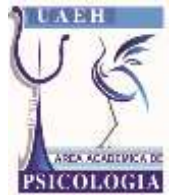




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Expresión emocional y ansiedad social:

Diferencias entre hombres y mujeres universitarios

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: Bernal Avila Samantha

DIRECTOR: Dra. Flor de María Erari Gil Bernal

2017

Contenido

Índice de tablas.	3
Resumen.....	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo I: Socialización y emociones.....	10
1.1 Proceso de Socialización: agentes sociales y género.	10
1.2 Habilidades y competencia social	13
1.3 Socialización y emociones	14
1.4 Funcionalidad de las emociones	17
1.5 Clasificación de las emociones	18
Capítulo II: Expresión emocional.....	21
2.1 Proceso de expresión emocional	21
2.2 Expresión emocional diferenciada: hombres y mujeres	22
Capítulo III: Ansiedad y Ansiedad social.....	25
3.1 Ansiedad normal vs ansiedad patológica.....	25
3.2 Consecuencias negativas asociadas a la ansiedad: incompetencia social	26
3.3 Definición y características clínicas	28
3.4 Un modelo de génesis de la ansiedad social	31
3.5 Consecuencias asociadas a la ansiedad social	38
3.6 Situaciones temidas en la ansiedad social	39
3.7 Prevalencia de ansiedad social.....	40
3.8 Trastorno de ansiedad social en hombres y mujeres.....	41
3.9 Evaluación de la ansiedad social	43
Capítulo IV: Ansiedad social y expresión emocional.....	47
4.1 Expresión emocional y ansiedad social	47
Justificación	48
Capítulo V: Método	50
5.1 Pregunta de investigación	50

5.2	Objetivos Generales	50
5.3	Objetivos Específicos:	50
5.4	Hipótesis: conceptuales y estadísticas	51
	Definición de las variables.....	52
5.6	Participantes.....	55
5.7	Tipo de estudio y diseño	56
5.8	Instrumentos	56
5.9	Procedimiento	58
	RESULTADOS	59
	Discusión y conclusiones.....	70
	Limitaciones y sugerencias.....	80
	REFERENCIAS.....	81

Índice de tablas.

Tabla 1. Definición de las variables de ansiedad social y expresión emocional

Tabla 2. Distribución de porcentajes de la muestra por carreras y por sexo

Tabla 3. Diferencias entre hombres y mujeres por factores y total de la escala de ansiedad social (CASO-A30)

Tabla 4. Diferencias entre hombres y mujeres para la escala de ansiedad social Liebowitz (LSAS)

Tabla 5. Diferencias entre hombres y mujeres en la expresión emocional

Tabla 6. Diferencias entre estudiantes con alto y bajo nivel de ansiedad social con respecto a su expresión emocional

Tabla 7. Correlación r de Pearson entre los instrumentos para evaluar ansiedad social y expresión emocional.

Resumen

El presente estudio muestra la relación y diferencias entre la ansiedad social y la expresión emocional de hombres y mujeres de una muestra compuesta por 649 universitarios del primer semestre de las licenciaturas en Medicina, Psicología, Enfermería, Nutrición, Farmacia, Gerontología y Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud, pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Para la evaluación de las variables antes mencionadas, se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Social (CASO-A30), la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y el Cuestionario Exploratorio de Expresión Emocional en Universitarios (CEEE-U). Para conocer las diferencias por género respecto a sus niveles de ansiedad y expresión emocional se llevaron a cabo pruebas *t* de Student, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad social, pero no en la expresión emocional. Se analizan en conjunto tomando en cuenta el proceso de socialización diferenciada en hombres y mujeres. Para determinar las relaciones entre la expresión emocional y la ansiedad social de los participantes se utilizó en análisis estadístico Producto Momento de Pearson. Se discuten los hallazgos a la luz de la literatura, presentando las principales contribuciones desde la perspectiva social del trastorno de ansiedad social.

Palabras Clave: Ansiedad Social, Expresión emocional, Género, Socialización, Universitarios.

Abstract

The following study shows the relationship and differences between social anxiety and emotional expression in men and women from a sample composed of 649 first semester university students from careers in Medicine, Psychology, Nursing, Nutrition, Pharmacy, Gerontology, and Odontology in the Institute for Health Sciences (Instituto de Ciencias de la Salud in Spanish), belonging to the Autonomous University of the State of Hidalgo (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo in Spanish). The Social Anxiety Questionnaire (CASO-A30), Lebowitz' Social Anxiety Scale (LSAS), the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ), the Positive and Negative Affect Scale (PANAS), and the Emotional Expression in University Students Exploratory Questionnaire (CEEE-U) were all used for the evaluation of the previously mentioned variables. Student's T-test were used to identify differences by gender according to anxiety levels and emotional expression, thus obtaining statistically significant differences in social anxiety levels, but not in emotional expression. They were analyzed together taking into account the differed socialization process in men and women. A Pearson product-moment correlation coefficient analysis was used to determine the relationship between emotional expression and social anxiety in participants. The findings are discussed in light of the literature, presenting the main contributions from the social perspective of the social anxiety disorder.

Key Words: Social Anxiety, Emotional expression, Gender, Socialization, University students.

Introducción

La prevalencia del trastorno de ansiedad social en México es del 14.3% en población general de adultos jóvenes. Es considerado el trastorno más alto después de la fobia específica, lo que brinda una oportunidad para realizar investigaciones que impacten no solo en cuanto a las intervenciones en población clínica, sino que generen explicaciones de este fenómeno a nivel social en población general.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) se define al trastorno de ansiedad social como el miedo o malestar intenso ante situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a una posible evaluación por parte del otro. Las consecuencias negativas asociadas a la ansiedad social, incluyen una disminución en el uso de habilidades sociales que derivan en sujetos socialmente incompetentes, dificultades en el desarrollo integral del sujeto, así como la comorbilidad con el consumo de alcohol y/u otras sustancias tóxicas, estados depresivos, abuso psicológico, laboral, aislamiento, problemas en las relaciones sociales, por mencionar algunas.

El género ha jugado un papel preponderante en las diversas investigaciones en salud mental, pero específicamente en lo que respecta a la ansiedad social, ser hombre o mujer puede o no ser determinante para el desarrollo del trastorno e incluso para decidir solicitar o no tratamiento. Hay investigaciones que avalan que las mujeres tienen mayor incidencia en el trastorno de ansiedad social comparada con los hombres, sin embargo estas diferencias no

se han logrado explicar del todo en población general o considerando factores sociales asociados a ésta.

Una de las características principales de la ansiedad social es que en quien la padece presenta una tendencia a la búsqueda de amenazas provenientes del exterior. Los ansiosos sociales tienen una mayor rapidez para la detección de señales emocionales consideradas como negativas, lo que no quiere decir que no detecten emociones positivas, sino que lo hacen con menor frecuencia debido a la constante retroalimentación social negativa.

Las emociones están definidas como constructos sociales complejos, donde la socialización diferenciada entre hombres y mujeres permite la explicación de la respuesta emocional, la intensidad con la que las experimenta y expresa. Las emociones tienen distintas funciones: intrapersonales e interpersonales, una de las características interpersonales es aquella que Keltner y Kring (1998) denominaron socio-funcionales, en la que las emociones son una respuesta que le permite al individuo adaptarse a los problemas sociales, brindándole oportunidades de ésta misma índole. LeDoux (1990) se refirió a la ansiedad como una emoción que naturalmente está diseñada para aparecer en caso de que se perciba una amenaza, dando lugar a la supervivencia, sin embargo en situaciones patológicas la expresión emocional de la ansiedad social podría hacer que los sujetos se comporten desadaptativamente en el contexto en el que se encuentran. La expresión emocional incluye una previa evaluación de la situación, la cual permite la respuesta adecuada para dicha situación. En el caso de los ansiosos sociales esta evaluación está sesgada de forma negativa, sin embargo la

expresión emocional de la ansiedad social ha sido poco estudiada. Por lo que el presente estudio pretende no solo conocer las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la ansiedad social y la expresión emocional, sino identificar si existe una relación entre estas variables en una muestra de universitarios del estado de Hidalgo.

Capítulo I: Socialización y emociones

1.1 Proceso de Socialización: agentes sociales y género.

La importancia de las relaciones sociales del hombre con sus semejantes radica en que son estas relaciones el motivo de sus más profundas satisfacciones y por lo tanto de sus más profundas desdichas (Ovejero, 1990). El hombre aprende a ser un sujeto social a través de un proceso denominado socialización.

Los elementos y dinámicas nacientes en cada una de las interacciones del sujeto deben integrarse de tal forma que le permitan aumentar sus posibilidades de sobrevivir, tanto en el aspecto de lo biológico como en el de lo social.

La socialización es un proceso continuo que está constituido por pautas de aprendizaje no formal mediante un complejo conjunto de interacciones que se dan a temprana edad y que le brindan a los niños la oportunidad de incorporar actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos así como otros patrones culturales que influirán el resto de su vida y su estilo de adaptación al ambiente. La mayoría de las veces este proceso se lleva a cabo en la infancia, sin embargo, la socialización es un proceso que se extiende a lo largo de la vida. De acuerdo con la literatura, se señalan diversos agentes socializadores que son particularmente significativos tales como la familia, la escuela, los grupos de pares, etc. (Coloma, 1993).

La familia es el primer agente socializador por excelencia, establece el eje transversal en el que giran los primeros años de vida del niño, quien es capaz de integrar y asimilar los diferentes conceptos, por lo que la dinámica familiar condiciona en positivo o negativo el comportamiento y actitudes del menor (Rodríguez-Díaz, Ovejero, Brings & Mora, 2016). En muchos aspectos la familia es un reflejo de la sociedad de la que forma parte, esto significa que las reglas internas pueden ser aplicadas en otros grupos sociales. La familia también se caracteriza por la considerable intensidad emocional con la que se manejan gran parte de sus asuntos (Rudolph, 2000).

El proceso de socialización en una familia posee un carácter cualitativo y se lleva a cabo de forma multidireccional aunque la influencia más significativa es la de los padres sobre los hijos, éstos últimos pueden actuar como agentes activos en el proceso. No solo los padres son agentes socializadores cuando se proponen objetivos concretos y explícitos sino también cuando interactúan con sus hijos (Díaz, 1998).

Es en la socialización familiar en la que inicia la representación diferenciada de los sexos, de tal manera que hay un trato diferencial para cada uno de forma continua y permanente. Los roles que juegan los hombres y las mujeres están vinculados directamente con un comportamiento variado, en especial en lo que se refiere al campo de la afiliación y la asertividad (Rocha & Díaz-Loving, 2012).

Es importante subrayar que bajo el modelo de socialización antes mencionado los niños suelen poner de manifiesto conductas asociadas con el

ámbito instrumental, tanto en aspectos positivos como la orientación al logro y la capacidad asertiva, así como en aspectos menos deseables como la agresión y la violencia, sin embargo, esto no siempre puede ocurrir. A diferencia de las niñas que presentan más conductas afiliativas vinculadas directamente con la expresión de afectos (Sánchez, 2011).

En la actualidad la escuela tiene un papel importante en el proceso de socialización. Está encargada de satisfacer necesidades sociales específicas a través de la interacción con sus pares. Es aquí en donde el niño aprende a controlar sus impulsos, imita conductas, respeta al que posee los mismos derechos y obligaciones que él y controla sus emociones, todo esto bajo un sistema de reglas objetivas (Navarro, Pérez-Cosín & Perpiñán, 2015). Sin embargo, los entornos escolares negativos generan en los niños angustia, frustración y dificultades en el aprendizaje y la socialización. En efecto, éstos son la representación de una sociabilidad inadaptada que incrementa la probabilidad de conductas de riesgo (Caride, Lorenzo & Rodríguez, 2012).

Por otro lado, el grupo de pares como agente socializador se establece principalmente durante la adolescencia y la madurez, mediante la interacción con amigos de la escuela, del lugar de residencia o bien de los procedentes de actividades generalmente extracurriculares o de ocio. Dentro de estos grupos el adolescente integra de algún modo su independencia personal. La inclinación hacia otros adolescentes fuera de su entorno de control y supervisión le da la oportunidad de establecer sus propias relaciones sociales y con ello formar una

imagen de sí mismo diferente a la que recibe de sus primeros agentes socializadores (Rodríguez, Ovejero, Bringas & Moral, 2016).

1.2 Habilidades y competencia social

Las tácticas para enfrentar el ambiente y los altibajos que lo acompañan, se aprenden de la constante interacción con aquello que es significativo para el sujeto. Las situaciones a las que se exponen éstos durante la infancia modelan la forma en la que enfrentarán su vida en un futuro. Estas estrategias pudieran ser efectivas o inadecuadas y permitirle o no afrontar los diferentes contextos en los que se desenvuelva.

Como parte de las herramientas aprendidas durante la interacción social significativa, se desarrollan las habilidades sociales, que son el medio por el cual el niño tiene la oportunidad de dar y recibir recompensas sociales positivas y con ello aumentar su implicación social dando lugar a la generación de interacciones adaptativas. Las habilidades sociales varían en función del estado de desarrollo del individuo. Son el conjunto de los desempeños presentados por este frente a las solicitudes de una situación interpersonal (Argyle, 1969)

Dichas habilidades poseen características peculiares, son de carácter activo, es decir, generan cambios sobre la realidad y las personas, también son funcionales ya que tienen un objetivo y se adaptan al contexto. Son esenciales en los procesos de adaptación social y funcionamiento individual. La

conceptualización de las habilidades sociales incluye aspectos que describen el comportamiento verbal y no verbal, así como las conductas que exhibe el individuo en los diferentes ámbitos (Del Prette & Del Prette, 2002).

La estimación cognitiva de las habilidades, capacidades y comportamientos que permiten obtener resultados positivos durante las interacciones que dan lugar al desarrollo social, conforma la competencia social. Ser socialmente competente implica no solo que una persona interactúe socialmente y ejecute las habilidades consideradas como prosociales, sino que éstas sean eficaces y promuevan una respuesta de aceptación en los demás (Hernández-Guzmán, 1999) por lo tanto, los términos: habilidades sociales y competencia social no pueden ser empleados con el mismo significado.

