Ítem original	Ítem adaptado	Cambió el sentido?		Índice de acuerdo "no cambio"
		Si	No	
mejor el problema	me generan ansiedad o nerviosismo.			
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca de las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo.	0	4	100%
24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución a las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo.	0	4	100%
9. Espero que la solución llegue sola	9. Espero que la solución a mi ansiedad o nerviosismo llegue sola	0	4	100%
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	18. Pienso que con el paso del tiempo el problema de mi ansiedad o nerviosismo se soluciona	0	4	100%
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con mi ansiedad o nerviosismo.	0	4	100%
43. Niego que tengo problemas	43. Niego que siento ansiedad o nerviosismo.	0	4	100%
7. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	7. Procuero conocer mejor los aspectos relacionados con la ansiedad o nerviosismo con la ayuda de un profesional.	0	4	100%
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	58. Intento conseguir más información sobre mi ansiedad o nerviosismo acudiendo a profesionales	0	4	100%

Ítem original	Ítem adaptado	Cambió el sentido?		Índice de acuerdo "no cambio"
		Si	No	
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme de mi ansiedad o nerviosismo.	0	4	100%
32. Evito pensar en el problema	32. Evito pensar en los problemas que me genera mi ansiedad o nerviosismo	1	3	75%
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en mi ansiedad o nerviosismo	0	4	100%
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	63. Dejo a un lado los problemas generados por mi ansiedad o nerviosismo y pienso en otras cosas	1	3	75%
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	5. Intento ver los aspectos positivos de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo.	0	4	100%
13. Intento sacar algo positivo del problema	13. Intento sacar algo positivo de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo.	0	4	100%
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	46. A pesar de la magnitud de la situación que me genera ansiedad o nerviosismo tiendo a sacar algo positivo.	1	3	75%
64. Trato de identificar las ventajas del problema	64. Trato de identificar las ventajas de las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo	1	3	75%
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando	2. Me alejo temporalmente de las situaciones sociales que me	1	3	75%

Ítem original	Ítem adaptado	Cambió el sentido?		Índice de acuerdo "no cambio"
		Si	No	
unas vacaciones, descansando, etc.)	producen ansiedad o nerviosismo (tomando unas vacaciones, descansando, etc.).			
3. Procuero no pensar en el problema	3. Procuero no pensar en el problema que me genera mi ansiedad o nerviosismo ante situaciones sociales.	1	3	75%
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	65. Considero que mis problemas para controlar mi ansiedad o nerviosismo los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	0	4	100%

$$\frac{\sum \text{Índice de acuerdo "no cambio"}}{\text{Total de ítems evaluados}} = \frac{2375}{26} = 91\%$$

Resultados validación interjueces Escala de afrontamiento

Tabla D2

Factor 1. Solución de problemas

Ítem	C.		Índice de acuerdo	P.		Índice de acuerdo	R.		Índice de acuerdo
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
10. Trato de reducir mi ansiedad o nerviosismo siguiendo unos pasos concretos bien pensados	4	0	100	4	0	100	4	0	100
17. Espero el momento oportuno para resolver la situación social que me genera ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	3	1	75	3	1	75	3	1	75
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	4	0	100	4	0	100	4	0	100
28. Hago frente a las situaciones sociales que me generan nerviosismo poniendo en marcha varias soluciones	4	0	100	4	0	100	3	1	75
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación social, no puedo darle la mejor solución a los problemas que esta me genera	4	0	100	4	0	100	2	2	50
39. Pienso detenidamente los	4	0	100	4	0	100	4	0	100

pasos a seguir para
enfrentarme a la situación
social que me genera
ansiedad.

51. Analizo lo positivo y
negativo de las diferentes
alternativas

4 0 100 4 0 100 2 2 50

68. Frente a un problema
relacionado con mi ansiedad,
espero conocer bien la
situación antes de actuar

4 0 100 4 0 100 4 0 100

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia
y redacción respectivamente.

Tabla D3

Factor 2. Apoyo social.

Ítem	C.			P.			R.		
	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	4	0	100	4	0	100	4	0	100
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca de las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución a las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	4	0	100	4	0	100	4	0	100
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	4	0	100	4	0	100	3	1	75
57. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	4	0	100	4	0	100	3	1	75

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D4

Factor 3. Espera.

Ítem	C.			P.			R.		
	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %
9. Espero que la solución a mi ansiedad o nerviosismo llegue sola	4	0	100	4	0	100	4	0	100
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema de mi ansiedad o nerviosismo se soluciona	4	0	100	4	0	100	4	0	100
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	3	1	75	3	1	75	2	2	50
29. Dejo que las cosas sigan su curso	3	1	75	3	1	75	4	0	100
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	4	0	100	4	0	100	4	0	100
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	4	0	100	4	0	100	4	0	100
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	4	0	100	4	0	100	4	0	100
60. Espero que las cosas se vayan dando	3	1	75	3	1	75	2	2	50
69. Dejo que pase el tiempo	4	0	100	4	0	100	2	2	50

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D5

Factor 4. Religión.

Ítem	C.			P.			R.		
	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %
8. Asisto a la iglesia	3	1	75	3	1	75	3	1	75
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	4	0	100	4	0	100	4	0	100
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	4	0	100	4	0	100	4	0	100
36. Rezo	3	1	75	3	1	75	2	2	50
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	3	1	75	3	1	75	3	1	75
59. Dejo todo en manos de Dios	4	0	100	4	0	100	4	0	100
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	4	0	100	4	0	100	4	0	100

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D6

Factor 5. Evitación emocional.

Ítem	C.			P.			R.		
	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %
11. Procuero guardar para mí los sentimientos	4	0	100	4	0	100	4	0	100
20. Procuero que los otros no se den cuenta de lo que siento	4	0	100	4	0	100	4	0	100
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con mi ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
30. Trato de ocultar mi malestar	3	1	75	3	1	75	3	1	75
41. Inhibo mis propias emociones	4	0	100	4	0	100	3	1	75
43. Niego que siento ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	4	0	100	4	0	100	4	0	100
62. Trato de evitar mis emociones	4	0	100	4	0	100	4	0	100

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D7

Factor 6. Apoyo profesional.

Ítem	C.		Índice de acuerdo	P.		Índice de acuerdo	R.		Índice de acuerdo
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
7. Procuero conocer mejor los aspectos relacionados con la ansiedad o nerviosismo con la ayuda de un profesional.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	4	0	100	4	0	100	4	0	100
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	4	0	100	4	0	100	4	0	100
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	4	0	100	4	0	100	4	0	100
58. Intento conseguir más información sobre mi ansiedad o nerviosismo acudiendo a profesionales	4	0	100	4	0	100	4	0	100

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D8

Factor 7. Reacción agresiva

Ítem	C.		Índice de	P.		Índice de	R.		Índice de
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
4. Descargo mi mal humor con los demás	4	0	100	4	0	100	4	0	100
12. Me comporto de forma hostil con los demás	4	0	100	4	0	100	4	0	100
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	4	0	100	4	0	100	4	0	100
33. Me dejo llevar por mi mal humor	4	0	100	4	0	100	4	0	100
44. Me salgo de casillas	4	0	100	4	0	100	3	1	75

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D9

Factor 8. Evitación cognitiva

Ítem	C.		Índice de acuerdo	P.		Índice de acuerdo	R.		Índice de acuerdo
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme de mi ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	3	1	75
32. Evito pensar en los problemas que me genera mi ansiedad o nerviosismo	4	0	100	4	0	100	4	0	100
42. Busco actividades que me distraigan	4	0	100	4	0	100	4	0	100
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en mi ansiedad o nerviosismo	4	0	100	4	0	100	4	0	100
63. Dejo a un lado los problemas generados por mi ansiedad o nerviosismo y pienso en otras cosas	4	0	100	4	0	100	4	0	100

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D10

Factor 9. Reevaluación positiva.

Ítem	C.		Índice de	P.		Índice de	R.		Índice de
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
5. Intento ver los aspectos positivos de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
13. Intento sacar algo positivo de las situaciones sociales que me generan ansiedad o nerviosismo.	4	0	100	4	0	100	4	0	100
46. A pesar de la magnitud de la situación que me genera ansiedad o nerviosismo tiendo a sacar algo positivo	4	0	100	4	0	100	4	0	100
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	4	0	100	4	0	100	4	0	100
64. Trato de identificar las ventajas de las situaciones que me generan ansiedad o nerviosismo	4	0	100	4	0	100	4	0	100

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D11

Factor 10 expresión de la dificultad de afrontamiento.