1.3 Socialización y emociones

Para algunos científicos, las emociones son reacciones físicas que evolucionaron como parte de la lucha por la supervivencia. Para otros, son estados mentales que surgen cuando el cerebro revela reacciones físicas. Hay teorías que avalan que las emociones son pensamientos sobre la situación en la que se encuentra el sujeto. Desde una perspectiva social, las emociones ocurren entre individuos, más que en cada individuo (LeDoux, 1999). Y desde una perspectiva biológica, las emociones tienen una base procedente de un conjunto de estructuras cerebrales que desencadenan una serie de cambios

psicofisiológicos que son el efecto de la constante interacción entre el sujeto y su medio ambiente (Goleman, 1996, Gross 1998; Reeve, 1994.)

Las emociones están conformadas por cuatro procesos: 1) fisiológico (temperamento, biológicamente determinado), 2) cognoscitivo (memoria, aprendizaje y concepción), 3) procesos funcionales (la función de cada emoción), 4) expresivo (conductas), este último hace referencia a las conductas que siguen las reglas y sirven para modular la forma en la que se expresan los sentimientos, dando lugar a un ciclo de “situación-evaluación-respuesta” (Gross & John, 1997; Mauss, Bunge & Gross, 2007). Estas sólo se presentan en aquellas circunstancias en las que el individuo juzga que tendrá implicaciones sobre su bienestar o malestar. Orientan la atención del sujeto a la toma de decisiones y estimulan el aprendizaje promoviendo los distintos repertorios conductuales. Sin embargo, también se entienden como fenómenos de orden social, conglomerados de experiencias que le permiten al individuo comunicar a los demás la forma en la que se sienten a través de sus componentes expresivos (Parkinson, 1996).

Frijda & Zammununer (1992) explican las emociones en términos de la relación entre la vivencia subjetiva de los individuos y su expresión en los diferentes contextos. En este sentido las emociones dependen de un saber sentir, es decir, un plano subjetivo y de poder dominar lo sentido (llamado plano cultural). Esto crea un binomio mente-cerebro en donde la mente hace referencia a la cultura y el segundo a la fisiología del sujeto. Para algunos autores como Sokol y Strout (2006) las emociones solo pueden ser definidas a partir de los contextos en

los que emergen, por lo que su clasificación variaría según la cultura en la que se desarrollen.

Todo inicia con la percepción de un hecho o situación, esta percepción implica un pensamiento que conduce a la evaluación del evento con base a experiencias previas y a partir de estas evaluaciones es que se produce la emoción. La emoción que se experimenta ante cierta situación depende directamente de la información que se tenga así como de las características individuales (Lazarus, 1991). Las emociones están condicionadas al significado que le asigne cada persona, es decir, de lo que es importante para el sujeto y de sus creencias. Este significado de los eventos es el que hace que las personas interpreten de forma diferente un mismo hecho y por consiguiente se produzcan emociones diferentes.

La evaluación cognoscitiva según Lazarus (1984) es el proceso donde se categorizan los eventos en función de su significado o importancia para el bienestar o malestar del individuo. Se dice que esta evaluación está conformada por tres aspectos principales; la evaluación primaria, la secundaria y la reevaluación. En la evaluación primaria se distinguen tres clases de situaciones: irrelevantes, positivas y peligrosas o dañinas. En la evaluación secundaria se analizan las principales opciones de estrategias encaminadas a responder la pregunta ¿qué hacer?; mientras que en la reevaluación, la principal característica es la producción de un cambio en la ubicación del evento inicial pero considerando la nueva información obtenida. En general los procesos encargados de la evaluación proporcionan el medio por el que las variables individuales así como

las situaciones codifican la respuesta psicológica y en consecuencia las emociones y su aspecto biológico.

1.4 Funcionalidad de las emociones

La socialización de las emociones tiene un lugar particular en la construcción, experimentación, valoración y proyección de la propia existencia del sujeto. Dentro de este proceso de socialización emocional, tienen lugar a su vez el funcionamiento cerebral, el medio y en especial las experiencias durante la edad temprana, que son las que brindan la continuidad y construcción al desarrollo adulto (Sánchez, Fernández-Berrocal, Rodríguez & Postigo, 2008).

Según Ekman y Davidson (1994) las emociones se clasifican con base en su función. Una parte corresponde a aquellas que poseen una importancia evolutiva básica y otra a un conjunto de emociones compuestas. Las primeras auxilian al sujeto a sobrevivir, mientras que las emociones compuestas ayudan a las relaciones interpersonales y sociales.

Clark y Watson (1994) sugieren que las emociones tienen las siguientes funciones principales: 1) propiciar la condición fisiológica para que el sujeto se adapte a la situación, 2) conducir a la acción mediante predisposiciones filogenéticas, 3) focalizar la atención del sujeto por medio de la modificación de la actividad cognoscitiva, 4) regular la aparición de las respuestas adaptativas que promueven la rapidez de las respuestas durante la evaluación de los eventos, 5) permitir transmitir a los otros lo que se está sintiendo así como la intencionalidad

de sujeto, y finalmente 6) motivar a la acción de acercamiento o alejamiento en los espectadores del sujeto emocionado, es decir, ayudar al sujeto a sobrevivir.

Por su parte, Levenson (1994) sugirió las funciones interpersonales de las emociones. En primer lugar identifica la función de comunicación y control en la que el individuo informa al otro sobre su estado emocional influyendo y/o controlando su conducta. La segunda función es la de posicionar al sujeto en relación con el otro. Por otro lado, el mismo autor identifica las funciones intrapersonales que se encargan de organizar y coordinar el método de respuesta que tiene el sujeto (con base a sus experiencias subjetivas), alteran la jerarquía de los comportamientos; favoreciendo la adaptación, activan el sistema fisiológico en pro de las diferentes situaciones, y finalmente promueven el uso de las emociones fundado en las acciones a realizar.

Por otro lado Keltner y Kring (1998) proponen una aproximación socio-funcional de las emociones, considerándolas como una respuesta multicanal que permite la adaptación del sujeto a los diferentes problemas sociales.

1.5 Clasificación de las emociones

Para su estudio, las emociones se han clasificado de diversas maneras. Una de estas clasificaciones las identifica como básicas y compuestas y se basa en tres aspectos: 1) biológico, que hace referencia a la información genética; 2) social, que corresponde a las reglas y normas y 3) psicológico, que se refiere a los esquemas y estructuras de conocimiento (Arnold, 1960).

Tomkins (1980) planteó la existencia de ocho emociones básicas: sorpresa, interés, alegría, ira, miedo, aversión, vergüenza y angustia, y todas ellas representan respuestas innatas controladas por los mecanismos cerebrales. Para Ekman (1982) las emociones básicas son seis: sorpresa, felicidad, ira, miedo, aversión y tristeza y cada una tiene una expresión facial universal. Mientras que Plutchik (1987) y Frijda (1986), no solo afirman la universalidad en la expresión facial de las emociones básicas, también aseguran que estas tienen tendencia a la acción en la que participan muchos mecanismos físicos.

Cabe señalar que así como se acredita la existencia de las emociones básicas, también existen emociones secundarias que son producto de la combinación de éstas. Uno de los teóricos que apoya esta idea es Izard (1991) quien describe a la ansiedad como una fusión de miedo y de dos emociones más como: la culpa, el interés, la vergüenza, la rabia. La mezcla de emociones básicas que constituyen a las emociones compuestas es un proceso cognitivo, esto es, algunas son emociones biológicamente básicas que incluso son compartidas con animales, mientras que las compuestas son emociones propias del hombre ya que son creadas a partir de operaciones cognitivas exclusivas de la especie humana (LeDoux, 1999).

Mientras que la primera clasificación de emociones básicas y compuestas reside en su naturaleza, otra de las clasificaciones las separa en: positivas y negativas en función de la respuesta ante la evaluación de la situación, es decir, están basadas en sucesos que se evalúan como buenos o malos. Las emociones positivas tienen efectos favorables para el sujeto, entre los que destacan: ampliar

el rango de atención, cognición y acción, hacen más fuertes los recursos sociales, físicos e intelectuales del sujeto que las experimenta (Fredrickson, 1998).

Cuando se ha evaluado que la situación es amenazante o desfavorable para el individuo incluso cuando el logro de metas o la satisfacción de necesidades se obstaculizan, surgen las emociones negativas (Lazarus, Kanner & Folkman, 1980). Se relacionan con tendencias de respuesta específica ante situaciones que atentan directamente con la supervivencia y/o dañan la imagen desde la perspectiva social (rechazo). La presencia de estas emociones generalmente causa problemas interpersonales y sociales, entre las cuales se encuentran las que derivan en violencia.

Capítulo II: Expresión emocional

2.1 Proceso de expresión emocional

Las emociones son un aspecto central y omnipresente en la experiencia humana, alertan sobre las cosas que importan y por qué importan, comprenderlas como portadoras de interpretaciones y significados dependientes de consideraciones sociales y culturales que definen los momentos y las circunstancias en que deben ser experimentadas cada una de ellas y con qué grado de intensidad deben hacerse. (Rodríguez, 2008).

La socialización de las emociones tiene un papel particular en la forma de construir, experimentar, valorar y proyectar la existencia del sujeto. La relación existente entre la socialización y las emociones permite conocer las carencias y los modelos a partir de los cuales los niños aprendieron a reprimir, manejar y controlar sus emociones (Casassus, 2007)

La expresión de las emociones está considerada como una fuente de señales para los demás que les permite comprender mejor al otro, lo que experimenta, predecir sus futuros comportamientos y por consiguiente promover relaciones interpersonales eficaces y adecuadas, dando lugar a la interacción social (Feldman, Lane, Scherst & Schawrtz, 2000). Para Sánchez-Aragón y Díaz-Loving (2009) las emociones y su expresión funcionan como una red de lectura y decodificación de la realidad que ayudan al sujeto a manejarse en el mundo y relacionarse con otros, mientras que Markus y Kitamaya (1991) sugieren que dentro de sus grupos personales, los sujetos pueden ser: a) alentados a expresar

ciertas emociones cuando las experimentan, b) desalentados a expresar sus emociones cuando las experimentan, o bien c) alentados a expresar ciertas emociones aun cuando éstas no se experimentan. Y si bien la mayoría de los trabajos de investigación que se refieren a la expresión de las emociones abordan dicha expresión mediante el estudio del reconocimiento facial, la habilidad de atribuir estados mentales en uno mismo y en los demás, se da a partir del reconocimiento de las emociones en los otros, quienes proveen de información sobre determinadas circunstancias (Sommer, 2008).

2.2 Expresión emocional diferenciada: hombres y mujeres

El proceso de interacción entre los adultos y los niños hace que estos últimos adquieran y desarrollen comportamientos y aspectos que están asociados a la masculinidad y feminidad. Es durante los primeros años de edad que niños y niñas imitan conductas que les facilitan la comunicación e intercambio de afectos con los otros (Cherry & Lewis, 1978). Desde el punto de vista de la cultura occidental respecto a la expresión emocional y diferencias entre hombres y mujeres, se considera que estas últimas tienen una mayor gama de emociones y son más expresivas, y más abiertas en cuanto a la expresión de sus emociones en comparación con sus pares del sexo opuesto. Estas diferencias de género están centradas en la expresión emocional (Brody & Hall, 2000).

Desde la infancia, la relación entre pertenecer al sexo femenino y las competencias emocionales con las que se cuentan ha sido estrecha y esto puede deberse a una socialización en donde las niñas están más en contacto con los sentimientos que los niños. En este mismo sentido, el desarrollo de diferentes

aptitudes respecto a la forma de expresarse emocionalmente durante la edad adulta, se deberá de acuerdo con algunos autores, en gran medida, a este proceso de educación emocional diferenciado entre los niños y las niñas (Feldman, Barret, Lane, Secherest & Schawarts, 2000; Garaigordobil & Galdeano, 2006).

Con respecto a la expresión de emociones positivas y negativas, la frecuencia con la que los hombres y mujeres las expresan es totalmente diferente. Los hombres expresan emociones positivas como el entusiasmo y la calma con mayor frecuencia que las mujeres, mientras que éstas últimas expresan emociones negativas como la tristeza y la ansiedad (Simon & Nath, 2004). Aunque otros autores indican que son las mujeres quienes expresan con mayor frecuencia la felicidad, tristeza y miedo, y los hombres las emociones relacionadas con estados de enojo (Grossman & Wood, 1993). Sin embargo, existe una opinión culturalmente aceptada que centra la expresividad de la emociones en el sexo femenino. Se considera que el aprendizaje es un factor de suma importancia respecto a la expresión emocional, que los hombres aprenden a excluir sus emociones y que son las mujeres quienes tienden a expresarse más (Kring & Gordon, 1998; Brody, 1993)

Las dificultades en la expresión emocional así como la regulación de las mismas se han relacionado con diferentes trastornos emocionales. Por ejemplo, en el caso específico de la ansiedad, Spielberg (1980) indica que ésta es una reacción emocional que consiste en sensaciones subjetivas de temor, nerviosismo y preocupación, acompañada de una elevada actividad del sistema nervioso

autónomo. Y de acuerdo a lo revisado anteriormente, el hecho de que la ansiedad sea una emoción hace que su expresión sea diferente entre hombres y mujeres. Recientes hallazgos en investigaciones realizadas en muestras de ansiosos sociales, sugieren que las emociones están mal reguladas en este grupo. Al parecer, los ansiosos sociales tienen dificultad para entender sus emociones, por lo tanto dificultad para expresarlas lo que deriva en una pobre comprensión de la experiencia emocional.

La ansiedad social parece ser un factor que además de interferir en la comprensión y expresión de las emociones, impacta de forma distinta a hombres y mujeres, ya que de acuerdo a la revisión de la literatura, las mujeres desde la infancia, tienden a ser más ansiosas que los hombres y por lo tanto tienen una menor probabilidad de desarrollar habilidades que les permitan expresarse adecuadamente.

Capítulo III: Ansiedad y Ansiedad social

3.1 *Ansiedad normal vs ansiedad patológica*

Las respuestas de ansiedad son reacciones defensivas ante el peligro cuya función es proteger. Es el resultado de la activación inmediata del sistema nervioso autónomo a estímulos externos percibidos como amenazantes. Estas respuestas son indispensables para la supervivencia del sujeto, constituyen una base importante del aprendizaje y la motivación. La ansiedad normal es leve y adaptativa con menos reacciones fisiológicas, es funcional y no representa necesariamente un problema de salud para el sujeto. Sin embargo, se estima que entre el 10 y 30% de la población mundial padece o padecerá problemas de ansiedad a tal grado de requerir tratamiento en algún momento de su vida (Baeza, 2014).

Para Fong & Garrada (2005) es importante diferenciar entre la ansiedad que se presenta de forma aislada y con una intensidad menor (ansiedad normal) y los síntomas de ansiedad patológica. Durante el desarrollo del individuo aparecen distintos temores considerados como normales así como situaciones que pueden desencadenar síntomas de ansiedad, las personas reaccionan a éstos con niveles que pueden ser elevados y aun así solo se trataría de una reacción aguda y puntual de ansiedad y no de un trastorno (Jerez, Lázaro & Ullán, 2016). Cuando ésta reacción ansiosa aguda es excesiva, habitual y promueve la inadaptación del sujeto, podría ya considerarse como un trastorno de ansiedad. La implicación del funcionamiento cotidiano del sujeto, así como el grado de malestar indican los

niveles de normalidad y/o adaptación en las respuestas de ansiedad (Amaya & Campbell, 2010).

Los pensamientos, la respuesta emocional y las conductas del sujeto son afectados por los niveles elevados de ansiedad, por lo que todas las distintas esferas del desarrollo se ven perjudicadas a corto, mediano y largo plazo, lo cual representa un problema de salud mental en la sociedad moderna.

3.2 Consecuencias negativas asociadas a la ansiedad: incompetencia social

Argyle (1984) señala que muchas personas son solitarias e infelices y algunos son enfermos mentales debido a su incapacidad de establecer y mantener relaciones sociales. Un comportamiento social inadecuado aumentará la probabilidad de que muchos de los encuentros cotidianos sean desagradables, embarazosos o infructuosos. Aunque la mayoría de los niños logran ser adultos bien adaptados y adquirir habilidades sociales que le permitirán ser competentes socialmente, otra parte de esos niños se encuentran con diversos problemas que varían en gravedad y que pueden ir desde pequeñas dificultades ocasionales hasta inconvenientes recurrentes de inadaptación personal y social. De acuerdo a la revisión de la literatura se sabe que esto puede deberse a múltiples factores tales como las características de personalidad, problemas psicológicos, entre otros (Imach, Chein, Lacunza, Caballero & Martinenghi, 2010). Un estudio llevado a cabo en el 2007 en el que participaron 206 niños y niñas de entre 3 y 5 años de edad con sus respectivos padres, arrojó una correlación entre cada uno de los

estilos de crianza de los padres y la competencia social. (Pichardo, Justicia & Fernández, 2009).

Ante las demandas de una situación determinada, un niño competente socialmente hablando, entiende y responde correctamente a las emociones de los otros. Los agentes socializadores aprueban y refuerzan las conductas prosociales, sin embargo no siempre se obtienen resultados positivos, conduciendo al niño a adaptaciones inadecuadas personales y sociales.

La aparición de un contexto negligente y/o conflictivo se ha asociado a un desarrollo personal y social inadecuado de los niños. Las conductas desadaptativas que se desarrollan bajo este esquema no se eliminan cuando se cambia de contexto sino que se extienden a lo largo de la vida en los diferentes contextos. Además de la crianza, el éxito de la competencia social está determinado por las prácticas educativas que son utilizadas con los niños.

Las deficiencias en la competencia social están íntimamente relacionadas con los problemas de ansiedad. Específicamente para la ansiedad social existen diferentes explicaciones sobre su etiología. La mayoría de las investigaciones afirma que existe una relación entre la disposición genética y el ambiente, lo que forma un ciclo de respuestas emocionales ante los estímulos y generando asociaciones entre éstos (Biglieri, Auné & Vetere, 2012) Con respecto a las habilidades sociales y la ansiedad social, se sabe que el deterioro de las mismas se ha asumido como uno de los aspectos primordiales de ésta. El déficit de estas habilidades está relacionado con comportamientos sociales desadaptativos que se

traduce en incompetencia social. Las consecuencias de lo anterior se traducen en un déficit de habilidades para detectar la intención social, evaluar la situación así como las opciones de respuesta emocional disponibles, tomar decisiones y finalmente responder a la situación. El rechazo hacia el niño está asociado con la impulsividad. Un niño impulsivo es incapaz de adecuar su comportamiento al ambiente social, está más propenso al rechazo de sus compañeros, ejecuta negativamente las tareas, lo cual eleva el número de errores en la situación social y se asocia con niveles más altos de ansiedad. Un niño socialmente incompetente percibe y expresa frecuentemente emociones negativas (Hernández-Guzmán, 1999).

3.3 Definición y características clínicas

Como se ha mencionado la ansiedad constituye un papel elemental en el desarrollo del hombre. Su función principal es defender y alertar de los peligros ambientales, salvaguardando la integridad del individuo. En 1903, el médico francés Pierre Janet utilizó el término "*Phobie des situaciones sociales*" para referirse a pacientes que temían ser observados mientras realizaban alguna actividad. En 1901, Paul Hartenberg describió en su libro "*Les timides et la timidité*" lo que actualmente se conoce como ansiedad social. Sin embargo, no fue hasta 1980 que es reconocida como trastorno psiquiátrico en la publicación del DSM-III.

Actualmente el DSM-V (APA, 2013) define a la ansiedad social como un miedo persistente y clínicamente significativo a situaciones sociales con personas

que no son del ámbito familiar, en las que pudiera haber una posible evaluación negativa. El temor principal del sujeto es que esta exposición ponga en evidencia síntomas de ansiedad tales como: sudor, roboración, temblor o tartamudeo, haciéndolo parecer ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, sucio o desagradable. Las situaciones se experimentan con ansiedad e intenso malestar, llegando a interferir con la rutina de las personas y con su funcionamiento social, dando lugar a un malestar clínicamente significativo.

Criterios diagnósticos de la ansiedad social de acuerdo al DSM-V (APA, 2013)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que le individuo está expuesto a posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p.ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p.ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p.ej., dar una charla).

Nota: En los niños la ansiedad se puede reproducir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de demostrar síntomas de ansiedad que se valore negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas)

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad puede expresarse con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público,

De acuerdo con el DSM-V (APA-V, 2013) los niños no pueden recibir este diagnóstico antes de que hayan mostrado tener una capacidad para sostener relaciones sociales. La ansiedad tiene que presentarse no solo con los adultos sino también con los compañeros de la edad de niño. Los niños pueden expresar la respuesta de ansiedad por medio de abrazos, llanto, parálisis o retraimiento. Por lo común no reconocen que miedo sea irracional o desproporcionado.

3.4 Un modelo de génesis de la ansiedad social

Olivares y Caballo (2003) plantean un modelo de génesis que permite explicar el proceso mediante el cual tiene su aparición la ansiedad social, el

modelo está compuesto por cuatro fases que comprenden; los factores asociados a la vulnerabilidad e inicio, desarrollo, la tercera parte que se encargada del tránsito de la timidez y otros problemas subclínicos de la ansiedad social y la última que tiene que ver con los mecanismos que están relacionados con el mantenimiento.

La constante interacción entre el contexto social negativo y las diferentes variables orgánicas emprende el inicio de un patrón de respuestas desadaptativas. Dicho patrón incluye las respuestas de escape, parciales y completas y posteriormente las de evitación. Para el sujeto, las respuestas de evitación son directamente las responsables de la reducción o eliminación momentánea de la potencia del estímulo que causa aversión, mientras que las respuestas de alerta hacen referencia a la evaluación negativa que hace el sujeto de la situación, percibiendo el descontrol que esta reacción improcedente de la interacción de las variables que forman parte del proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento de la ansiedad social. La intensidad de la respuesta de alerta es directamente proporcional a la incertidumbre de no saber si se ha tenido una actuación frente a los espectadores y a como reaccionaran los mismos. Hay dos factores a considerar dentro de la activación del patrón de respuestas ansiógenas; la intensidad y la duración de las mismas. La constante y progresiva retroalimentación defensiva trae consigo un sesgo negativo en las actuaciones positivas futuras que se le pudieran presentar al sujeto.

Las fases de génesis del modelo propuesto por Olivares y Caballo (2003) incluye factores cuya interacción se estima precipitan el inicio de la ansiedad social. Las diferentes formas de aprendizaje, el contexto social negativo y un grupo de variables orgánicas son algunos de los factores que al interactuar entre sí contribuyen con la aparición de la ansiedad social, favoreciendo la presencia de un patrón de respuestas de ansiedad, las cuales en un primer momento tienen una función adaptativa pero de no ser mediadas se convierten en una reacción que le impide al sujeto adaptarse al medio social.

El otro grupo de variables que se presume contribuyen a la aparición de la ansiedad social son una estimulación social deficiente, aislamiento social de la familia, la vergüenza como método de control, problemas familiares y/o la presencia de síntomas asociados a psicopatología en la familia. Estas variables configuran un ambiente social que no es propicio para la promoción de habilidades que le permiten a la persona un desarrollo sano y equilibrado.

Por otra parte, existen otras variables que se considera influyen en el inicio del trastorno, son la transmisión de información dentro de la familia o la escuela. En el caso de la familia, ésta es la fuente principal en donde se generan las creencias básicas, supuestos sin contrastar, atribuciones erróneas, entre otras y puede darse desde los primeros años de vida. En el contexto escolar las conductas inadecuadas de los educadores ante las diferentes situaciones de integración y aceptación funcionan como un factor de vulnerabilidad.

Los autores del modelo sugieren cuatro grupos de variables orgánicas que implican un alto grado de vulnerabilidad: los determinantes biológicos, los factores de personalidad, las respuestas de escape y “otros factores” (Gerlach, Wilhelm & Roth, 2003).

De acuerdo con los autores, los determinantes biológicos pudieran o no tener un carácter evolutivo. Si lo tienen, se refieren a todas aquellas cosas que afectan a todos y aparecen y desaparecen sin dejar mayores efectos negativos, mientras que los no evolutivos hacen referencia a variables tales como el sexo, la inhibición conductual, la preparación biológica o la imagen física. Las respuestas de miedo y/o escape hacen referencia a los determinantes biológicos evolutivos.

Respecto a los factores de personalidad se sabe que la introversión y el neuroticismo elevados incrementan la probabilidad de que el sujeto escape de la situación que le genera ansiedad y en algún momento la evite por completo. Por lo que el escape aumenta la autocrítica negativa excesiva que casi siempre es irracional y desproporcionada, dando lugar a una intensa atención selectiva respecto a las señales internas y externas que el sujeto percibe como peligrosas/amenazantes.

Cuando el patrón de respuestas de ansiedad ante las diferentes situaciones sociales (actuación y/o relación) está formado, la exposición repetida a dichas situaciones tendrá una connotación que tienda a lo negativo y no a lo positivo. Con el transcurso del tiempo, la intensidad del malestar aumentará, dejando fuera la

posibilidad del autorreforzamiento positivo. La situación será cada vez más desagradable favoreciendo la aparición de respuestas fisiológicas de ansiedad (temblor, rubor, sudoración, elevado ritmo cardiaco, etc.). Esta reacción excesiva puede dar origen a una señal de alarma aún más desagradable: el ataque de pánico. Una vez que el sujeto se ha expuesto a una o varias situaciones sociales donde experimentó un malestar significativo, la asociación se consolida y por lo tanto se generaliza. De la intensidad de la asociación entre la situación social y el patrón de respuestas dependerá la intensidad del malestar reportado. Y es este malestar intenso que experimenta el sujeto el que propiciará que éste comience a temer a las consecuencias asociadas al juicio de los demás, ya que creerá que la audiencia percibe que hay algún problema y por lo tanto generará un juicio negativo sobre lo que hace o hizo. Se agrega la ausencia del reforzamiento social y una excesiva crítica negativa de su parte hacia sí mismo.

La necesidad constante de solucionar las carencias de atención y consideración social, de percibirse como socialmente aceptados y valorados, conduce a los ansiosos sociales a desarrollar un pensamiento que tiene como marco de referencia patrones de excelencia extremos, llevando la autoexigencia a niveles elevados e inflexibles a la hora de evaluar la conducta propia. De tal forma que lo antes mencionado desencadena un efecto contrario al deseado produciéndose el aislamiento social (Olivares & Caballo, 2003).

El estado permanente de alerta máxima de los ansiosos sociales es producto de la duda incontenible por saber si se ha hecho bien o mal, mientras

que la intensidad de la misma está dada por las características propias de la situación, tales como la cantidad de personas involucradas en la situación social temida; la estructura y reglas sociales; la duración de la misma; las características propias de la audiencia como el sexo, edad, atractivo físico, posición social, grado de autoridad, probabilidad de futuros encuentros, etc. Por último consideran el modo en el que se presenta la actuación o relación social; de pie, sentado, si hablará en público, si se contará con algún medio de apoyo (notas, resúmenes, etc.).

En la ansiedad social existe una tendencia a prestar cada vez menos atención a la ejecución de la tarea, y en su lugar se enfoca la atención a las señales internas y de la situación. Es ahí donde la atención se concentra las respuestas neurovegetativas y somáticas, que son observables ante los demás, así como a la exageración progresiva de lo que la otra persona podría interpretar como errores a lo largo de la actuación, sin tomar en cuenta que pudieran no percibirlos.

A lo largo de la fase de mantenimiento de la ansiedad social, la incertidumbre aumenta considerablemente al igual que la atención sobre el efecto causado en la audiencia. El malestar ya no solo se presenta durante la exposición a la situación temida, sino también al solo hecho de recordarla. La persona comienza a recuperar la información que proviene de la experiencia. Se generan expectativas negativas sobre la propia actuación y las consecuencias que implican. La atención en las señales externas que son percibidas como

amenazantes se intensifican, lo que tiene como consecuencia el refuerzo de la autoimagen negativa, incrementando la percepción de peligro en las diferentes situaciones sociales.

La suma constante de interpretaciones erróneas y negativas conduce al escape y la evitación de las situaciones temidas, de tal modo que el objetivo es impedir la ocurrencia de las consecuencias. Siempre que se pueda, el ansioso social escapará y evitará las situaciones sociales que le causen malestar hasta llegar al aislamiento social y sufrir las consecuencias de ello.

La ansiedad social se distingue del resto de los trastornos de ansiedad por el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales que suponen el componente nuclear del cuadro clínico (Caballo & Mateos, 2000). Las personas con ansiedad social experimentan un miedo exagerado a sentirse humilladas o juzgadas negativamente cuando se relacionan o realizan actividades. En las situaciones temidas tienden a ser excesivamente conscientes de sí mismas y autocríticas. Con frecuencia experimentan síntomas como rubor, palpitaciones, traspiración y temblor. Diversos estudios consideran el rubor como el principal síntoma físico y a la vez distintivo del trastorno de ansiedad social, destacando de igual forma síntomas físicos más notables como el temblor, sudoración excesiva, bloqueo al hablar, entre otras (Wald, 2011).

Uno de los cambios más significativos que se producen en los ansiosos sociales cuando se encuentran en una situación temida es el desplazamiento del

foco de atención (Hallion & Ruscio, 2011). De aquí que el proceso cognoscitivo de quienes la padecen se caracteriza por una mayor atención hacia su propia persona, la cual se denomina autoconciencia pública o atención focalizada de sí mismo, es decir, una tendencia a verse como objeto social. Por ello tienen una atención excesiva en los aspectos externos personales, además de la atención centrada en sí mismos (Gendolla & Wicklund, 2009). Por otra parte, éstos acostumbran manifestar esta atención excesiva a las amenazas ambientales propias de la mayoría de las personas con ansiedad. Suelen mostrar inquietudes del tipo social, por lo que dedican una atención desmedida a detectar amenazas sociales y tienden a hacer una interpretación negativa de situaciones consideradas como ambiguas. Según Hook y Valentiner (2002) esta interpretación negativa respecto a la evaluación da origen a un patrón de comportamiento de conductas sociales de distanciamiento lo que favorece una inadaptación cognitiva, emocional y social. Caballo (2005) en su *modelo cognitivo-valorativo*, sugiere que la ansiedad social tiene su origen en esta errónea evaluación cognitiva y valorativa sobre las propias actuaciones. De acuerdo con Rappe & Hudson (2009) el desplazamiento de la atención genera problemas al individuo porque aumenta la conciencia de las reacciones temidas de ansiedad. Por ende, derivado de lo anterior, los ansiosos sociales tienden a rehuir de las situaciones que les producen el malestar. De no poder hacerlo, limitan su actuación en las mismas. Evitan ser el centro de atención y/o crítica así como manifestar los síntomas temidos de tal suerte que pase desapercibido por sus pares (Gil-Bernal, 2009)

3.5 Consecuencias asociadas a la ansiedad social

De acuerdo a la revisión de la literatura, hay factores que representan un obstáculo para el ajuste social de las personas. Cuando éstas presentan altos niveles de ansiedad social sus relaciones interpersonales se ven afectadas, producto del déficit en las competencias sociales (Olivares & García-López, 2002). Los ansiosos sociales ansían la compañía de otros pero evitan las situaciones sociales por temor a ser considerados como inadecuados, estúpidos o aburridos (Beidel & Turner, 2007) En un estudio realizado por Turner, Beidel, Dancu & Keyes (1989) en un grupo de fóbicos sociales, encontraron que los niveles altos de ansiedad son un impedimento para establecer relaciones sociales afectándose su rendimiento social. Sin embargo, las consecuencias de la ansiedad social van más allá del ámbito personal, afecta aspectos sociales, ocupacionales y/o escolares, esto depende directamente del número de dimensiones sociales a las que el individuo le teme, por ello es que entre más generalizado este el temor, serán mayores los aspectos afectados (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005).

3.6 Situaciones temidas en la ansiedad social

De forma general las personas con ansiedad social sienten un intenso miedo al ser expuestos ante gente que no es de su ámbito familiar. La ansiedad y el miedo irracional producen una conducta de evitación social, con el objetivo de evitar la ansiedad social y sus consecuencias y en consecuencia evitan toda situación que ellos evalúen como peligrosa. Las situaciones sociales temidas por los ansiosos sociales se clasifican en dos grandes grupos: Situaciones de

interacción social con otras personas y situaciones que implican actuación social, sin que exista la interacción social. (Gil-Bernal, 2009)

3.7 Prevalencia de ansiedad social

Según Kessler, Berglund, Jin & Walters (2005) encontraron una prevalencia de la ansiedad social de 12.1% a lo largo de la vida, mientras que el porcentaje que indicaron para el último año ésta fue de 6.8% en población norteamericana. De acuerdo con estos resultados la convirtieron en uno de los trastornos de ansiedad más comunes para esta población. Otro estudio realizado por Xu, et al (2012) con 1983 participantes (736 hombres y 1247 mujeres) se encontró una prevalencia de vida para la ansiedad social de 4.2% para hombres y 5.6% para mujeres. Tiene una alta comorbilidad con el uso de alcohol; 62.41% para hombres y 38.38% en mujeres, mientras que la comorbilidad para el uso de sustancias fue de 70.30% en hombres y 50.62% en mujeres. En un estudio realizado por McLean, Asnani, Litz & Hoffman (2011) en el que participaron 20,013 sujetos de los cuales 8,550 eran hombres y 11,463 mujeres (36.6% de la población de origen hispano) la tasa de prevalencia fue de 6.5% en mujeres y 4.8% en hombres en los últimos doce meses, y a lo largo de la vida para este trastorno fue de 10.3% mujeres y 8.7% hombres.

De acuerdo con un estudio realizado por Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz (2009) población mexicana, se encontró que los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida son los más frecuentes en la

población, que el 11.6% había padecido uno o más trastornos de este tipo alguna vez en la vida. Aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos (23.7%) entre 18 y 65 años de edad tiene una historia de trastornos mentales. Los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida son más frecuentes en la población; 11.6% habían padecido uno más trastornos de este tipo en la vida. En el mismo estudio reportan una prevalencia para la ansiedad social de 2.2% para los hombres y el 3.6% para las mujeres a lo largo de la vida. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres 9.4% que en los hombres 3.6%, aunque la proporción de casos severos es similar 22.9% y 24.6% respectivamente (OPS, 2009).

3.8 Trastorno de ansiedad social en hombres y mujeres

Ser hombre o ser mujer no solo puede o no afectar la aparición de diversos trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, incluso la voluntad para solicitar apoyo médico y/o psicológico, es decir el curso de la enfermedad se ve influenciado por el sexo (Philips & First.,2009). Según algunos datos estadísticos las mujeres son más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad (de 2 a 3 veces más), el 17.5 % de ellas frente al 9.5% de los hombres (Díaz-Castela, García-Lopez, Muela & Espinosa-Fernández, 2008) Algunos de los factores que explican el predominio femenino en las cifras de ansiedad son los denominados socioculturales y psicosociales (Grant & Wessman, 2009).

Las diferencias individuales en la orientación del género en el rol sexual, determina las variaciones en los niveles de miedo y ansiedad. Durante la infancia los cuidadores privilegian las interacciones verbales afectivas con las niñas, las

emociones positivas se expresan con mayor frecuencia en presencia de estas, mientras que con los niños se expresan emociones consideradas como negativas. La constante interacción afectiva con las niñas promueve la adquisición de una gama emocional más amplia que la de los niños (Ollendick & King, 2004).

De acuerdo con la revisión de la literatura, algunas teorías sobre roles de género afirman que la expresión de miedo y ansiedad están ligadas con mayor frecuencia al género femenino y son de alguna forma incompatibles con el rol de género masculino ya que se espera que los niños se comporten con valentía y adopten un comportamiento de afrontamiento activo y positivo (Grinsburg & Silverman, 2000). Para Deux & Kite (1993) la timidez es incompatible con el rol de género asociado a la masculinidad. En el caso de los hombres se tiende a experimentar mayor conflicto en el desarrollo social ya que los padres consideran el comportamiento de timidez como un desajuste, lo cual no pasa con las mujeres. La vida de un hombre con ansiedad social es más propensa a presentar dificultades que la de una mujer con el mismo trastorno, tomando en consideración las expectativas de la sociedad occidental, la cual espera que los hombres sean los que tomen la iniciativa en general en las relaciones que tiene (Turk, Heimberg, Orsillo, Holt, Gito, Street & Liebowitz, 1998). En el caso de las mujeres, la timidez se considera coherente al rol sexual femenino (Bem, 1974). Las mujeres con ansiedad social es más probable que reciban una retroalimentación positiva respecto a su comportamiento social, evitando las consecuencias negativas que experimentan los hombres.

En un estudio realizado por Flynn, Markway & Pollard (1992) se examinaron las diferencias de género en 41 pacientes con diagnóstico clínico de ansiedad social, revelándose que tanto hombres como mujeres comparten miedos, pero estas últimas pueden experimentar un miedo más intenso en ciertas circunstancias sociales. Para Snell (1989) las diferencias en las puntuaciones de ansiedad social entre hombres y mujeres podrían deberse a que la construcción social del género femenino brinda mayor apertura a la divulgación de sus estados de ánimo, mientras que los hombres están menos dispuestos a expresarse. La evidencia indica multicausalidad para estas diferencias entre los hombres y las mujeres.

3.9 Evaluación de la ansiedad social

En Psicología, al hablar de medición, se habla de conocer qué tanto hay de un atributo, es decir, de cuantificar los atributos que tienen los sujetos, aplicando una serie de reglas que permiten la obtención de medidas y cuya validez depende de los datos empíricos existentes para el atributo a medir (Kerlinger, Howard, Pineda & Mora, 2002). A diferencia de la medición, la evaluación requiere de la integración de diferentes métodos y/o técnicas de medición (Lang, 1968) y específicamente la evaluación de la ansiedad social requiere la integración de

aspectos cognitivos, fisiológicos y comportamentales por ser estos tres, los tres canales de la expresión de la ansiedad social (Rappe & Heimberg, 1997).

Los instrumentos utilizados más frecuentemente para la evaluación clínica de la ansiedad social son: las entrevistas, los autoinformes y los cuestionarios.

La entrevista constituye uno de los métodos más habituales para la recolección de información. Se usa con tres objetivos diferentes 1) como un instrumento exploratorio para la identificación de variables y relaciones, sugerir hipótesis y fases para una investigación; 2) como instrumento principal de una investigación o 3) puede ser un instrumento complementario para la investigación (Kerlinger & Lee, 1999).

Gil-Bernal (2009) menciona que la entrevista que se lleva a cabo para ansiosos sociales puede aplicarse de dos formas principalmente: de forma estructurada, la cual permite obtener información para organizar un marco teórico y/o conceptual pertinente al problema estudiado o semiestructurada, que inicia con una serie de preguntas clave que permiten la indagación y obtención de mayor información. En la ansiedad social la entrevista no solo representa la obtención de información, de igual forma es una oportunidad para observar a la persona durante una interacción social real con el entrevistador.

Con respecto a los autoinformes, éstos ayudan a complementar la información que se recaba mediante la entrevista. Consisten en una lista de reactivos que se refieren a estímulos o situaciones con un grupo de respuestas donde se elige la que mejor describe el estado del paciente (Hidalgo, López-Piña,

Inglés & Méndez, 2002) De acuerdo a la revisión de la literatura, los autoinformes más utilizados para la medición de la ansiedad social son: la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS, 1987) y el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A, Caballo et al., 2010).

La primera, está constituida por 24 reactivos que aluden a las situaciones sociales de actuación que suelen ser problemáticas para los pacientes con ansiedad social. Distribuidos en dos subescalas que evalúan ansiedad de actuación o ejecución (13 reactivos) y la segunda que corresponde a la ansiedad social. Cada una de las dos subescalas evalúa el grado de temor o ansiedad así como el grado de evitación que generan dichas situaciones. Todos los reactivos puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, para la escala de ansiedad o temor, los grados hacen referencia a la intensidad (0= ansiedad nula; 1=ansiedad leve; 2=ansiedad moderada; 3=ansiedad severa) mientras que para la dimensión de evitación los números reflejan la frecuencia de ocurrencia: 0=nunca (0% de las veces); 1=ocasionalmente (1-33%); 2=frecuentemente (33-67%); 3=usualmente (67-100%), obteniendo puntuaciones totales de 0 a 72 puntos (para cada dimensión), en donde el 0 representa un grado de ansiedad y evitación nulo y el 72 el grado máximo.

La ansiedad ha sido estudiada desde distintas perspectivas, sin embargo la ansiedad estudiada como una conducta emocional requiere la revisión de las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras. La ansiedad social al igual que la ansiedad en general está conformada por distintos aspectos entre los que se

encuentran; el componente cognitivo, emocional y conductual. Se sabe que en los ansiosos sociales hay una tendencia a la identificación de emociones negativas, aunque se sabe poco sobre la expresión emocional: tipo de emoción que expresan con mayor frecuencia, la estrategia utilizada.

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (**CASO-A30**), consta de 30 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1="nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo" hasta 5="mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo", el cuestionario evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social 1) hablar en público/interacción con personas de autoridad, 2) interacción con desconocidos, 3) interacción con el sexo opuesto, 4) expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, y 5) quedar en evidencia o en ridículo, cada dimensión consta de 6 ítems distribuidos a lo largo del cuestionario, la solución de cinco factores en el análisis explica el 54,39% de la varianza común, el CASO-A30 reporta excelentes propiedades psicométricas lo que lo hace un instrumento propicio para ser usado tanto en la clínica como en la investigación sobre fobia social. El Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos, ha sido utilizado en diversos estudios reportando un alto nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach) desde 0,88 hasta 0,93 (Caballo, Salazar, Arias, Irurtia & Calderero, 2010)

Capítulo IV: Ansiedad social y expresión emocional

4.1 *Expresión emocional y ansiedad social*

Storch et al. (2004) llevó a cabo un estudio donde revela que las mujeres presentaban niveles significativamente más altos que los hombres en la sintomatología física y cognitiva de la ansiedad social.

La decodificación de la información proveniente de estímulos externos, en las personas con elevados niveles de ansiedad social se focalizan en los estímulos que representan un peligro o amenaza potencial, debido al sesgo atencional característico del trastorno. El constante miedo a ser evaluados negativamente hace que las emociones de los demás sean percibidas como negativas y en consecuencia tienen una actuación ineficaz socialmente hablando. (Foa, Gilboa-Schechman, Amir y Freshman). La tendencia a interpretar las emociones como negativas

Justificación

Los trastornos de ansiedad son de la clasificación con mayor nivel de prevalencia de todos los que incluye el DSM-V, siendo la ansiedad social uno de los más incapacitantes por las implicaciones sociales que lo acompañan, por ello es de suma importancia conocer el curso del trastorno a lo largo de la vida. Aunque numerosos estudios han reportado la comorbilidad de la ansiedad con otros trastornos como la depresión, el consumo de alcohol y/o otras sustancias tóxicas, bajo rendimiento laboral, abuso en el trabajo, la pareja, solo por mencionar algunos. Una gran parte de los estudios sobre ansiedad social, se hace en adolescentes y/o población clínica, dejando de lado la población general de adultos jóvenes, quienes se encuentran en una etapa de la vida en la que se generan cambios sociales significativos e incluso se toman decisiones que repercutirán en el resto de su vida adulta. Como se sabe gran parte de las consecuencias negativas asociadas a la ansiedad social, perjudican las interacciones sociales saludables del individuo. Los universitarios se encuentran en ese momento de transición de la vida escolar a la vida adulta, durante este periodo se espera que gran parte los jóvenes elijan una pareja, incluso la elección de la carrera podría verse influenciada por los síntomas asociados a la ansiedad social, sin olvidar que la deserción escolar es muy común en adolescentes con el trastorno, y esto podría replicarse con facilidad en los universitarios.

Por otra parte es necesario indagar más en la causa de los niveles de ansiedad social diferenciada entre hombres y mujeres, a pesar de los múltiples

estudios no se han logrado explicar las causas de estas variaciones en la prevalencia, la escasa investigación desde una perspectiva social y de género, limitan la explicación y entendimiento del curso de la ansiedad social. Tener en consideración los factores y exigencias sociales que conforman a cada género y de esa forma explicar a la ansiedad social es uno de los propósitos del presente estudio.

Capítulo V: Método

5.1 Pregunta de investigación

- ¿Cuál es la diferencia entre hombres y mujeres universitarios con respecto a la expresión emocional y al nivel de ansiedad social?
- ¿Cuál es la relación entre la expresión emocional y la ansiedad social en hombres y mujeres universitarios?

5.2 Objetivos Generales

1. Determinar la diferencia entre hombres y mujeres universitarios con respecto al nivel de ansiedad social y la expresión emocional
2. Determinar la relación entre la expresión emocional y la ansiedad social en hombres y mujeres universitarios

5.3 Objetivos Específicos:

1. Medir el nivel de ansiedad social en hombres y mujeres universitarios.
2. Medir la expresión emocional en hombres y mujeres universitarios.
3. Comparar el nivel de ansiedad social entre hombres y mujeres universitarios.
4. Comparar la expresión emocional entre hombres y mujeres universitarios.

5. Relacionar el nivel de ansiedad social y de expresión emocional en hombres y mujeres universitarios.

5.4 Hipótesis: conceptuales y estadísticas

Conceptuales.

Existe una creencia generalizada de que los hombres y mujeres experimentan y manejan sus emociones de diferente manera, desde edades tempranas se ha relacionado al sexo femenino con una mayor competencia emocional. Mientras que a los niños son socializados desde niños para evitar expresar abiertamente sus emociones. (Alcalá, Camacho, Ginge e Ibañez, 2006; Canary & Dinda, 1908; Kring & Gordon, 1988).

En un estudio llevado a cabo por Caballo, Salazar, Arias, Irurtia, Caldero y el equipo de investigación CISO-A (2010) en una muestra de 15356 sujetos con edades de los 17 a los 60 años, la media de edad fue de 21,16 años (DT=4,08). La muestra estuvo compuesta por mujeres N=1061 y hombres N=5060), las mujeres obtuvieron una media para la ansiedad social de M=89,67 y los hombres M=80,22.

Las personas con ansiedad social expresan menos sus emociones positivas, prestan menos atención a sus propias emociones y tienen mayor dificultad para describir sus propias emociones en comparación con las personas no ansiosas. (Turk, Heimberg, Orsillo, Holt, Gitow, Street & Liebowitz, 1998)

Hipótesis estadísticas

H1₁: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres universitarios con respecto al nivel de ansiedad social

H0₁: No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres universitarios con respecto al nivel de ansiedad social

H1₂: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres universitarios con respecto a la expresión emocional

H0₂: No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres universitarios con respecto a la expresión emocional

H1₃: Si existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad social y la expresión emocional en hombres y mujeres universitarios

H0₃: No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad social y la expresión emocional en hombres y mujeres universitarios

Definición de las variables

Tabla1. Definición de las variables ansiedad social y expresión emocional

Variable	Conceptual	Operacional
Ansiedad Social	Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a posible examen por parte de otras personas (APA, 2013).	Para evaluar la ansiedad social se utilizaron los instrumentos: Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) formado por 30 reactivos tipo Likert de cinco puntos, donde 1=Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo, hasta 5= mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo, con un alfa de Cronbach=0,91. Caballo et al, 2010; Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LASAS) consta de 24 reactivos distribuidos en dos sub escalas la

primera, Ansiedad de actuación o ejecución (13 reactivos); la segunda ansiedad social (11 reactivos), y evalúan el grado de ansiedad y el grado de evitación, puntúan en una escala tipo Likert de cuatro grados donde 0=nula ansiedad y 3=ansiedad severa (parte de grado de ansiedad): 0=nuca y 3=frecuentemente (dimensión de evitación) con un alfa de Cronbach=0,90. (Liebowitz, 1981.)

Expresión Emocional La expresión emocional es una fuente de señales para los demás, que les habilita para comprender mejor lo que el otro experimenta, predecir sus

Cuestionario de regulación emocional (ERQ) formada por 10 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de siete puntos, 1= totalmente desacuerdo;

comportamientos futuros y 7=totamente de acuerdo. por consiguiente promover Con un alfa de relaciones interpersonales Cronbach=0,86. (Gross y más eficaces y adecuadas Jhon, 2003). Cuestionario jugando un papel de Exploratorio de Expresión suma importancia en la Emocional (CEEE) Bernal interacción social. & Gil-Bernal, 2014). (Feldman, 2001). Cuestionario de afecto positivo y negativo (PANAS) compuesta por dos factores de 10 reactivos cada una, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos para ambos factores, 1=muy poco o nada y 5=mucho y un alfa de Cronbach=0,90 Watson et al, 1984).

5.6 Participantes

Participaron 649 estudiantes del primer semestre seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de las licenciaturas en psicología 17.8% (n=116), gerontología 15.8% (n=103), enfermería 15.5% (n=101), medicina 19.1% (n=125), odontología 16.1% (n=105), nutrición 12.4% (n=81) y farmacia

3.4% (n=22), pertenecientes al Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa). Del total de la muestra, el 29.4% (n= 191) eran hombres y el 70.6% (n=458) eran mujeres, con una media de edad de 19.28 (DE=2.78), en un rango de edad de los 16 a 59 años.

5.7 Tipo de estudio y diseño

No experimental, transversal, exploratorio

García, B (2009).

5.8 Instrumentos

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (Caso-A30; Caballo, et al., 2010) evalúa la ansiedad social, consta de 30 reactivos en una escala tipo Likert de cinco puntos donde 1= Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo hasta 5 = Mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo. Este cuestionario evalúa cinco factores de la ansiedad social: 1)Hablar en público/interacción con personas de autoridad, 2)Interacción con desconocidos, 3)Interacción con el sexo opuesto, 4)Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, y 5)Quedar en evidencia o ridículo, con un alfa de Cronbach=0,91.

Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión de autoinforme (Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report, LSAS-SR, 1987). La escala está conformada por 24 reactivos que evalúan dos aspectos de la ansiedad, por una

parte el temor o ansiedad y por otra, la evitación, de situaciones sociales específicas, las respuestas están dadas en una escala tipo Likert de 4 puntos, para el aspecto de temor o ansiedad 0 = ninguna/nada y 3= grave y para la evitación 0 = nunca y 3 = habitualmente. Posee un alfa de Cronbach=0,90.

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross & John, 2003) evalúa el uso de estrategias de regulación emocional. Está compuesto por 10 afirmaciones con 7 opciones de respuesta en formato tipo Likert que van desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta 7 = totalmente de acuerdo, tiene un alfa de Cronbach=0,86.

Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Positive and Negative Affect Schedule, Watson et al., 1988). El cuestionario está formado por 20 reactivos, 10 de los cuales se refieren a la subescala de afecto positivo (AP) y 10 a la subescala de afecto negativo (AN), con un formato de respuesta tipo Likert donde 1= muy poco o nada y 5 = mucho. La consistencia interna del total de la escala es de $\alpha=0,72$. Ambas sub escalas enlistan una serie de descriptores de afectos tanto positivos como negativos, entendidos como estados afectivos y/o disposiciones personales de la emocionalidad. Los cuales configuran la estructura básica del afecto.

Cuestionario Exploratorio de Expresión Emocional (CEEE, Bernal & Gil-Bernal, 2015) que fue construido con fines del presente estudio y está conformado por 5 situaciones sociales en las que las personas pueden sentirse y expresarse

de manera distinta. Cada situación social explora la forma en la que se siente la persona y la forma en la que se expresa, teniendo un total de 10 preguntas abiertas.

5.9 Procedimiento

Se gestionaron los permisos necesarios para la aplicación de la batería: “Evaluación de Factores Protectores y de Riesgo en estudiantes universitarios” (EFPR-U), en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), con las áreas académicas de las licenciaturas en Psicología, Odontología, Gerontología, Farmacia, Nutrición, Medicina. Cada uno de los alumnos firmó un consentimiento informado donde aceptaban participar en la investigación. Una vez terminada la fase de aplicación se procedió a la captura de los datos los cuales fueron revisados y depurados, para obtener la base de datos a la que se le realizó el análisis estadístico con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

RESULTADOS

Con la finalidad de contestar la pregunta de investigación así como de comprobar las hipótesis del presente trabajo, a continuación se presentan los resultados obtenidos de los análisis correspondientes.

Se llevaron a cabo los análisis descriptivos correspondientes. A continuación se presenta la Tabla 2 en la que se presenta la distribución de las variables sociodemográficas de la muestra.

Tabla 2. Distribución de porcentajes de la muestra por carreras y por sexo

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Carrera	29.4	70.96	
Psicología (n=116)	17.3	18.1	17.8
Gerontología (n=103)	6.8	19.7	15.8
Enfermería (n=102)	10.5	17.7	15.5
Medicina (n=125)	33.5	12.7	19.0
Nutrición (n=81)	8.9	13.8	12.4
Farmacia (n=22)	4.2	3.1	3.4
Odontología (n=105)	18.8	15.1	16

Se encontró que la media de edad era de 19.34 años (DE=3.12) con un rango de edad de 17 a 26 años de edad pertenecientes a 7 licenciaturas diferentes.

Diferencias entre hombre y mujeres con respecto a la Ansiedad Social

Para conocer la diferencia por sexo con respecto a la variable de ansiedad social se llevó a cabo a cabo una *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de conocer si la diferencia de las medias entre ambos grupos (mujeres y hombres) resultaba estadísticamente significativa para cada factor y para el puntaje total del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) así

como el puntaje total y en dos subescalas de la Escala de ansiedad social de Liebowitz.

Los datos revelaron que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los factores y los puntajes totales de ambas escalas. En las Tablas 3 y 4 se muestran las medias y desviaciones estándar así como los

Tabla 3. Diferencias entre hombres y mujeres por factores y total de la Escala de Ansiedad Social (CASO-A30)

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DE	M	DE		
CASO-A30	66.58	21.81	76.92	22.07	5.330	0.000
Hablar en público	12.81	5.03	15.47	5.58	5.663	0.000
Interacción con desconocidos	12.07	4.88	13.23	4.84	2.709	0.007
Interacción con el sexo opuesto	13.48	5.00	16.02	4.46	5.418	0.000
Exp. asertiva molesta	12.99	4.86	14.40	4.86	3.279	0.001
Quedar en evidencia	14.97	5.2	16.79	5.28	3.954	0.000

puntajes de *t* para cada caso.

En la tabla se observa que si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres (M=66.58, DE=21.81) y mujeres (M=76.92, DE=22.07) en el total de la escala de ansiedad social, observándose una media más alta para las mujeres. Esto mismo se repitió en las medias para los 5 factores de la escala, observándose que la media más alta tanto en hombres (M=14.97, DE=5.2) como

en mujeres (M=16.79, DE=5.28) y las más bajas fueron también para ambos grupos el factor de Interacción con desconocidos, en donde los hombres tuvieron una media de 13.48 (DE=5) y las mujeres una media de 13.23 (DE=4.84).

Asimismo se utilizó la escala de ansiedad social de Liebowitz. Se llevó a cabo una prueba *t* de Student para muestras independientes. Los resultados se

Tabla 4. Diferencias entre hombres y mujeres para la escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS)

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	D	M	D		
LSAS TOTAL	33.95	23.38	42.88	23.66	4.239	.00
Ansiedad	17.19	12.38	22.67	13.88	4.483	.00
Evitación	17.44	13.38	20.78	12.54	2.98	.03

muestran en la Tabla 4.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el total de la escala así como para las subescalas de evitación y miedo. Se observa que para los tres casos las medias son más altas que para los hombres. Es decir, las mujeres tienen un nivel más alto de temor o ansiedad ante las situaciones sociales y las evitan más que los hombres.

Diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la Expresión Emocional

Para conocer las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a variable de expresión emocional, por un lado se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para muestras independientes para el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y el Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) así como el análisis de las repuestas del Cuestionario Exploratorio de Expresión Emocional (CEEE). En la Tabla 4 se observan los resultados de la prueba estadística correspondiente, y que no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres el cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas

Tabla 5. Diferencias entre hombres y mujeres en la expresión emocional

	Hombres			Mujeres			<i>T</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>E</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>E</i>	<i>D</i>		
ERQ								
TOTAL	40	11	.67	40	10	.70	0.190	849
PANAS								
TOTAL	55	8.	.60	55	9.	.03	.631	528
Afecto Positivo	39	8.	.09	38	8.	.79	.501	616
Afecto Negativo	20	6.	.02	19	7.	.12	.058	954
Miedo y vergüenza	12	3.	.78	19	7.	.12	.850	396
Hostilidad	6.	2.	.6.	6.	2.	.2.		
Tensión y nerviosismo	30	47	.4.	27	78	.1.	.102	918
	69	67	.69	97	84	.84	1.707	088

por sexo. Tabla 5. Diferencias entre hombres y mujeres para el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y el Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)

En la tabla se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas en la expresión emocional de los hombres y mujeres universitarios.

Diferencias entre Altos y Bajos en Ansiedad Social con respecto a la Expresión Emocional

Tabla 6. Diferencias entre estudiantes con alto y bajo nivel de ansiedad social con respecto a su expresión emocional

	Bajo Nivel Ansiedad Social (CASO-A30 <57)		Alto Nivel Ansiedad Social (CASO-A30 >89.7)		<i>t</i>	<i>P</i>
	M	D E	M	D E		
ERQ						
TOTAL	3 7.60	1 0.81	4 3.76	9 0.90	.0 39	. 969
PANAS						
TOTAL	5 5.55	8 0.01	5 5.68	1 0.35	2. 029	. 044
Afecto						
Positivo	4 2.61	8 0.48	3 5.79	8 0.75	.2 16	. 829
Afecto						
Negativo	1 6.89	5 0.46	2 3.19	7 0.63	2. 502	. 013
Miedo y						
vergüenza	1 1.34	2 0.93	1 3.93	4 0.55	2. 861	. 005
Hostilida						
d	5 4.47	2 0.27	6 9.98	2 0.62	1. 387	. 167
Tensión y						
nerviosismo	4 2.22	1 0.62	5 6.69	1 0.85	.9 26	. 356

Se determinaron diferencias estadísticamente significativas entre los universitarios con alto y bajo nivel de ansiedad social con respecto a la expresión

emocional, los universitarios con alto nivel de ansiedad social ($M=55.68$, $DE=10.35$) presentan medias más altas (en el total de la Escala de afecto positivo y negativo (PANAS), la subescala de Afecto negativo también presenta diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, el grupo con altos niveles de ansiedad social muestran medias más elevadas en la expresión de afecto negativo en general ($M=23.19$, $DE=7.63$) y en la expresión de miedo y vergüenza ($M=13.93$, $DE=4.55$).

Diferencias entre hombres y mujeres para el Cuestionario Exploratorio de Expresión Emocional

Además de llevar a cabo la evaluación de la expresión emocional utilizando los instrumentos antes mencionados, se aplicó un Cuestionario Exploratorio de Expresión Emocional en Universitarios (CEEE-U) formado por 5 preguntas abiertas que indagan acerca de la manera en la que los hombres y mujeres universitarios sienten y expresan sus emociones, las preguntas aluden a las situaciones que de acuerdo a la revisión de la literatura incrementan los niveles de ansiedad social.

A continuación se presentan los datos de las respuestas más frecuentes en cada caso.

Para la situación **“Cuando hablo en público me siento...”** se encontró que las respuestas más frecuentes se distribuyeron de la siguiente manera: 55% de las mujeres mencionaron sentirse nerviosas, 10% bien, 10% seguras/tranquilas y 4% sintieron miedo. En el caso de los hombres para la misma situación se encontró que las respuestas más frecuentes se distribuyeron de la siguiente manera: el 37.7% se sintieron nerviosos, 16.8% bien y 15.7% seguros/tranquilos.

Y se encontró que **la forma de expresarlo** fue principalmente con reacciones fisiológicas tanto para hombres como para mujeres (22.7% de las mujeres y el 18.3% de los hombres) entre las que se encontraron con mayor frecuencia el temblor, sudor, resequedad en la boca, tartamudeo y voz entrecortada. Además de que el 8.7% de las mujeres decía equivocarse, el 6.5% que hablaba mucho y para los hombres el 16.7% mencionaba que se expresaba de forma “clara” y el 11% decía que lo hacía “bien”.

Para la segunda situación: **Cuando interactúo con desconocidos me siento...** se encontró que las respuestas más frecuentes se distribuyeron de la siguiente manera: el 20.7% de las mujeres se sentían nerviosas, el 12% reportó no sentir nada y el 10% dijeron sentirse bien. En el caso de los hombres el 20.4% se sintieron “normales”, el 14.7% se sintieron bien y el 13% nerviosos.

Y para esta situación, al preguntar **la forma de expresarlo**, las respuestas se distribuyeron de la siguiente manera: el 17.7% de las mujeres fue iniciando la plática, el 9% hablando poco y el 7.2% evitaban la situación. En el caso de los hombres el 18.8% reportó que lo expresaba manteniendo una conversación, el

11% dijeron expresarlo de forma “normal” y el 5.8% mencionaron expresarlo “bien”.

Para la tercera situación, que se refiere a **“Cuando me ponen en evidencia y/o ridículo me siento...”**. Para el caso de las mujeres, el 33.8% se sintieron avergonzadas, el 17% se sintieron tristes y el 16.6% sentían enojo. En el caso de los hombres el 23% se sentía avergonzado, el 15.2% triste y el 14% se sintieron nerviosos.

Y mi **forma de expresarlo** para las mujeres el 28.8% reportaron sentir respuestas fisiológicas, el 9% se quedaba callada y el 7% se reía y en el caso de los hombres, el 15.2% reportó sentir respuestas fisiológicas, el 12% lo expresaba con enojo o molestia y el 7.3% se quedaba callado.

Para el caso de la cuarta situación que se refería a: **Cuando expreso de forma asertiva molestia, desagrado o enfado me siento...** el 24.7% de las mujeres sentían enojo, el 16.4% se sintieron bien y el 7.4% se sentían tranquilas. En el caso de los hombres, el 34% se sentían enojados, el 10.5% se sentían mal y el 10% se sentían bien.

Y **la forma de expresarlo**, para el caso de las mujeres fue que el 22.7% mencionaron decir lo que sentían, el 7.4% gritaban y el 6.5% se quedaban calladas. En el caso de los hombres, el 16.7% reportaba hacerlo de manera agresiva, el 4.7% gritaba y otro 4.7% se quedaba serio.

Y para la quinta situación en la que se les preguntó: **Cuando interactúo con el sexo opuesto me siento...** en el caso de las mujeres se encontró que las tres principales respuestas se distribuyeron de la siguiente manera: el 25.5% de

sentían normal, el 21.2% sentían nervios y el 18.5% se sentían bien. Para el caso de los hombres el 29.8% se sentían bien, el 18.8% se sentían normales y el 13% se sentían nerviosos.

Y **la forma de expresarlo**, las mujeres el 15.5% iniciaban la conversación, el 15% actuaba de forma “normal”, el 7.4% se ríe y el 7.2% mencionan algún tipo de respuesta fisiológica. Y para los hombres el 16.2% reportó que su forma de expresarlo era iniciando la conversación, el 12.6% sintiéndose feliz y sonriendo y el 11% lo expresaba “normal”.

Relación entre Ansiedad Social y Expresión Emocional

Para conocer la relación que existe entre la ansiedad social y la expresión emocional en la muestra de estudiantes universitarios se llevó a cabo una r de Pearson. En la Tabla 5 se muestran los resultados para las correlaciones entre el puntaje total y por factores del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) así como el puntaje total y las dos subescalas de la Escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS) y el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y el Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS).

Tabla 7. Correlaciones r de Pearson entre los instrumentos para evaluar Ansiedad Social y Expresión Emocional (n= x)

ANSI EDAD SOCIAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL								
	TOTAL ERQ	TOTAL PANAS	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Miedo y vergüenza	Hos- tilidad	Te- nsión y nerviosism o		
CAS O-A30	.20 1**	.02 7	-. .283**	.3 42**	.2 71**	.202 **	.3 16**		
Habla r en público	.18 3**	-. .030	-. .301**	.2 98**	.2 37**	.150 **	.2 83**		
Intera- cción con desconocidos	.14 2**	-. 015	-. .273**	.2 78**	.1 85**	.191 **	.2 60**		
Intera- cción con el sexo opuesto	.19 4**	.01 8	-. .229**	.2 75**	.2 10**	.170 **	.2 50**		
Exp. asertiva molestia	.17 0**	.02 6	-. .213**	.2 62**	.2 21**	.160 **	.2 18**		
Qued- ar en evidencia	.14 8**	.10 1*	-. .199**	.3 39**	.2 91**	.198 **	.3 15**		
LSA S TOTAL	.12 7**	.01 8	-. .242**	.2 87**	.2 35**	.156 **	.2 72**		
Ansie- dad	.17 0**	.05 0	-. .218**	.3 05**	.2 71**	.154 **	.2 76**		
Evita- ción	.08 1*	-. .021	-. .246**	.2 43**	.1 86**	.134 **	.2 37**		

El total así como cada uno de los factores que componen a cada una de las escalas de ansiedad social, correlacionan significativamente con una fuerza baja y dirección positiva con la escala de regulación emocional. No hay correlación estadísticamente significativa entre el total de las escalas de ansiedad social (CASO-A30 y LSAS) y la expresión emocional medida con la escala de afecto positivo y negativo, en la escala de ansiedad social CASO-A30 solo el factor quedar en evidencia tuvo una correlación positiva baja estadísticamente

significativa con el total del PANAS, la parte de afecto positivo del PANAS tiene una correlación negativa baja estadísticamente significativa con ambas escalas de ansiedad social, mientras que la parte de afecto negativo tuvo una correlación baja positiva con las dos escalas de ansiedad social en su totalidad y por factor de cada escala. La expresión de miedo y vergüenza, hostilidad, y tensión y nerviosismo que forman parte de la división de afecto negativo del PANAS, obtuvieron una correlación baja positiva estadísticamente significativa con las escalas de ansiedad social

Discusión y conclusiones

El primer objetivo de la presente investigación fue determinar la diferencia entre hombres y mujeres universitarios con respecto al nivel de ansiedad social. La variable se midió en un primer momento con la Escala de Ansiedad Social para adultos (CASO-A30) que evalúa el nivel de malestar, temor o nerviosismo en las diferentes dimensiones de la ansiedad social y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) que mide el grado de malestar y el grado de evitación de las principales situaciones sociales. Se llevaron a cabo *t* de Student para muestras independientes para cada escala, que arrojaron diferencias estadísticamente significativas por sexo para ambas medidas y para los factores de cada escala, siendo las mujeres las que puntuaron más alto en todos los casos. Esto coincide con estudios previos en población general en los que se cuenta con evidencia de que las mujeres presentan niveles significativamente más altos de ansiedad social que sus pares hombres (Inglés et al., 2001; Inglés, Marzo, Hidalgo, Zhou & García-Fernández, 2008; Méndez, Inglés & Hidalgo, 2002; Olivares, Piqueras & Rosa, 2006; Olivares et al., 2005; Piqueras et al., 2008; Zhou, Xu, Inglés, Hidalgo & La Greca, 2008). A pesar de que los resultados no han sido concluyentes para explicar estos hallazgos, una razón puede deberse a que algunos autores han reportado que las respuestas de ansiedad se ven disminuidas durante el embarazo y la fase luteínica del ciclo menstrual en la mujer, observándose un agravamiento de los síntomas de ansiedad tras el parto. Estos niveles altos de progesterona tienen un papel importante en estas diferencias sexuales y esta respuesta hormonal podría explicar que en una muestra general no se observaran estas diferencias. Hasta el siglo pasado las mujeres permanecían gran parte de su

vida adulta en periodos de embarazo y/o lactancia. Por otro lado, vale la pena destacar que actualmente el rol de la mujer se ha modificado, no solo en funciones sociales sino en su propio organismo. Estos cambios podrían favorecer variaciones hormonales que promueven o no los cambios en cuanto a los niveles de ansiedad (Altemus & Epstein, 2008). Aunque no se cuenta con evidencia suficiente que explique las diferencias por sexo en la prevalencia de los trastornos de ansiedad en población general, éstos podrían ser explicados con mayor facilidad si se toman en cuenta las situaciones sociales temidas y las funciones sociales de cada género.

Diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la Expresión Emocional

Para cumplir el objetivo de identificar las diferencias en la expresión emocional de hombres y mujeres universitarios, se aplicaron dos escalas; el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) que evalúa en qué medida las personas suelen intentar cambiar el nivel cognitivo y el impacto emocional que generan alguna situaciones sociales así como las estrategias de supresión emocional, y el Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) que mide tanto el afecto positivo y negativo que mide en este último, la expresión del miedo, la vergüenza, la hostilidad, la tensión y el nerviosismo. Finalmente la evaluación de esta variable se complementó con el Cuestionario Exploratorio de Expresión Emocional (CEE-U) mismo que fue desarrollado para fines del presente estudio. Para las primeras escalas, se llevó a cabo una prueba *t* de Student para muestras independientes. Los hallazgos fueron que para ambas escalas no se encontraron

diferencias estadísticamente significativas por sexo. Esto puede deberse a que de acuerdo con lo que ha reportado en la literatura, las diferencias de expresión emocional entre hombres y mujeres está determinada por la intensidad de las emociones más que por el tipo de emociones expresadas (positivas y negativas) y la escala utilizada en el presente estudio sólo evalúa éste último factor (Grossman & Wood, 1993). Los resultados encontrados con el Cuestionario Exploratorio de Expresión Emocional (CEEE-U) se describen a continuación. Se determinó que para el análisis de las respuestas se identificarían las frecuencias de las respuestas que dieron hombres y mujeres de la muestra. A continuación se presentan los hallazgos más relevantes por cada pregunta/estímulo del cuestionario.

Para primera pregunta “*Cuando hablo en público me siento...*” la respuesta más frecuente en ambos grupos hace referencia a sentir nervios y miedo, así como expresarlo mediante reacciones fisiológicas que incluían sudoración, rubor, tartamudeo, entre otras. Además de que para las mujeres mencionaron como la segunda forma más frecuente de expresar estos nervios era equivocándose y hablando mucho. Lo cual es acorde con lo que refiere la literatura respecto a que hablar en público se considera una de las situaciones sociales más frecuentemente temidas en población general y personas con síntomas asociados a la ansiedad social. Sin embargo tanto para hombres como para mujeres se encontró que mencionaron como segunda y tercera opción más frecuente sentirse bien, seguros/tranquilos. Y acorde con esta respuesta, los hombres hicieron referencia a que su forma de expresarlo era haciéndolo de forma clara y bien. Este

hallazgo aunque pareciera que no se relaciona con la respuesta esperada para las personas que sienten ansiedad en una situación social temida como lo es hablar en público, sí es acorde con lo reportado por algunos estudios en los que se indica que algunas personas que se exponen a una situación social temida exhibirán un incremento de conductas y pensamientos orientados a lograr la tarea a la cual se someten, tales como las referidas por los participantes, que es hablando en público de forma clara y bien.

Para la segunda pregunta, en la que se les solicitó a los participantes contestaran cómo se sentían “*Cuando interactúan con desconocidos*” la respuesta más frecuente en las mujeres fue sentir nervios, mientras que en el caso de los hombres fue la minoría quien reportó sentir nervios. Y tanto para hombres como mujeres, dos de las respuestas más frecuentes hizo referencia a no sentir nada, sentirse normales o bien. Lo que se encontró cuando se les preguntó la manera de expresarse ante la interacción con desconocidos, se encontró que lo que reportaron las mujeres como lo más frecuente fue iniciando la plática, lo cual podría indicar una estrategia activa ante la situación, sin embargo para la misma pregunta en las mujeres, la segunda y tercera opción más frecuentes fueron: hablando poco y evitando la situación. Para el caso de los hombres, las tres respuestas más frecuentes fueron: mantener una conversación, estando normal o bien haciendo referencia a conductas asociadas a resolver la situación o enfrentarla de manera positiva. Una posible explicación a estas diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la actuación en situaciones con interacción con desconocidos puede estar relacionada con las características propias de la

muestra que en particular puede promover conductas asociadas a un rol de género masculino en cuyo caso promueve un manejo de las situaciones de forma más activa que las mujeres.

Para la tercera situación en la que se les preguntó a los participantes “*Cuando me ponen en evidencia y/o ridículo me siento*” tanto hombres como mujeres expresaron sentirse avergonzados, tristes, enojados y nerviosos, lo cual corresponde a emociones negativas asociadas a las que usualmente se presentan en grupos de personas con ansiedad a la evaluación negativa. La forma de expresar lo anterior, hombres y mujeres coincidieron que fue a través de respuestas fisiológicas y quedarse callados, mientras que las mujeres además indicaron reírse y los hombres enojarse o molestarse. Esto puede deberse a que la vergüenza, que fue la emoción más frecuente que se presentó en hombres y mujeres ante quedar en evidencia y hacer el ridículo, puede asociarse con mayor facilidad a una actuación esperada debido a los roles de género. Es decir, los hombres que se exponen a quedar en evidencia o hacer el ridículo sufren de una consecuencia social, ya que lo que se espera de los hombres es que tengan control de las situaciones, mientras que para las mujeres las expectativas son opuestas.

En la pregunta de “*Cuando expreso de forma asertiva molestia, desagrado o enfado*”, tanto hombres como mujeres reportaron sentir enojo y bien con más frecuencia y las mujeres además reportaron sentirse tranquilas. Al parecer para

algunos participantes la manera de expresar su molestia o desagrado puede responder más a la posibilidad de que estos no tuvieran del todo claro el concepto de asertividad, más que a su forma de expresar su molestia. A partir de esta información, sería relevante que cuando se realice alguna réplica del presente estudio durante las instrucciones se les aclare la definición de asertividad.

Los resultados en cuanto a su forma de expresar la molestia, las mujeres limitaron su respuesta a la expresión verbal del enojo, mientras que los hombres mencionaron expresarse de forma agresiva, lo cual puede deberse a múltiples factores entre los que destacan las funciones asociadas al género. Es socialmente aceptado que los hombres actúen de forma violenta, la literatura revela que los hombres tienden a ser agresivos en situaciones en las que hay un sentimiento de la pérdida de control, ya que éste, está asociado directamente con el rol masculino. Y en particular las características de la muestra, indican que estos roles están mucho más marcados en el estado de Hidalgo que en otra población. Finalmente, para la situación "*Cuando interactúo con el sexo opuesto*", tanto mujeres como hombres reportaron sentirse normal y bien y con menos frecuencia, nerviosos.

En general, lo que se encontró en las respuestas de los universitarios en el cuestionario, fue que las más frecuentes tanto en hombres como mujeres de la corresponde a las principales respuestas emocionales reportadas en la literatura de investigación como las más frecuentes en ansiosos sociales tales: nervios y vergüenza. Sin embargo, es relevante indicar que exhibir este tipo de respuestas no indica necesariamente la presencia del trastorno sino la reacción aislada en

situaciones socialmente temidas con mayor frecuencia para los ansiosos sociales. Si bien se encontró que un porcentaje de la muestra reportó altos niveles de ansiedad con las primeras escalas, es importante señalar que de forma natural los seres humanos tienen respuestas de ansiedad que son adaptativas y que promueven la resolución de problemas en situaciones sociales temidas. Sin embargo, se pudo hacer un bosquejo no solo de los niveles de ansiedad a partir de los puntajes arrojados por las escalas, sino también, del tipo de respuestas asociadas a éstas y de una manera exploratoria, conocer las posibles diferencias entre hombres y mujeres de una muestra de universitarios. La clasificación más frecuente de las emociones las divide en positivas y negativas, en el presente estudio se intentó hacer algo similar, pero la información obtenida a partir de las preguntas abiertas, no permitió corroborar dicha clasificación, ya que en muchos casos, tanto en hombres como en mujeres y en distintas preguntas, los participantes tuvieron respuestas tales como: bien y normal. Sin embargo no se pueden hacer atribuciones respecto al significado o sinónimo de dichas palabras. Incluso la respuesta de nervios, que globalmente fue la más frecuente, carece de información que permita saber si fue una reacción que posibilita o imposibilita la satisfacción de necesidades y que es el eje transversal para clasificar la emoción en positiva o negativa. De igual forma, al referirse a las respuestas emocionales se desconoce si son tan intensas que generen evitación de las situaciones sociales por lo que no podría asociarse directamente a la respuesta de evitación común exhibida en los ansiosos sociales.

Diferencias de la expresión emocional entre los grupos de alto y bajo nivel de Ansiedad social

Para llevar a cabo siguiente objetivo de la presente investigación la muestra de universitarios se dividió en altos y bajos niveles de ansiedad social. Considerando bajos a aquellos participantes hombres y mujeres por debajo del primer cuartil y los altos por encima del tercer cuartil del puntaje total de la escala CASO-A30. Al dividir la muestra se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos respecto a su expresión emocional. Para conocer si estas diferencias eran significativas, se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Se observó que los estudiantes con puntaje alto en la escala CASO-A30 presentaron medias más altas en el total de la escala de afecto positivo y negativo, además el factor de expresión de afecto negativo y su subescala de expresión de miedo y vergüenza también presentaron medias más elevadas en este grupo. Esto puede explicarse debido a que de acuerdo con la revisión de la literatura, los ansiosos sociales tiene una mayor facilidad para la detección de emociones negativas debida al el sesgo atencional característico del trastorno. El proceso de expresión emocional requiere de una evaluación de la situación misma que para los ansiosos es percibida como negativa y/o amenazante, de aquí que incremente la probabilidad de que la respuesta emocional esté dirigida a la expresión de emociones negativas.

Relación entre Ansiedad Social y Expresión Emocional

Para contestar el objetivo respecto a la relación entre la ansiedad social y la expresión emocional, y para conocer la relación entre los niveles de ambas variables, se llevó a cabo una correlación r de Pearson entre los puntajes de las escalas de ansiedad social y expresión emocional así como los factores y subescalas de ambas. Se encontró que los puntajes del CASO-A30 y del LSAS correlacionaron significativamente con una fuerza baja y dirección positiva con el ERQ el cual evaluó la medida en la que los participantes intentaron generar un cambio cognitivo así como el impacto emocional que les generaba una situación determinada. Para el PANAS, que mide el afecto positivo y negativo se encontró una correlación estadísticamente significativas, positiva y baja entre el total de la prueba el factor “quedar en evidencia” del CASO-A30 que mide el grado de malestar que genera alguien que queda en ridículo, lo que quiere decir que los participantes del estudio exhiben una mayor expresión de las emociones positivas y negativas en situaciones que les causa malestar por quedar en evidencia. Cuando se llevaron a cabo las correlaciones por factor del PANAS, se encontró que la subescala de afecto positivo correlacionó significativamente pero negativa y baja con todos los factores del CASO-A30 (hablar en público, interacción con desconocidos, interacción con el sexo opuesto, expresión asertiva de molestia, quedar en evidencia) y de las subescalas del LSAS, que miden ansiedad y evitación a las situaciones sociales. Es decir, a mayor malestar ante las situaciones sociales temidas, menor expresión de afectos positivos lo cual concuerda con la literatura de investigación en la que se identifica que para las

personas que sufren de ansiedad la expresión de sus emociones se ve disminuida en el sentido positivo y tienen más a identificar más rápidamente las negativas.

Es importante señalar que la mayoría de los trabajos que relacionan ansiedad social y expresión emocional, lo hacen a partir del reconocimiento facial de expresión de emociones y no con una escala o cuestionario que indague la emoción y conducta específica relacionada a una situación social temida en particular, por lo que se sabe poco respecto al tipo de emociones que expresan los ansiosos sociales. Los estudios de reconocimiento facial confirman el sesgo negativo de los ansiosos sociales, así como la facilidad con la que detectan expresiones faciales negativas. En estudios realizados recientemente se descubrió que la ansiedad social no aumenta con la percepción de emociones negativas provenientes del exterior, sino más bien con la percepción de la carga emocional sin importar el tipo de emoción que sea; positiva o negativa

Considerando las implicaciones del género en los estudios de ansiedad social hay estudios que demuestran que los hombres presentan mayores niveles de ansiedad social en población clínica, ya que la ejecución de ciertas tareas en los hombres tienen una implicación de las funciones asociadas al género femenino y no al masculino, por ejemplo tareas tales como devolver algún producto del súper, ya que la función de “hacer las compras” esta mayormente asociado con el género femenino son estas tareas en las que los hombres presentan mayor nivel de ansiedad, de igual forma el estereotipo de género masculino y sus funciones sociales, hacer que el trastorno de ansiedad social sea más incapacitante en hombres que en mujeres.

Limitaciones y sugerencias

Una de las limitaciones que se encontró durante el desarrollo del presente estudio es la es el tema de la propia tesis, ya que las líneas de investigación que se desarrollan de expresión emocional suelen incluir la medición de la variable a través del reconocimiento facial, por lo que los resultados brindan evidencia de cómo el ansioso social identifica la emoción de los otros, más no las propias. Al presentar un primer acercamiento al desarrollo de un instrumento que midiera dichas respuestas, se cuenta con datos cualitativos que si bien permiten entender a grandes rasgos lo que los ansiosos sociales perciben y expresan en ciertas situaciones sociales temidas, las respuestas fueron muy generales. Los participantes hicieron referencia a las mismas palabras para diferentes situaciones, tanto de percepción como de expresión por lo que la falta de conocimiento respecto al contenido semántico de sus respuestas limita la explicación de las mismas y no permite un nivel mayor de conocimiento de la expresión emocional de la ansiedad social y por ende la explicación del trastorno en esta muestra.

El alcance de la investigación está expresado en términos de la comprensión del trastorno de ansiedad social. Se toman en cuenta los factores socioculturales que forman parte de la muestra ya que hay evidencia de que éstos son de suma importancia en el desarrollo de las enfermedades mentales, tanto en su génesis como en el curso de la misma. Conocer estos factores del contexto social permite implementar medidas de prevención así como tratamientos se ajusten de manera eficaz a quien los padece. Es necesario entender que los

trastornos psicológicos no son únicamente predisposiciones genéticas y datos epidemiológicos, sino consecuencia de los procesos en los que el sujeto está inmerso durante toda su vida. Esta visión biopsicosocial demanda que los modelos explicativos de salud mental, no solo incluyan variables biológicas sino que incluyan aquellas que se relación con el contexto sociocultural en el que se desarrolla el fenómeno. Se sugiere por lo tanto continuar con el desarrollo de un instrumento de medición que arroje evidencia empírica más específica para poder explicar con mayor detalle la variable de expresión emocional en ansiosos sociales. Por otro lado, durante la revisión de la literatura no se encontraron estudios que se llevaran a cabo en universitarios hidalguenses, por lo que se sugiere la réplica de esta investigación para poder generalizar los datos.

REFERENCIAS

- Amaya, A. C., & Campbell, M. (2010). Una comparación transcultural de síntomas de la ansiedad entre niños colombianos y australianos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(21), 497-516.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.) Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder* (5th ed.) Washington. DC: Autor.
- Arglyle, M.(1984). Some new developments in social skills training. *Bulletin of British Psychological Society*, 37, 405-410
- Arglyle M. (1969). *Social Interaction*. Londres: Methuen.
- Arnold, M.B. (1960) *Emotions and Personality*, 1(2). New York: Columbia University Press.

Baeza C. (2014) Ansiedad y sus problemas. Las enfermedades psicosomáticas: enfermedades invisibles. Disponible en: <http://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/las-enfermedades-psicosomaticas-enfermedades-invisibles/23>.

Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ y cols. Consensus Statement on Social Anxiety Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Supl. 17): 54-60.

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder* (pp. 11-46). Washington, DC: American Psychological Association.

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155–162

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 155-163.

Biglieri R, Auné S, & Vetere G. (2012). Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria. 19 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100028.

Bobes J, Bousoño M, González MP, Saiz PA. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. Barcelona: Masson, 2001.

Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., Doménech, R., González-Quirós, M., Buscarán, M. T., González, J. L. & Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social

- Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheenan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medical Clinical*, 112, 530–538.
- Brody, L. (1993). On understanding gender differences in the expression of emotions: gender roles, socialization and language. En Ablon, S., Brown, D., Khantzian, E. Y Mack, J. (ed.): *Human feelings: explorations in affective development and meaning*. Hillsdale NJ. Analytic Press.
- Brody, L. R., y Hall, J. A. (2000). Gender, emotion, and expression. In M. Lewis, y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Caballo, V y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8 173-215
- Caballo, V. E. (2005) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI de España Editores
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Irurtia, M., Calderero, M., & Spain CISO-A Research Team. (2010). Validación del ‘Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology*, 18(1), 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Irurtia, M., Calderero, M., & Spain CISO-A Research Team. (2010). Validación del ‘Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral*
- Caballo, V., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.

- Carmen P. Mclean, Anu Asnaani, Brett T. Litz, Stefan G. Hofmann. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*. 45 (2011) 1027-1035.
- Casassus, J. (2007). *La educación del ser emocional*. Editorial Cuarto Propio.
- Caspi, A., Elder, G. H., & Bem, D. J. (1998). Moving against the world: Life-course patterns of shy children. *Developmental Psychology*, 24, 824-831.
- Cevera, S. E., Roca, M.B. & Bobes, J.G. (1998). *Fobia social*. Barcelona: Masson.
- Cia, A.H. (2004). *Trastorno de Ansiedad Social: Manual diagnóstico, terapéutico y de ayuda*. Buenos Aires: Polemos
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. & Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135–140.
- Coloma, M. A. (1993). La familia como ámbito de socialización de los hijos. En J. Quintana. (Ed.), *Pedagogía familiar* (pp 45-58) Madrid.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P. & Dorenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285–297
- Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122,5–37. [Http://dx.doi.org/10.1002/da.20759](http://dx.doi.org/10.1002/da.20759).
- Del pretolite, Z. & Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Mexico: Manual Moderno .
- Deux, K., & Kite, M. (1993). Gender stereotypes. En F. L Denmark & M. A. Paludi (Eds.), *Psychology of Women: A Handbook of Issues and Theories*. 107-139. Westport, C.T.: Greenwood Press.
- Díaz Barón, M. (1988). Socialización, Sociabilización y Pedagogía. *Maguaré*, (6), 2, 231-243.

Díaz-Castela, M. M., García-López, L. J., Muela, J. A. & Espinosa-Fernandez, L. (2008, noviembre). Inteligencia emocional y diferencias sexuales en adolescentes con ansiedad social. Comunicación presentada en el II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica y de la Salud, Granada, España.

Ekman, P. (1994). Are these basic emotions? En P. Ekman y R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotions: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.

Feldman B, L., Lane, R. D., Sechrest, L., & Schwartz, G. E. (2000). Sex differences in Emotional Awareness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26 (9), 1027-1035.

Feldman Barret, L., Lane, R. D., Sechrest, L., y Schwartz, G. E. (2000). Sex differences in Emotional Awareness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9), 1027-1035.

Flynn, T. M., Markway, B. G., & Pollard, C. A. (1992). Fears of negative evaluation and social phobia: Gender differences and relationship to depression, social sensitivity, and assertiveness. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA

Fong, G & Garralda, E. (2005). Anxiety Disorders in childrens and adolescents. *Clinical Syndrome psiquiatria*, 4(8)77-81.

Fredrickson, B. L. (1998) What good are positive emotions. *Review of General Psychology*, 5(2), (pp. 300-310).

Fredrickson, B.L. (2003). The value of positive emotions. *America Scientis*, 91, 330-335.

Frijda, N. H & Zammununer, R. (1992). Létichettamento delle propire emozioni. *Giornale Italiano di Psicologia*, 19(3). 389-423.

- Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia: Empathy and conflict resolution during infancy and adolescence. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 255-266.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gendolla, G. H., & Wicklund, R. A. (2009). Self-focused attention, perspective-taking, and false consensus. *Social Psychology*, 40(2), 66-72.
- Gerlach, A. L., Wilhelm, F. H. & Roth, W. T. (2003). Embarrassment and social phobia: The role of parasympathetic activation. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 197-210.
- Gerlach, A. L., Wilhelm, F. H., & Roth, W. T. (2003). Embarrassment and social phobia: the role of parasympathetic activation. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 197-210.
- Gil-Bernal, F. (2009). *Evaluación de un modelo terapéutico para el manejo de la fobia social en niños en edad escolar*. (Tesis Doctoral).
- Ginsburg, G. S., & Silverman, W. K. (2000). Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 14(1), 57-67.
- Goleman, D. (2008). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós, S.A.
- Grant, B.F. & Weissman, M.M. (2009). Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En: W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la*

edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico, (pp. 31-45) Barcelona: Elsevier Masson.

Gross, J. J., & John, O. P. (1997). Revealing feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of personality and social psychology*, 72(2), 435.

Grossman, M. & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1010- 1022.

H.U Wittchen, M. B Stein, R. C. Kessler (1999) Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine* , Vol 29 Issue 2 Munich, Germany(CAMBIAR EN LA CITA A LOS AUTORES)

Hallion, L. S., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological bulletin*, 137(6), 940.

Handbook of Anxiety and Fear, D Caroline Blanchard, Guy Griebel , David J Nutt, Elsevier, Sep 2, 20011 Amsterdam

Hartenberg, F.P. (1901). *Les timides et la timide*. Paris.

Heimberg RG, Brozovich FA, Rapee RM. 2010. A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: update and extension. In *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, ed. SG Hofmann, PM dibartolo, pp. 395–422. New York: Academic. 2nd ed.

Heimberg, R. G., Horner, K. J, Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199–212.

Hernández-Guzman, L. (1999) *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. Mexico: UNAM.

- Hidalgo, M. D., López-Pina, J. A., Inglés, C. J., & Méndez, F. X. (2002). Análisis psicométrico del Cuestionario de confianza para hablar en público, usando la teoría de respuesta al ítem. *Anales de psicología*, 18(2), 333-349.
- Hoffman, S. A., Asnaani, A., & Hinton, D. E. (2010). Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1117–1127. [Http://dx.doi. Org/10.1002/da20759](http://dx.doi.org/10.1002/da.20759).
- Hook. J., & Valentiner, D. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitative distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 379-395.
- Imach, S. C., de Chein, A. E. E., Lacunza, A. B., Caballero, S. V., & Martinenghi, C. (2010). Habilidades sociales y contexto sociocultural: un estudio con adolescentes a través del BAS-3. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(29), 167-185.
- Izard, C.E. (1991). *The Psychology of Emotions*. Nueva York: Plenum Press.
- Janet,P. (1903) *Les obsessions et la psychasténie*, Paris; F.Alcan.
- Jerez, C., Lázaro, J. J., & Ullán, A. M. (2016). Evaluación de las escalas empleadas para determinar la ansiedad y el comportamiento del niño durante la inducción de la anestesia. Revisión de la literatura. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 63(2), 101-107.
- Keltner, D., & Kring, A. M. (1998). Emotion, social function, and psychopathology. *Review of General Psychology*, 2(3), 320.
- Kerlinger, F. N. L., Howard, B., Pineda, L. E., & Mora Magaña, I. (2002). *Investigación del comportamiento*.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (1999). *Foundations of behavioral research*.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV

- disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (Eds.). (2008). *The WHO mental health surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Nueva York: Cambridge University.
- Kring, A. & Gordon, A. (1998). Sex differences in emotion: expression, experience and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 686-703.
- L. J. García-López, Jose Olivares, Pablo E. Vera-Villaroel. Fobia Social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología* VI. 35 No 2 151-160 2003
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.U.H. Shilen (ed.), *Research in psychotherapy*, vol. 3 (pp. 90-102). Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R. S. (1984). *On the primacy of cognition*.
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D., & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. En R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotions: research Theories and experience* (pp. 189-217). New York, NY: Academic Press.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Ledoux, J. (1999) *El cerebro emocional* Barcelona: Ariel Planeta.
- Li, D. Chokka, P. & Tibbo, P. (2001). Toward and integrative understanding of social phobia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 26(3) 190-203.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

- Ltemus, M. Y Epstein, L. (2008). Sex differences in anxiety disorders. En J.B. Becker, K.J. Berkley, N. Geary, E. Hampson, J.P. Herman y E.A. Young. *Sex differences in the brain*, (pp. 397-404) Oxford University Press
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Bulletin*, 98,224–253 (doi: 0033-295X/91).
- Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 146-167.
- Navarro, P.J, Pérez-Cosín, V, & Perpiñan, S. (2015). El proceso de socialización de los adolescentes: entre la inclusión y el riesgo. Recomendaciones para una ciudadanía sostenible. *Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social*, 25. 143-149.
- Nordenberg T.(1999). Social phobia`s traumas an treatments. *Food and Drug Administration Consumer Magazin*, 33 (6), 27-33.
- Olivares, J. & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*. 11(3), (pp 483-515).
- Olivares, J., & García-López, L. J. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología conductual*, 10(2), 409-419.
- Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. Y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la fobia social en población infantil, adolescentes y adulta. *Psicología conductual*, 11, 405-428.

- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D. & García-López, L. J. (1999). An analyses of the factor structure of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) in Spanish population. Comunicación presentada en el Iberoamerican Meeting of Clinical and Health Psychology. Granada, España.
- Ollendick, T h., & King, N . J. (2004). Handbook of Interventions thats Works in Childrens and Adolescents: Prevention and Treatmen. EUA: John Wiley & Sons..
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.*
- Ovejero, B. A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.
- Parkinson, B. (1996). Emotions are social. *British Journal of Psychology*, 87, 663-683.
- Patricia A. Rao, Deborah C. Beidel, Samuel M. Turner, Robert T. Ammerman, Lori E. Crosby, Floyd R. Sallee (2007). Social anxiety disorder in childhoooh and adolescence: Descriptive psychopatology. *Behaviour Research and Therapy*. Vol 45, Issue 6 p 1181-1191
- Phillips, K.A. y First, M.B. (2009). Introducción. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 3-6) Barcelona: Elsevier Masson.
- Pichardo, M. D. C., Justicia, F., & Fernández, M. (2009). Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 37-48.
- Plutchik, R. (1987). *Las emociones*. Mexico: Diana

Plutchik, R. (1991). *The Emotions*. Nueva York: University Press of America.

Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología. Ma. Elena Medina-Mora, Guilherme Borges, Carmen Lara Muñoz, Corina Benjet, Jeronimo Blanco Jaimes, Clara Fleiz Bautista, Jorge Villatoro Velazquez , Estela Rojas Guot, Joaquin Zambrano Ruiz, Leticia Casanova Rodas, Sergio Aguilar-Gaxiola. *Salud Mental* Vol. 26, No 4 Agosto 2009 Mexico.

Rapee, R. M. Y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341.

Reeve, M.J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: mcgraw Hill.

Rocha, S.T. & Díaz-Loving, R. (2012). Género e infancia: patrones de socialización en el contexto de la cultura mexicana. *Identidades de género: más allá de cuerpos y mitos* (pp. 1133-160). México: Trillas.

Rodríguez Salazar, T. (2008). El valor de las emociones para el análisis cultural. *Papers*, 87, 145–159.

Rodríguez, D. F, Ovejero, B.A, Bringas, M.C & Moral, J.M. (2016). Afrontamientos de conflictos en la socialización adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 33(1).1-14.

Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Pan American Health Org.

- Rodríguez, J. O., & Caballo, V. E. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11(3), 483-515.
- Rodríguez-Díaz, F.J., Ovejero, B.A., Bringas, C. & Mora, M. (2016). Afrontamiento de conflictos en la socialización adolescente. Propuesta de un modelo. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 1-13.
- Rudolph, S.H. (2000). Desarrollo Social. Escocia.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 253–270.
- Sánchez Aragón, R., & Díaz Loving, R. (2009). Reglas y preceptos culturales de la expresión emocional en México: su medición. *Revista Universitas Psychologica*, 8(3), 793-805.
- Sánchez, N.M., Fernández-Berrocal, P., Rodríguez, J. M. & Postigo, L. (2008). Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Educación and Psychology*, 6(2). 455-474.
- Sánchez, T. (2011). Género y socialización: una aproximación transcultural. En A, Domínguez. (Ed), *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología*. (pp 151-176) Mexico: Universidad Iberoamericana.
- Simon, R. & Nath, L. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *American Journal of Sociology*, 109, 1137-1176.
- Snell, W. E. (1989). Willingness to self-disclose to female and male friends as a function of social anxiety and gender. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 15, 113–125.

- Sokol, R. I., & Strout, S. L. (2006). A complete theory of human emotion: The synthesis of language, body, culture and evolution in human feeling. *Culture & Psychology*, 12(1), 115-123.
- Sommer M. (2008) Emotion-dependent modulation of interference processes: an fmri study. *Acta Neurobiologia* 68: 193-203.
- Spielberger C.D. (1980) test Anxiety Inventory: Preliminary Professional manual. Palo Alto Consulting Psychology Press.
- Stein MB. Stein DJ (2008) Social Anxiety disorder. *Lancet* 371 (9617): 1115-1125
- Stein, M.B., Torgrud, L.J. & Walker, J.R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of Psychiatry*, 50(6), 305-307.
- Tomkins, S. S. (1980). Affect as amplification: Some modifications in theory. *Emotion: Theory, research, and experience*, 1, 141-164.
- Turk, C. L., Heimberg, R.G, Luterek, Mennin, D. S & Fresco, D.M (2005) Dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89-106.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., ... & Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of anxiety disorders*, 12(3), 209-223.
- Turner, S. M., Beidel, D., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35–40.

- Wald, J. (2011). Anxiety disorders and work performance. In *Work accommodation and retention in mental health* (pp. 121-140). Springer New York.
- Wicklund, R. A., (1975). Objective self-awareness in L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 8, pp. 233-275). New York: Academic Press.
- Yang Xu, Franklin Schneir, Richard G.Heimberg, Katherine Princisvalle, Michael R.Liebowitz,Shuai Wang, Carlos Blanco. (2012). Gender differences in social anxiety disorder : Results from The National Epidemiological Sample on Alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders* 26(2012) 12-19.