Ítem	C.			P.			R.		
	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %	Si	No	Índice de acuerdo %
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	4	0	100	4	0	100	4	0	100
52. Me es difícil relajarme	4	0	100	4	0	100	3	1	75
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	4	0	100	3	1	75	4	0	100
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	4	0	100	4	0	100	3	1	75

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente. Tabla D12

Factor 11. Negación

Ítem	C.		Índice de acuerdo	P.		Índice de acuerdo	R.		Índice de acuerdo
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	4	0	100	4	0	100	4	0	100
2. Me alejo temporalmente de las situaciones sociales que me producen ansiedad o nerviosismo (tomando unas vacaciones, descansando, etc.).	4	0	100	4	0	100	4	0	100
3. Procuero no pensar en el problema que me genera mi ansiedad o nerviosismo ante situaciones sociales.	4	0	100	4	0	100	3	1	75

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

Tabla D13

Factor 12. Autonomía.

Ítem	C.		Índice de acuerdo	P.		Índice de acuerdo	R.		Índice de acuerdo
	Si	No	%	Si	No	%	Si	No	%
65. Considero que mis problemas para controlar mi ansiedad o nerviosismo los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	3	1	75	4	0	100	4	0	100
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	4	0	100	4	0	100	4	0	100

Nota: Las iniciales C, P, R que aparecen en la tabla significan coherencia, pertinencia y redacción respectivamente.

$$\frac{\sum \text{Índice de acuerdo coherencia}}{\text{Total de ítems evaluados}} = \frac{6675}{69} = 97\%$$

$$\frac{\sum \text{Índice de acuerdo pertinencia}}{\text{Total de ítems evaluados}} = \frac{6675}{69} = 97\%$$

$$\frac{\sum \text{Índice de acuerdo redacción}}{\text{Total de ítems evaluados}} = \frac{6425}{69} = 93\%$$

Anexo EMedia, desviación típica y percentiles de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada

Estrategias	SP	BAS	ESP	REL	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	NEG	AUT
Media	33,5	23,2	22,5	20,7	25,0	11,0	12,7	15,9	18,4	14,8	8,8	6,8
Desv. típ.	8,4	8,2	7,5	9,0	7,6	5,6	5,1	4,9	5,4	4,8	3,3	2,8
Percentiles												
1	14	7	9	7	9	5	5	5	6	5	3	2
2	17	7	9	7	11	5	5	6	7	6	3	2
3	18	8	10	7	11	5	5	7	8	6	3	2
4	19	9	10	7	13	5	5	8	9	6	3	2
5	20	9	11	7	14	5	5	8	10	7	4	2
10	23	13	13	8	16	5	6	10	11	8	4	3
15	25	14	15	10	17	5	7	11	13	9	5	4
20	26	16	16	12	19	5	8	12	14	10	6	4
25	28	18	17	14	19	6	9	13	15	11	6	5
30	29	19	18	15	20	6	10	13	15	12	7	5
35	30	20	19	16	22	7	10	14	16	13	7	6
40	31	21	20	18	22	8	11	15	17	14	8	6
45	32	22	21	19	23	9	11	15	18	14	8	6
50	33	22	22	21	24	10	12	15	18	15	8	7
55	34	24	23	22	25	10	13	16	19	16	9	7
60	35	25	24	22	26	11	14	17	20	16	9	8
65	37	26	25	24	27	12	14	17	21	17	10	8

70	38	27	26	25	29	13	15	18	22	18	10	8
75	39	29	27	27	30	15	16	19	22	19	11	9
80	41	31	28	29	31	15	17	20	23	19	11	9
85	43	33	30	31	33	17	18	21	24	20	12	10
90	45	35	32	34	35	19	19	23	25	21	13	10
95	48	37	35	37	39	22	22	25	27,3	22	15	12
96	49	38	37	38	40	23	23	25	28	22	15	12
97	49	40	38	39	41	25	24	26	29	23	15	12
98	51	41	39	40	41	25	26	28	29	23	16	12
99	52	42	42	41	44	26	27	30	29	24	17	12

Nota: Las iniciales que aparecen en la tabla significan: SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC: Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva; EDA: Expresión de la Dificultad de Afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía.