



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
HIDALGO**

---

---

**Instituto de Ciencias de la Salud**

**Área Académica de Psicología**



**ANSIEDAD SOCIAL, ESTILOS PARENTALES  
Y HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES  
DEL INSTITUTO DE CIENCIAS  
DE LA SALUD**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N:**

**BAUTISTA RONCES EDUARDO  
DIAZ CUAPANTECATL ANA JAQUELINE**

**DIRECTORA:**

**DRA. ANGÉLICA ROMERO PALENCIA**

**PACHUCA DE SOTO, HIDALGO. 2015**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Health Sciences

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

3 de Noviembre de 2015

Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Head of academic psychologyc area

Manfestamos a usted que se autoriza a impresión formal del trabajo de investigación de los pasantes ANA JAQUELINE DÍAZ CUAPANTECATL Y EDUARDO BAUTISTA RONCES, bajo la modalidad de tesis colectiva cuyo título es: "Ansiedad social, estilos parentales y habilidades sociales en estudiantes del instituto de ciencias de la salud", debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Table with 3 columns: Nombres de los Docentes Jurados, Cargo, Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal. Rows include Dra. Norma Angélica Ortega Andrade (Presidente), Dra. Angélica Romero Palencia (Primer Vocal), Dr. Arturo Del Castillo Arreola (Segundo Vocal), Dra. Flor de María Erari Gil Bernal (Tercer Vocal), Dra. Gloria Solano Solano (Secretario), Dr. Rubén García Cruz (Suplente), and Mtra. Marisol Téllez Girón (Suplente).



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/A
Carretera Pachuca Actopan
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo. México; C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313
psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

*Hermanos míos, tened por sumo gozo cuando os halléis en diversas pruebas, sabiendo que la prueba de vuestra fe produce paciencia. Mas tenga la paciencia su obra completa, para que seáis perfectos y cabales, sin que os falte cosa alguna.*  
*Santiago 1:2-4*

*Y todo lo que hagáis, hacedlo de corazón, como para el Señor y no para los hombres; sabiendo que del Señor recibiréis la recompensa de la herencia, porque a Cristo el Señor servís.*  
*Colosenses 3:23-24*

*Porque mis pensamientos no son vuestros pensamientos, ni vuestros caminos mis caminos, dijo Jehová. Como son más altos los cielos que la tierra, así son mis caminos más altos que vuestros caminos, y mis pensamientos más altos que vuestros pensamientos.*  
*Isaías 55:8-9*

*Eben-ezer: Hasta aquí nos ayudó Jehová*

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por la oportunidad de presentar este proyecto de investigación con el cual concluimos nuestra formación universitaria.

A nuestra Área Académica de Psicología por el apoyo y el habernos permitido ser parte de su comunidad.

A la mesa de sinodales por el tiempo que dedicaron para la supervisión y mejora de este proyecto.

En especial, a la Dra. Angélica Romero Palencia por su apoyo incondicional, por su paciencia, por compartir con nosotros el vasto conocimiento profesional, el tiempo dedicado; pero sobre todo, por su gran calidad humana, por no perder su fe en nosotros y por el cariño que nos ha brindado.

A cada participante que hizo posible este trabajo.

A nuestra familia, nuestros amigos y amigas que directa o indirectamente nos alentaron en cada proceso de este proyecto.

A nuestros pastores, por sus oraciones y su respaldo espiritual.

¡Muchas gracias!  
Jaqueline y Eduardo

## DEDICATORIAS

A Dios, "...con todo mi corazón, con toda mi alma, con toda mi mente, con todas mis fuerzas..."

A mis padres, quienes siguen creyendo en lo que soy capaz de lograr, quienes lucharon por nosotros, por ser mi ejemplo y guía, quienes con su amor y su dedicación me motivaron a cumplir tantos sueños. Papi, Mamaly: Dios no pudo haber escogido para mí mejores padres. Su apoyo incondicional sigue siendo mi motor. Esta meta cumplida es totalmente gracias y para ustedes dos.

A mi hermano, cuñada y hermanas quienes fueron mis mejores cómplices de travesuras, aventuras y fieles compañeros de vida. Ahora son también mi ejemplo y motivación al ir creciendo en número y amor. Ale, San, Yaz, Ari, Josse: Por su ejemplo, por su amor y por su apoyo en cada paso que he dado, este logro también es de ustedes.

A mis sobrinos, quienes alegran mi vida con sus risillas traviesas, con sus besos y abrazos, quienes dan color a mi vida entera. Esto también es gracias al amor que crece en mí al paso en el que crecen ustedes. Josué y Ángel: Los amo desde el momento en que supe de su existencia, y cuándo me miran y me sonríen sé que ser su tía es un orgullo más en mi vida

Y sobre todo y muy en especial, a quién no solo fue mi compañero para este proyecto, sino que decidió ser mi compañero en bendición y tribulación al escribir una historia para los dos. Gracias por tu amor incondicional, por tu esfuerzo, dedicación y empeño en todas las áreas de nuestra vida juntos. Por formar conmigo un hogar. Este es tan solo uno de los tantos proyectos y sueños que quiero concretar contigo. Nos queda toda una vida por delante, y sé que a tu lado y de la mano de Dios todo obrará para bien. Eduardo, eres mi mayor bendición. Nada me llena más de orgullo que lograr esta meta contigo.

Los amo con todo el corazón.

Jaqueline

## DEDICATORIAS

Para mi esposa Jaqueline:

Gracias por todo mi amor, por enseñarme a esforzarme, por ayudarme cada día a ser mejor persona, mejor esposo; gracias por todo el amor que hasta el día de hoy me has dado y todo lo que has hecho por mí. Este es solo uno de los muchos trabajos que vamos a realizar juntos, una de las tantas y grandes cosas que haremos, de los todos proyectos que tenemos y cumpliremos; esforcémonos y seamos valientes. Sin duda alguna el que haya esposa haya el bien, ¿Mujer virtuosa quien la hallará?... Pues yo ya la hallé y estoy felizmente casado con ella. Te amo.

Para mi madre:

Nunca habrá nada con lo que pueda agradecerte lo que haces y has hecho como madre, el ir en contra de todo lo que muchas personas pensaban por darle una excelente vida a tu hijo, por confiar en mí pero sobre todo por no dejar de confiar en lo que Dios hace en nosotros. Este trabajo te lo dedico por enseñarme la importancia de dar todo lo mejor de mí a pesar de todo lo malo, los problemas y las heridas que podamos recibir, seguir adelante y sobre todo seguir amando. A pesar de todos los pronósticos termine la carrera y la tesis. Gracias por tus oraciones, gracias por tu amor.

Para mi sobrino:

Gracias por llegar a nuestras vidas, por cada momento de alegría que le has dado a mi vida, y aunque no lo puedes leer aun, un día muy pronto lo harás. Dereck, te quiero mucho hijo.

Para mi familia y amigos:

Gracias por ser pilares en mi vida, por su cariño, por su amistad, por su amor. Este trabajo también es dedicado para ustedes.

Para mi Rey y Dios:

Sobre todo este trabajo está dedicado para ti Jesús, toda la gloria, la honra, el poder, la alabanza es para Ti. Santo, Santo, Santo, Dios Todopoderoso, el que fuiste, el que eres y el que vendrá. Tú eres Digno y yo te adoro.

Atte: Eduardo

# INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>XI</b>
<b>1. ANSIEDAD SOCIAL.....</b>	<b>1</b>
1.1 Trastornos de Ansiedad.....	1
1.2 Evolución Histórica.....	4
1.3 Conceptos.....	4
1.4 Criterios Diagnósticos y Evaluación.....	5
1.5 Tratamiento.....	7
1.6 Variables relacionadas a la ansiedad social.....	8
1.7 Medición de la ansiedad social.....	13
1.8 Ansiedad social en adolescentes.....	15
<b>2. ESTILOS PARENTALES.....</b>	<b>18</b>
2.1 Definición.....	18
2.2 Familia.....	19
2.3 Clasificación de los estilos parentales.....	20
2.4 Medición de estilos parentales.....	24
2.5 Estilos parentales en adolescentes.....	28
2.6 Estilos parentales y ansiedad social.....	29
<b>3. HABILIDADES SOCIALES.....</b>	<b>32</b>
3.1 Antecedentes.....	32
3.2 Conceptos y Definiciones.....	34
3.3 Características de las habilidades sociales.....	36
3.4 Tipos de Habilidades Sociales.....	36
3.5 Desarrollo de las Habilidades Sociales.....	39
3.6 Dimensiones de las Habilidades Sociales.....	41
3.7 Déficit y Entrenamiento de Habilidades Sociales.....	42
3.8 Medición de las Habilidades Sociales.....	46
3.9 Habilidades Sociales en adolescentes.....	47
3.10 Habilidades Sociales, Estilos Parentales y Ansiedad Social en adolescentes.....	49
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>51</b>
4.1 Pregunta de Investigación.....	51
4.2 Objetivo.....	51
4.3 Justificación.....	52
<b>5. MÉTODO.....</b>	<b>54</b>

5.1 Hipótesis.....	54
5.2 Variables.....	55
5.3 Participantes.....	56
5.4 Criterios de Inclusión, Exclusión o Eliminación.....	57
5.5 Instrumentos.....	59
5.6 Tipo de estudio.....	60
5.7 Diseño.....	60
5.8 Procedimiento.....	60
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
6.1 Estadística Descriptiva. Medias por factor de escalas aplicadas.....	63
6.2 Correlaciones Producto Momento de Pearson.....	66
6.3 Comparaciones entre licenciaturas.....	72
6.3.1 Comparaciones de Ansiedad social entre licenciaturas del ICSa....	72
6.3.2 Comparación de Estilo Parental Percibido entre licenciaturas del ICSa.....	75
6.3.3 Comparación de Habilidades Sociales entre licenciaturas del ICSa.	75
<b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>8. ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Total de alumnos y alumnas por licenciatura.....	57
Tabla 2. Escolaridad de padre y madre.....	58
Tabla 3. Medias Generales y por Sexo.....	64
Tabla 4. Medias por Factor del EMES-C.....	65
Tabla 5. Correlaciones Ansiedad Social (CASO-A30) y Estilo Parental (CBPP).....	66
Tabla 6. Correlaciones entre Ansiedad Social (CASO-A30) y Habilidades Sociales (EMES-C).....	69
Tabla 7. Correlaciones entre Habilidades Sociales (EMES-C) y Estilo Parental (CBPP).....	71

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estado Civil de los Padres.....	58
Figura 2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad.....	72
Figura 3. Interacción con el sexo opuesto.....	73
Figura 4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado.....	74
Figura 5. Quedar en evidencia o en ridículo.....	74
Figura 6. Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores.....	75
Figura 7. Temor a expresar pensamientos positivos.....	76
Figura 8. Temor a la defensa de los derechos.....	76

## RESUMEN

El presente estudio de tipo cuantitativo muestra la relación existente entre el estilo parental, la ansiedad social y las habilidades sociales de 618 alumnos y alumnas de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo con un rango de edad entre 16 y 26 años. El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional. Para estos fines se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30), Escala Multidimensional de Expresión Social parte cognitiva (EMES-C) y Cuestionario Prácticas Parentales formato para Adolescentes (CBPP). Los análisis estadísticos que se utilizaron fueron el de Producto Momento de Pearson y la ANOVA con Post-hoc de Tukey, la primera prueba para correlaciones y la segunda para la comparación entre carreras. Los resultados encontrados demostraron que la muestra no se presenta como patológica en ansiedad social, pero los niveles de ésta se encuentran medianamente relacionados con el nivel de habilidades sociales que presentaron las y los jóvenes de ésta universidad. En cuanto a las diferencias, el ANOVA más significativo fue en el factor Expresión asertiva de molestia desagrado o enfado  $F(5,575) = 3.639, p = .003$ , donde las carreras que presentan mayor diferencia son Odontología (12.21) y Gerontología (15.56).

*Palabras clave: Ansiedad social, estilos parentales, habilidades sociales, jóvenes, universitarios*

## ABSTRACT

This quantitative study tries to find the relationship between parenting style, social anxiety and social skills of 618 students of first half of the Instituto de Ciencias de la Salud the Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. The sampling was not probabilistic intentional. For these purposes the following instruments were used: Social Anxiety Questionnaire for Adults (CASE-A30), Multidimensional Scale of Social Expression cognitive part (EMES-C) format and Parenting Practices Questionnaire for Adolescents (CBPP). Statistical analyzes used were the Pearson Product Moment and ANOVA with Post-hoc Tukey test. First for the correlation and second for comparison between groups. The results shows that the sample is not presented as pathological in social anxiety, but it levels are moderately related to the level of social skills which present the young people of this University. As for the differences, the most significant ANOVA was in Assertive expression of annoyance factor disgust or displeasure  $F(5,575) = 3.639, p = .003$ , where careers are presenting major difference Dentistry (12.21) and Gerontology (15.56).

*Key words: Social anxiety, parental styles, social skills, youngs, university.*

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad social es un problema de salud que año con año va en aumento en la población en general, y específicamente en los y las jóvenes de México este incremento no ha pasado desapercibido (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009).

Gil (2009) afirma que el inicio de este padecimiento se da entre los 14-16 años de edad; es ésta la razón por la que se decidió investigar a jóvenes de nuevo ingreso de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, pues en esta edad el desarrollo de la ansiedad social ya ha iniciado y podría presentar algunos síntomas; además, ya que fueron alumnos y alumnas de primer semestre pudieron estar atravesando por un proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida, la mayoría de las veces, fuera del núcleo familiar, en un lugar desconocido y con personas nuevas, y son éstas razones las que podrían incrementar los niveles de ansiedad social.

Según el DSM-V (2013) la prevalencia de la ansiedad social en EUA es del 7% y en Europa es del 2.3%. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2010), muestra que un 4.7% de población mexicana de entre 18 y 65 años padece este trastorno. Aunque tal vez no parezca una cifra alarmante, habría que tomar en cuenta la dificultad para detectar y estudiar la ansiedad social debido a que la persona que lo presente evitaría las situaciones sociales que impliquen temor, lo que dificulta la detección y el diagnóstico de la ansiedad social al confundirse con timidez, desinterés o introversión, y resultar incapacitante para quien la padece debido al aislamiento que conlleva.

A esta cifra, aparentemente baja, hay que aumentar los casos que no han sido detectados pues los síntomas podrían estar siendo confundidos o atribuidos a otro trastorno, resultando un diagnóstico o un tratamiento no adecuado.

Además, para poder realizar un perfil específico de ansiedad social se necesita un diagnóstico que incluya los elementos necesarios como lo son instrumentos psicométricos, entrevistas, y la detección de los criterios diagnósticos

especificados en un manual de diagnóstico psicológico, ya sea el DSM-V o CIE-10.

Es por esto que el objetivo de esta investigación se enfocó en analizar la relación entre la ansiedad social y las variables estilos parentales y habilidades sociales, para encontrar aspectos predominantes entre sus características que pueden dar indicios del probable desarrollo de la ansiedad social en las personas.

En el primer capítulo se planteó la ansiedad social como trastorno; desde su concepto, su evaluación, su tratamiento y criterios de diagnóstico, esto para que el lector o la lectora puedan conocer y comprender todo lo relacionado con este trastorno y así diferenciarlo de los trastornos parecidos de ansiedad.

El segundo capítulo abarcó los distintos estilos parentales que han sido estudiados en investigaciones anteriores, así como los que se encontraron en población mexicana: el estilo autoritativo (democrático) y el estilo autoritario. Se planteó el concepto de cada estilo parental, los elementos centrales, sus características principales y como es entendida la familia, para encontrar la probable relación entre cada estilo parental y el desarrollo del trastorno de ansiedad social.

El tercer capítulo abordó las habilidades sociales desde los comienzos de la investigación sobre el tema, los autores que las abordan, clasifican y evalúan, así como los enfoques utilizados por los autores para definir las. Aunado a esto, el capítulo también habló sobre los estudios acerca de la “asertividad” y como este concepto se compara con las habilidades sociales. También se especificaron las características de las habilidades sociales, las tres dimensiones (cognitivas, emocionales y conductuales), además de la explicación de los diversos modelos que se han empleado para el entrenamiento en estas habilidades.

En el cuarto capítulo se estableció el planteamiento del problema del trabajo, compuesto por la pregunta de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación de la investigación.

En el quinto capítulo se planteó la metodología aplicada, y pretendió ubicar las variables, la muestra, el diseño, el tipo de estudio y los instrumentos empleados para la detección de los aspectos prevalentes dentro de la población universitaria respecto a la ansiedad social, los estilos parentales y habilidades sociales, para la obtención de un resultado integral de la investigación con algunos de los aspectos que podrían generar la aparición de este trastorno, el método utilizado permitió encontrar los niveles de las variables ansiedad social, habilidades sociales y el estilo parental predominantes en la población universitaria que se determinó evaluar.

El último capítulo de esta investigación se dedicó a la explicación de los resultados, las conclusiones, los alcances y limitaciones de la investigación.

## 1. ANSIEDAD SOCIAL

La ansiedad, es entendida como una emoción psicobiológica básica; adaptativa ante un peligro o desafío, cuyo fin es librar la situación de riesgo. La palabra ansiedad proviene del latín "*anxietas*", que hace referencia a congoja o aflicción y da como resultado una perturbación psicofísica, caracterizada por un malestar psicofisiológico, que incluye: perturbación, inquietud o zozobra; por una inseguridad o temor ante lo que se percibe como amenaza inminente (Cía, 2002).

La ansiedad es una respuesta simple que permite y ayuda a la supervivencia del ser humano, abriéndole la posibilidad de responder de manera un tanto instintiva, alertándolo o preparándolo para actuar ante un peligro. Estas respuestas, incluyen conductas de evitación o huida, un claro ejemplo se observa ante la presencia de algún desastre natural (terremotos, inundaciones, incendios, etc.) en donde los seres vivos responden con conductas que mayormente tienen como fin salvaguardar su vida (Romero, 2009).

Encinas y Ballesteros (2011) retoman el concepto de ansiedad social de la American Psychological Association (APA, 2000) y lo definen como un temor persistente causado por situaciones sociales en las que la persona se halla expuesta a valoraciones sociales de sí mismo o de sí misma. En este trastorno, la persona experimenta el temor de actuar de manera humillante o embarazosa, mostrando sintomatología ansiosa; dichas situaciones sociales que son temidas son igualmente evitadas. La persona que lo experimenta reconoce que este temor realmente es excesivo e irracional.

### 1.1 Trastornos de Ansiedad

Para poder entender que es el Trastorno de Ansiedad Social hay que plantear primero qué son los trastornos de ansiedad y cómo se encuentran caracterizados, para esto se tomaron las definiciones de los manuales Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-V, 2013) y Clasificación Estadística

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, 1992).

Los trastornos de ansiedad, planteados por el DSM-V (2013), son aquellos trastornos en los que se presentan y comparten características o elementos de miedo o ansiedad excesivos, que a su vez se encuentran relacionados con alteraciones en el comportamiento.

Sin embargo, el mismo DSM-V (2013) plantea que hay diferencias en lo que respecta al miedo y a la ansiedad; por una parte el miedo es una respuesta emocional real ante una situación de peligro inminente y se encuentra asociado con respuestas emocionales y fisiológicas de enfrentamiento o huida ante un peligro real inmediato.

Un autor que también habla del miedo es Marks (1987, citado en González y Muñoz 2008), que plantea que este es una reacción completamente normal y adaptativa, dado que ayuda a estar de manera alerta ante lo que son situaciones o circunstancias reales de peligro. Según este autor, se puede volver patológico cuando todo el conjunto de sensaciones experimentadas no va de acuerdo a lo que realmente se está presentando en el ambiente o contexto en el que se encuentra el individuo. Como se observa, las definiciones son similares al considerar al miedo como una respuesta normal ante un peligro real.

Por otro lado la ansiedad está asociada con tensiones musculares y un estado de vigilancia ante peligros futuros o posteriores que son anticipados por la persona y que por este hecho se presentaran conductas de evitación o prevención (DSM-V, 2013).

Un autor que también habla de la ansiedad y que la plantea de manera equivalente es Tobal (1985) y se refiere a la ansiedad como la respuesta o respuestas en las cuales hay aspectos cognitivos displacenteros tales como aprensión y tensión; también hay elementos fisiológicos involucrados en este fenómeno, estos elementos implican un alto grado de activación del sistema



nervioso autónomo y aspectos motores con comportamientos poco ajustados y difícilmente adaptativos.

Continuando con los trastornos de ansiedad, se plantea que son diferentes entre ellos en cuanto a la génesis del temor y en algunos aspectos conductuales, además son comórbidos entre ellos mismos, y por consiguiente se tiene que realizar una examinación detallada para identificar el trastorno que se estaría presentando en la persona (DSM-V, 2013).

Como se mencionó al principio también se recupera la concepción de los trastornos de ansiedad propuesta por el manual CIE-10 (1992), donde se les mencionan como trastornos fóbicos de ansiedad, en los cuales el miedo y la ansiedad son originados por situaciones específicas que comúnmente no son peligrosas, situaciones que tenderán a evitarse.

Hay preocupación por reacciones fisiológicas y psicológicas como lo son: palpitaciones, sensación de desvanecimiento, temor a la pérdida de control, a la muerte y a volverse loco; al igual que en la ansiedad propuesta en el DSM-V, en el CIE-10 (1992) se plantea que esta es anticipada por el hecho de la previsión mental a la situación fóbica con la que se entrará en contacto.

Como se puede observar, a pesar de que el DSM-V los mencione como trastorno de ansiedad y el CIE-10 como trastornos fóbicos de ansiedad, se encuentran elementos en común como el miedo, la ansiedad anticipatoria, las reacciones fisiológicas, las reacciones motoras y psicológicas, por este motivo a partir de aquí, el trastorno de ansiedad social y la ansiedad social se entenderán como el mismo fenómeno de estudio. Otra razón es que los síntomas mencionados de la ansiedad social en el DSM-V producen estrés, ansiedad e incluso incapacidad en los trastornos de ansiedad.

## **1.2 Evolución Histórica**

El término ansiedad social según Solís, Saviñón y Johnson (2003) fue introducido por Pierre Janet en el año de 1903, vocablo que posteriormente sería retomado en el año de 1969 por Marks.

Más adelante el trastorno de ansiedad social fue incluido, por primera vez, en el Manual de Diagnóstico DSM en su versión III, versión donde Millon (1980) propone que este trastorno está basado en el aspecto de las actuaciones públicas y Bobes, González, Sáiz, Bascarán & Bousoño (2001) resaltan que en esta versión no se menciona un deterioro en el funcionamiento sociolaboral. En la versión revisada del manual DSM III se realiza la contemplación de un subtipo generalizado y se agrega un criterio E, el cuál menciona una interferencia sociolaboral. En la versión IV de este Manual de Diagnostico no se realizaron cambios tomando como referente la versión III-R (Bobes, González, Sáiz, Bascarán & Bousoño, 2001). Entre la versión IV y la versión V del mismo manual el único cambio hecho al respecto de la ansiedad social es el planteamiento del criterio G de la versión IV se expone en dos criterios (El H y el I) en la versión V.

Después de dar una pequeña revisión histórica del desarrollo del concepto de trastorno de ansiedad social o fobia social, se abordarán algunas concepciones que se tienen de ella.

## **1.3 Conceptos**

En un apartado anterior ya se expuso de forma general lo que son los trastornos de ansiedad o fóbicos de ansiedad, en este apartado lo que corresponde abordar a profundidad son los de tipología social.

Según el DSM-V (2013) el trastorno de ansiedad social está caracterizado por un fuerte o intenso miedo a situaciones sociales en las que la persona se percibe expuesta al escrutinio y análisis de otro u otros, y que dicha evaluación será negativa para ella. Otros elementos que están presentes dentro de este

trastorno son reacciones de tipo fisiológicas como rubores, temblores, sudoraciones tartamudeo etc., entre los comportamientos podemos encontrar que se tratarán de evitar la o las situaciones que sean causantes de la ansiedad y en pensamientos la persona teme a lastimar, agredir; o también el miedo es causado a ser juzgado como estúpido, aburrido, desagradable o agresivo.

Un concepto más sería el recuperado del CIE-10 (1992) en el cual se menciona a la ansiedad social como el miedo a ser escudriñado por los demás y esa situación hará que el individuo se aislé o evite la interacción social, y que además está asociada con baja autoestima y temor a la crítica, se presentan síntomas físicos como rubor, náuseas, temblor y ganas de orinar, considerados como problema primario a tratar.

Y un tercer concepto es el Bados y Sanz (2005, citados en Vidal, Ramos & Cano, 2008) quienes dicen que la ansiedad social se encuentra caracterizada por el temor causado por situaciones sociales en las que se teme a cualquier evaluación negativa proveniente de los demás.

Teniendo las concepciones del fenómeno, se plantearán los criterios diagnósticos de la ansiedad social para así lograr diferenciarla de otros tipos de trastornos de ansiedad.

#### **1.4 Criterios Diagnósticos y Evaluación**

Para poder realizar una evaluación hay que conocer y diferenciar los tipos de clasificación diagnóstica en lo que respecta a los trastornos de ansiedad, los cuales son divididos en tres tipos de fobia: Fobia específica, Agorafobia y Fobia social definidos por Gil (2009) de la siguiente forma:

➤ Fobia específica o fobia simple: Relacionada con la fobia que se presenta por algún objeto o alguna situación específica, por ejemplo: la fobia a volar, a las serpientes, a los ratones, a las pistolas, etc.

➤ Agorafobia: El significado literal de esta fobia es miedo a los espacios abiertos. Esta se caracteriza por la ansiedad que se presenta en lugares o sitios en los que es difícil escapar o poder obtener ayuda. Aquí se incluyen no solamente a los temores a los lugares o espacios abiertos, sino también a otros que se encuentran relacionados con ellos, lo que son los miedos a las multitudes y a la dificultad para poder escapar rápidamente a un lugar considerado seguro, lugar que generalmente es el hogar.

➤ Fobia social o Trastorno de Ansiedad Social: Específicamente, son las situaciones sociales las que provocan un miedo extremo en la persona que la padece; esta fobia radica en encontrarse con otras personas, conocer nuevas, sentirse avergonzado, juzgado o humillado.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para detectar la ansiedad social según el manual de diagnósticos del DSM-V (2013), los cuales son:

- ❖ Temor a situaciones sociales en que la persona está expuesta al escrutinio de alguien u otros.
- ❖ Temor a mostrar sintomatología de ansiedad.
- ❖ Las situaciones sociales son las que producen la angustia.
- ❖ El temor se vive de manera intensa.
- ❖ El temor es desproporcionado respecto a la amenaza real y su contexto.
- ❖ El temor es persistente, tiene una duración aproximada de 6 meses.
- ❖ El temor produce problemáticas en las áreas: social, laboral, etc.
- ❖ El temor no se atribuye a que sea causada por algún tipo de sustancia.
- ❖ El temor no es atribuible a algún otro trastorno mental.
- ❖ Si existe otra condición médica de enfermedad o discapacidad, el temor es excesivo.

El periodo de persistencia de la ansiedad es de cuatro semanas en niños y adolescentes y de seis meses o más en adultos. (DSM-V, 2013)

Caballo (2003) plantea que la evaluación debe estar estructurada de manera que se consideren sistemáticamente la sintomatología fisiológica, conductual y subjetiva, y las reacciones a cada uno de ellos. Y para realizar dicha evaluación se utilizan las dos siguientes entrevistas semiestructuradas: Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad y Entrevista clínica estructurada para habilidades sociales en el DSM-III-R; los instrumentos de autoinforme como la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (1992), compuesta por 24 ítems divididos en 2 subescalas: de ansiedad de actuación o ejecución y de ansiedad social, que se evalúa en una dimensión de aparición y otra de evitación; y la Escala de ansiedad ante la interacción social (1998) de Mattick y Clarke formada por 19 ítems en una escala del 0-4, abarcando como factores “Ansiedad ante la interacción”, “Ante ser observado por otros” y “Miedo a que los otros noten los síntomas de ansiedad”.

Es importante conocer los criterios de diagnóstico de la ansiedad social para hacer la evaluación, además de tener una formación clínica para poder realizar un diagnóstico adecuado; y así, el paciente que cumpla con los criterios y diagnóstico de ansiedad social pueda recibir un tratamiento apropiado, y de ser necesaria, una adecuada atención psiquiátrica.

En esta investigación, se abordó la sintomatología relacionada a la ansiedad social, pero no es la intención de esta investigación trabajar con fóbicos sociales, ni realizar una intervención con los mismos, por lo tanto no se llevará a cabo todo el proceso de diagnóstico y únicamente se empleará un instrumento de medición para ubicar la sintomatología asociada.

## **1.5 Tratamiento**

Los tratamientos para la ansiedad pueden ser de tipo farmacológicos y psicológicos. Entre los tratamientos farmacológicos destacan el uso de las siguientes sustancias: Benzodiazepinas, inhibidores de la Monoamino-Oxidasa,

inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina y Betabloqueadores (Solís, Saviñón & Johnson, 2003).

En los tratamientos y técnicas psicológicas terapéuticas se ha utilizado: la exposición y tratamiento en habilidades sociales; las teorías en el procesamiento de la información, que consisten en conocer cómo se procesa la información más que en el qué procesamos; en estas teorías se pueden encontrar los modelos de Eynsenck, Rapee y Heimberg y el modelo de Clark y Wells; estos tratamientos tienen un enfoque cognitivo conductual (Vidal, Ramos & Cano, 2008). Algunos autores (Compton, Burns, Egger, & Robertson, 2002; Kendall & Suveg, 2006; Stark et al., 2006) afirman la eficacia del enfoque cognitivo-conductual al utilizarse en tratamientos para la ansiedad infantil y los trastornos depresivos.

Es necesario recalcar la importancia de conocer cuáles son los tratamientos que distintos teóricos han diseñado como las alternativas que se pueden emplear para el tratamiento de este trastorno; sin embargo, también es de suma importancia recalcar que esta investigación no tuvo por objetivo realizar ningún tipo de tratamiento o intervención.

## **1.6 Variables relacionadas a la ansiedad social**

La ansiedad social como cualquier otro fenómeno psicológico se encuentra relacionado con otros elementos o variables que influyen para que este trastorno se desarrolle o se mantenga y refuerce. A continuación se plantean algunas de estas variables que hay en relación o influencia con la ansiedad social.

Según Sierra, Zubeidat y Fernández (2006) algunas variables relacionadas a la ansiedad social son:

### ❖ Evolucionistas:

En estas variables se afirma que a través de un proceso de evolución en la vida de una persona y la interacción con sus grupos sociales, el miedo es una respuesta

normal adaptativa. En la interacción con el grupo puede modificarse e incrementarse hasta el punto de volverse patológico, esto debido a la dificultad que se puede presentar en algunos grupos o contextos en los que la persona se desenvuelve (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006).

Trower, Gilbert y Sherling (1990) plantean que la ansiedad social es el resultado de una activación de los sistemas primitivos de valoración/respuesta que evolucionaron contra todas aquellas amenazas existentes dentro de la misma especie, lo cual ha formado parte importante en la creación y desarrollo de los grupos sociales. Por esto mismo es que el desarrollo que sea inadecuado dentro de estos sistemas puede dar pauta a procesos de patología.

❖ Familiares, ambientales, evolutivos y temperamentales (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006):

Familiares y ambientales: Entre estas variables se mencionan algunos estilos parentales (sobrepotección, control, intromisión), el abandono, el escaso contacto con las situaciones sociales y los modelos de conducta que ofrecen los padres o quien está criando a la persona.

Brunch, Gorsky, Collins y Berger (1989) encontraron que los miembros de la familia nuclear de alguien que padece ansiedad social tienen una mayor probabilidad de presentar niveles altos de ansiedad social, al cristalizar la ansiedad social a través de mensajes verbales (en los que se transmiten creencias al respecto de las situaciones sociales, al verlas como un peligro o como una oportunidad de desempeño) y de comportamiento (que permiten sentimientos de disgusto a las situaciones sociales, o que los padres manifiesten ansiedad y eviten la situación para aliviarse). Además, cuando en una familia hay poca concesión de oportunidades de exposición y práctica a los encuentros sociales, lo que conlleva un sentimiento de ineficacia al no poder hacer frente a estas situaciones.

Los sujetos ansiosos informan que sus padres son sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de proporcionar apoyo emocional (Arrindel,

Emmelkamp, Monsma & Brillman, 1983); además, estos padres están continuamente preocupados e influidos por la opinión de la gente, hay menos sociabilidad familiar y se ocupa la vergüenza como procedimiento de control y disciplina (Brunch & Heimberg, 1994).

Otros elementos que resultan influyentes en lo planteado aquí son algunas enfermedades con consecuencias en el aspecto físico (como el acné o alguna discapacidad física o motora) que se desarrollan en la infancia y la adolescencia y que pueden ser factores determinantes para la génesis de la ansiedad social (Brunch, 1989); además de los conflictos familiares (Brunch & Heimberg, 1994), la ausencia de soporte emocional por parte de los padres (Brunch & Heimberg, 1994; Brunch, Heimberg, Berger & Collins, 1989); las practicas parentales perjudiciales como la sobreprotección y disciplina punitiva (Arrindel *et. al.* 1983, Arrindel *et. al.* 1989) y la psicopatología parental (Lieb *et. al.* 2000). Por su parte, DeWitt *et. al.* (2005) demostraron que la ausencia de padres y adultos de confianza en la infancia de los hombres se asocia con un riesgo elevado de ansiedad social, mientras que en las mujeres los factores de riesgo incluyen conflictos parentales durante el desarrollo, abuso físico en la infancia por parte del padre y la manía maternal.

Factores evolutivos y temperamentales: En este punto la importancia radica en cómo se desarrollan las interacciones sociales de la persona durante su infancia y adolescencia y cómo dentro de estos mismos procesos el temperamento del individuo le favorece o desfavorece para su desarrollo social.

❖ Neurobiológicas:

Lo que se pretende aquí es encontrar cual es el origen de la ansiedad social desde el punto de vista psicobiológico y poder así dar o implementar algunos tratamientos para las alteraciones producidas en el organismo. Los aspectos se toman en cuenta respecto a las variables neurobiológicas son: Bases genéticas (Ballenger, 1998; Torsegen, 1979; Fyer, Mannunza, Champan, Liebowitz & Klein, 1993, Andrews, 1996); Bases biológicas (Heimberg, Liebowitz, Hope & Schneier,



2000; Clark, 2003; Hood & Nutt, 2001) y Bases neuroendocrinas (Tancer, Stein & Uhde, 1995; Katzman, Koszycki & Bradwejn, 2004).

❖ Psicológicas (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006):

Aquí se plantean como determinados procesos cognitivos que funcionan en el desarrollo o influyen en la ansiedad social. Algunos de las variables que consideran en estos planteamientos son:

Los sesgos de atención: donde el sistema atencional sería el responsable de detectar y supervisar, mediante ciertos mecanismos, los estímulos del ambiente e internos significativos para el estado de motivación del organismo; y como es que los sesgos en la atención pueden repercutir en la génesis de la ansiedad social.

Sesgos de memoria: Aquí la responsabilidad del desarrollo de la ansiedad social se debería a que hay problemas o deficiencias en los procesos de memoria, la cual estaría reteniendo solamente, o en su mayoría, información amenazante para el individuo.

Sesgos de juicio e interpretación: Aquí se valora la función que ejerce la interpretación del individuo ante los estímulos del ambiente y de las interacciones sociales en las que se encuentre, y como es que la interpretación tiende a realizar juicios negativos de los procesos sociales.

❖ Socioculturales (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006):

Se toman en consideración los sistemas de valores, el tipo de cultura, sistemas políticos, sistemas laborales, ideas de reconocimiento, ideas de éxito, y como es que cada uno de estos elementos tiene que analizarse en su contexto para entender cómo es que se relacionan, influyen o no en la ansiedad social.

Con respecto a aspectos socioculturales relacionados con la ansiedad social, la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre alcohol y Condiciones Relacionadas 2011-2012 mostró que el ser nativo americano, ser joven y tener

bajos ingresos aumentó el riesgo de desarrollar ansiedad social, mientras que ser hombres asiático e hispano y vivir en zonas urbanas reduce el riesgo.

A su vez, se pueden encontrar también aspectos relacionados con la migración, pues algunos estudios epidemiológicos realizados en un período de 20 años (Alegría *et al.*, 2007; Breslau *et al.*, 2007; Grant *et al.*, 2004; Karno *et al.*, 1989; Ortega *et al.*, 2000 y Vega *et al.*, 1998) demuestran que hay una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en la descendencia de inmigrantes mexicanos en E.U.A que en los mismos migrantes. Los autores plantean que esto es debido a los cambios intergeneracionales que se producen en los grupos de inmigrantes que se encuentran inmersos en la sociedad Estadounidense.

Además, Breslau (2011) y Abraido-Lanza (1999) afirman que los inmigrantes mexicanos están en mayor riesgo de adquirir trastornos de ansiedad después de la migración que los familiares que se quedaron en México, pues la ansiedad puede originarse o incrementarse debido a la discriminación sufrida por las minorías étnicas, temor a la policía por parte de las personas que no tienen documentación legal para habitar en los Estados Unidos de Norteamérica y la diferencia de estatus social de los mexicoamericanos (Hereen, 2014; Rumbaut & Komanie, 2010 y Williams & Mohammed, 2013).

Borges, Zamora, García, Orozco, Cherpitel, Zemore y Breslau (2014) encontraron en los resultados de su estudio que, entre los mexicanos que no tienen experiencia de la migración, la prevalencia de la ansiedad fue del 6,7% en el último mes y un 2,8% en la última semana; mientras que para la tercera generación de estadounidenses de origen mexicano que fue 25,9% y 14,0%, respectivamente. También encontraron que todos los grupos de migración, en comparación con los mexicanos que no tienen experiencia migratoria, mostraron un aumento de relaciones públicas de la ansiedad, tanto mensual y semanal.

Robles y Oudhf Van Barneveld (2010) indicaron que la familia mexicana tiene características distintivas, similar a las culturas latinas donde la vida familiar suele ser más flexible y menos planificada y formal.

A través de planteado se concluye que hay distintas variables y diversos factores que influyen en la génesis y desarrollo de la ansiedad social y por lo tanto cada una de dichas variables y factores habrán de tomarse al momento de intervenir para su erradicación y detección; y para la detección hay distintos instrumentos de medición los cuales se presentan en el siguiente apartado.

### **1.7 Medición de la ansiedad social**

Algunos de los instrumentos que se utilizan para la medición y diagnóstico de la ansiedad social son los siguientes:

- Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes, YSR/11-18.10 (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1997). Evalúa competencias psicosociales (17 reactivos), comportamientos problemáticos (103 reactivos) y prosociales (16 reactivos), en una escala Likert del 0 al 2 donde 0= no es verdad y 2= Muy cierto. En España, los hombres mostraron puntuaciones altas en conductas externalizantes y las mujeres, en internalizante, con un alfa de Cronbach de 0.67 y 0.61 respectivamente.

- Escala de Ansiedad en Interacción Social, SIAS. Formada por 20 reactivos con valores de consistencia interna y de fiabilidad test-retest superiores a 0.90. Recientemente, los autores Zubeidat, Salinas, Sierra y Fernández (2007) informaron que esta escala muestra dos factores (ansiedad ante la falta de habilidades sociales y ansiedad ante la dificultad de establecer una distancia emocional adecuada respecto a los demás) que explican el 41,62% de la varianza con valores de consistencia interna de 0,88 y 0,52, respectivamente. Habke, Hewitt, Norton y Asmunds (1997) informaron 3 factores de esta prueba: ansiedad ante las relaciones sociales, miedo a la observación por parte de los demás y malestar general en las situaciones sociales.

- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, LSAS (Liebowitz, 1987). Incluye 24 reactivos que evalúan la interacción y la ejecución en situaciones sociales por

medio de dos subescalas: miedo y evitación. Los coeficientes de consistencia interna y test-retest fueron superiores a 0.73 y 0.82, respectivamente.

- Escala de Estrés y Evitación Social, SAD (Watson y Fried, 1969). Agrupa 28 reactivos que evalúan el malestar subjetivo y la evitación activa mostrados en situaciones sociales. La consistencia interna y la fiabilidad test-retest fueron de 0.94 y 0.68, respectivamente.

- Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, FNE (Watson y Fried, 1969). Formada por 30 reactivos dicotómicos que miden la intensidad del miedo ante la evaluación negativa por los demás; los coeficientes de consistencia interna y de fiabilidad test-retest encontrados fueron de 0.94 y 0.78, respectivamente.

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social. El SPAI (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) consta de 45 ítems que miden fobia social y agorafobia, evaluándose ambos trastornos a través de dos subescalas. La subescala de Fobia Social (SPAI-FS) contiene 32 ítems, 17 de los cuales miden AS en cuatro contextos: presencia de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general (por ejemplo, «me siento nervioso cuando tengo que hablar en público»). Las otras subescalas son la de Agorafobia, que consta de 13 ítems, y la escala de puntuación de diferencia, resultado de restar los valores de las subescalas Fobia Social y Agorafobia.

Otra escala que se utiliza para medir ansiedad social y que se utilizó en el presente trabajo es el CASO-A30 de Caballo, Salazar, Arias, Irrutia, Calderero y Equipo de Investigación CISO-A España (2010), que está validado para población mexicana, y que mide 5 dimensiones: 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”.

Esta última escala se eligió como la más adecuada para la presente investigación porque ha demostrado su validez y confiabilidad en varias poblaciones alrededor del mundo, y esto fortalece su consistencia interna;

además, este instrumento aplica con determinadas características de la muestra, como lo fueron que son alumnos de nuevo ingreso y, en su mayoría, originarios de otros municipios fuera de Pachuca; esto se reflejaría en las dimensiones del CASO-A30 pues existe una interacción con compañeros y maestros desconocidos, y por lo mismo una actitud desfavorable al quedar en evidencia o ridículo frente a ellos, además que son nuevas personas a quienes tienen como autoridades.

En comparación con las demás escalas para la medición de esta variable, ésta resultó ser la de más reciente construcción, lo que permite evaluar ampliamente la variable a través de sus 5 dimensiones, a diferencia de las otras escalas que solo cuentan con 2 o 3 dimensiones. Está además entre los primeros lugares de validez y consistencia interna con .66 y .91 respectivamente junto con el SAD y el FNE; sin embargo, ya que fueron validados hace 41 años y el CASO-A30 hace solo 5 años, fortalece su validez en un contexto actual.

### **1.8 Ansiedad social en adolescentes**

En este apartado se exponen resultados de diversos investigadores de cómo es que se vive la ansiedad social en la etapa de la adolescencia; esto fue fundamental para este estudio debido a varios puntos, uno fue para conocer los hallazgos encontrados en otros estudios y así entender antecedentes de la ansiedad social en adolescentes, un segundo punto fue para una adecuada evaluación con el instrumento elegido y un tercer punto fue para indagar si existe alguna relación o semejanza de resultados entre este estudio y otros y así poder fortalecer los planteamientos teóricos hallados de la ansiedad social en muestras de adolescentes.

Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas (2008) encontraron que en una población de 1012 adolescentes (582 mujeres y 430 hombres) de enseñanza secundaria de la provincia de Granada en España, con un margen de edad de 13 a 19 años, existen diferencias respecto a la ansiedad social relativas al nivel de

estudios, relacionándose la ansiedad social con bajos niveles educativos. En este estudio también se encontró que las mujeres muestran una probabilidad significativamente mayor que los hombres de padecer este trastorno.

Estos mismos autores mencionan que algunas otras variables son deficientes y por lo mismo podrían constituir un riesgo a manifestar ansiedad social en la adolescencia: actividades deportivas, tener amigos íntimos, compartir actividades con amigos y el automanejo.

Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado y Ruíz Esteban (2010) en una muestra de 2543 estudiantes (1317 hombres y 1226 mujeres) de 1ro a 4to año de educación secundaria de las localidades de Murcia y Alicante de España con un rango de edad de 12 a 17 años, encontraron que las mujeres presentan niveles significativamente más altos en ansiedad social que hombres; otros niveles en los que las mujeres igual presentan diferencias significativas mayores que los hombres son en: falta de asertividad, sintomatología física y cognitiva y ansiedad ante actuar en público. Estos autores también plantean que la variable cultural pueda ser un elemento relevante durante el proceso de análisis de resultados dado que, a pesar del avance en teorías de género, aun se siguen presentándose al hombre con una postura más activa que la mujer en expectativas sociales.

Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez (2008), en una muestra de 103 universitarios y universitarias de la Universidad Iberoamericana, encontraron una alta prevalencia de ansiedad social. Algunos de los factores que se encontraron relacionados con la ansiedad social elevada fueron: pareja y trabajo, donde las personas sin pareja y sin trabajo reportaron mayores puntuaciones de ansiedad social. Algunas de las variables psicológicas que se encontraron asociadas a la ansiedad social fueron: miedo a la evaluación negativa por parte de los demás y el grado de dependencia emocional.

Como se observó, la adolescencia es una etapa importante para la detección y tratamiento de la ansiedad social, pues es en esta etapa donde se

presentan las barreras más importantes en el desarrollo social del y de la adolescente en su nueva vida como universitario o universitaria y todo lo que éste nuevo comienzo implica, desde interacción con compañeras nuevas y compañeros nuevos de grupo hasta la interacción y desenvolvimiento personal frente al grupo como frente a las autoridades académicas y a los maestros y maestras.

Así mismo, es de suma importancia comprender la forma en que estos alumnos y alumnas han sido educados en casa por sus padres, pues esta educación es la más importante en el desarrollo social de los hijos e hijas, así como en la aparición de trastornos de tipo social, como la ansiedad social, en la interacción con el medio.

## **2. ESTILOS PARENTALES**

En el desarrollo social, se da un papel muy importante a los componentes socioculturales, y dentro de estos componentes, la función socializadora de los padres y madres o cuidadores y cuidadoras inmediatos de los niños y niñas es la más importante. Conocer la relación entre la educación que dan madres y padres y las dimensiones social, cognitiva, emocional, comunicativa, moral y corporal ayuda a hacer una evaluación del ejercicio de la paternidad, apoyar el ejercicio adecuado y corregir dificultades que se presentan en padres, madres, hijos e hijas (Bornstein *et. al.*, 2011; Lansford *et. al.*, 2011).

Isaza y Henao (2012) afirman que un estilo parental que involucre una comunicación constante, consistencia y estabilidad normativa, permite un desarrollo de confianza en los hijos e hijas. García y Román (2003) al respecto consideran que un estilo parental equilibrado es aquel que crea los niveles más altos del desempeño socioemocional de los niños y las niñas. Lee, Daniels y Kissinger (2006) afirman que los estilos parentales que se viven durante la niñez y la adolescencia parecen afectar el ajuste, la autoestima y la percepción de autoeficacia.

### **2.1 Definición**

La crianza es definida por Davidoff (1979) como el papel que realizan los padres y madres como agentes de socialización, es la forma de guiar o desanimar a los hijos e hijas hacia conductas, valores, metas, motivaciones y actitudes que dentro de la cultura en la que se encuentra inmerso el círculo familiar, son consideradas apropiadas. En base a esto el estilo parental se referirá a la forma o manera de promover o desalentar a los hijos e hijas en conductas, actitudes, etc.

Para Baumrind (1991) las practicas parentales, son todas las maneras o formas de interacción, en las que madres y padres transmiten o dan a sus hijos e hijas educación, valores, roles, afectos comportamientos, que se irán incorporando, desarrollando y actuando a lo largo de su vida.



Otra definición de estilos parentales es dada por Satir y Leñero (1978, citados por Díaz, 2009) en la cual los estilos parentales forman parte de la enseñanza y educación que es proporcionada por la familia, que está encargada de proveer y satisfacer a cada miembro en sus diferentes necesidades, como lo son el cuidado, la educación, seguridad y salud.

Una tercera concepción es la de Myres (1993) quien los define como todas aquellas actividades que realizan madres y padres en lo que respecta al cuidado del y de la infante en la vida cotidiana, para así responder a sus necesidades dentro de los límites del contexto, conocimiento y creencias.

## **2.2 Familia**

Los estilos o prácticas parentales, como ya fue mencionado, son las prácticas que se realizan en la educación de los hijos e hijas y dado a este planteamiento, habría que mencionar conceptos de familia, pues es en esta donde se realizan dichas prácticas.

Viveros (2007) hace un estudio acerca de la familia, en donde indica por cuales elementos se encuentra influida, como puede ser entendida y definida para su estudio en lo que corresponde al área de Desarrollo familiar. Para este autor la familia es una totalidad histórica y dinámica, que se encuentra socialmente construida; pero que no está totalmente determinada por fuerzas externas, la familia es interdependiente, así mismo edifica su identidad.

Otras acepciones son originadas a partir del concepto que tiene Hernández (1997), quién las define de la siguiente manera:

➤ Como institución social por su carácter normativo, pues ella en sí misma es un sistema de reglas de conductas y comportamientos para cada uno de los que la integra; el sujeto aprende a reconocer las normas y reglas de comportamiento que tiene que asimilar y aprender para poder interactuar con otros. La familia como institución tiene funcionamientos biológicos, reproductivos y

socializadores; se da provisión, distribución de bienes y servicios, se generan procesos de orden grupal y de relación social.

➤ La familia como grupo porque es un encuentro o reunión de personas que en su vida cotidiana se interrelacionan y que realizan actividades comunes. Su interés se basa en su funcionamiento interno y no en las relaciones con el exterior. Con todo esto crean una cultura, un sistema axiológico social, tradiciones, ritos, religión, política, etc.

➤ Como construcción cultural pues está constituida por valores sociales, formas de vivir que están construidas o influenciadas por los lugares y contextos en los cuales vive.

➤ Como conjunto de relaciones sociales, ya que no es entendida como un conjunto de miembros, sino como una red de interacciones mutuas entre esos miembros, interacciones en las cuales hay importación y transformación tanto de energía como de materia para posteriormente todo esto sea exportado al medio.

Minuchin (1985), por su parte, ve a la familia como una estructura, como el conjunto invisible de demandas funcionales que estructuran y organizan las normas y modos en los que interactúan los miembros de la familia, y que funciona a través de pautas transaccionales, que generan pautas de cómo, cuándo y con quién relacionarse.

Las distintas definiciones de familia dadas por estos autores ofrecen un amplio campo de comprensión de la dimensión que una familia significa, lo que le aporta a la persona, y la manera en que lo hace. Y, referente a este último aspecto, se han encontrado diversos modelos y estilos de prácticas parentales en las familias utilizados para la crianza de hijos e hijas.

### **2.3 Clasificación de los estilos parentales**

De acuerdo con Darling y Steinberg (1993), los estilos parentales tienen dos elementos importantes: el apoyo (incluyendo la sensibilidad parental, calidez y grado en que padres y madres fomentan intencionalmente la autorregulación y la

individualidad) y el control (que incluyen las exigencias parentales, el grado de esfuerzos disciplinarios y de voluntad para enfrentar al niño o niña que desobedece). Estas dos dimensiones (apoyo y control) cruzadas entre sí, dan lugar a distintas prácticas parentales en las que el modelo de Baumrind es el más común.

Baumrind (1966) propone la existencia de los prototipos de control adulto, considerados por la autora como las formas en las que los padres y madres ejercen control e influencia en sus hijos e hijas y en el desarrollo de estos; los prototipos de prácticas parentales, se clasifican en estilo permisivo, autoritario y autoritativo (o democrático).

➤ Estilo Permisivo: Baumrind (1966) plantea que el padre intenta comportarse de una forma que no sea punitiva, siendo aceptante y afirmativo, este comportamiento es hacia los impulsos, deseos y acciones del niño o la niña. La madre hace pocas demandas de responsabilidad y orden dentro de la familia, se muestra ante la o el infante como un instrumento que puede ser usado como este quiera, no se presenta como un modelo o ideal a seguir, ni tampoco como un individuo responsable de moldear el comportamiento actual o futuro del niño. En esta práctica parental se evita el control y la obediencia definidos externamente.

➤ Estilo “autoritario”: El padre intenta modelar, controlar y evaluar tanto el comportamiento como las actitudes de los niños de acuerdo con un patrón estándar de conducta, una norma absoluta, teológicamente motivado y guiado por una autoridad superior. En este estilo la madre valora la obediencia como una virtud y también favorece medidas enérgicas punitivas para frenar la voluntad propia cuando entra en choque con las acciones o creencias del niño o la niña, comparándolo con lo que ella cree que es la conducta correcta. Otras características de este modelo son el mantenimiento de responsabilidades que inculquen el respeto por el trabajo, se cree en la conservación del orden, lo que digan y ordenen los padres debe de ser aceptado porque es lo correcto (Baumrind. 1966).

➤ Estilo “autoritativo” (o “democrático”): El padre intenta dirigir las actividades del niño y la niña de una manera racional y que este orientado a los problemas. La madre anima la comunicación verbal para que la o el infante tenga la acción de dar y recibir, y con esta comunicación el niño o la niña pueda expresar sus objeciones cuando niega a conformarse. Tanto la voluntad propia como las disciplinas de orden se valoran por el padre democrático. Por lo tanto se ejerce control firme en puntos desde la divergencia entre padres, madres, hijas e hijos. Padre y madre no cambian en su propio punto de vista como adulto y adulta, pero reconocen los intereses individuales y formas de pensar del niño y la niña. El padre y la madre democráticos reconocen cuales son las cualidades actuales del niño o niña y también se establecen normas de conducta futuras. Se usa la razón, poder y conformación de orden (Baumrind, 1966).

Maccoby y Martin (1983) extendieron la tipología de Baumrind, agregando el cuarto estilo de paternidad “*no involucrado*”, que caracteriza a padres y madres indiferentes o que activamente descuidan a sus hijos e hijas y están motivados y motivadas a hacer cualquier cosa que sea necesaria para minimizar los costos en tiempo y esfuerzo de interacción con el niño o la niña. Estos padres y madres están centrados en ellos mismos más que en los hijos e hijas y se enfocan en sus propias necesidades, lo cual se asocia con niños y niñas de mal humor, con apego inseguro, impulsivos e impulsivas, agresivos y agresivas, con baja autoestima, inmaduros e inmaduras y alienados de la familia.

También podemos encontrar dentro de los modelos en estilos o prácticas parentales el propuesto por Schafer (1983), quien identificó dos dimensiones para describir y ubicar a los padres y madres. En la primera de estas categorías se describe al padre si es amoroso, tolerante, hostil, rechazante, etc. Dentro de la segunda categoría se encuentran características como la autonomía, permisividad, y el control. Schaefer (1959) en base a estas dos categorías obtiene los siguientes estilos parentales:

➤ Autoritario: Este estilo está caracterizado por la afirmación del poder paterno. Muy rara vez se solicita la opinión del hijo o la hija, tienden a dar órdenes

y ser exigentes, utilizan tácticas de amedrentamiento para controlar, esperan que todas sus órdenes sean obedecidas sin cuestionamientos o explicaciones.

➤ Permisivo: Caracterizado por amor y afecto, pero también por un ejercicio de un control limitado. Los padres y madres con este estilo parental piden o exigen menos rendimiento por parte del o la infante, son débiles en lo que corresponde a regazos, tienden a ser un tanto inconscientes acerca de la disciplina, consultan al niño y a la niña acerca de las decisiones y dan explicaciones de las normatividades. El niño o la niña considera al padre y a la madre como recurso para ser utilizado, y no como un agente modelador y moldeador de conducta.

➤ Rechazo/Indiferencia: Aquí los padres y madres no comprenden ni exigen nada a sus hijos e hijas. No hay control, ni apoyo, hay o dan muy poca estructura para comprensión del mundo o de las reglas sociales necesarias para vivir en él. Rechazan o ignoran las responsabilidades de crianza de su hijo/a.

Por su parte, Torío, Peña e India (2008) proponen tres tipos de estilos parentales, los cuales son:

➤ Estilo democrático: En este estilo se plantea que los padres y madres son sensibles a lo que respecta a las necesidades de los hijos e hijas, sin dejar a un lado su responsabilidad y autonomía. Otras características que se ubican en este factor son la independencia e iniciativa del niño y la niña, la aceptación de errores y el juego.

➤ Autoritario o represivo: La obediencia es considerada una virtud, se favorecen medidas de castigo o fuerza, se restringe la autonomía del niño o la niña, se prescinde del diálogo, uso de castigos, represión, se fomentan conductas y comportamientos hostiles en los niños y niñas.

➤ Estilo permisivo: Este estilo está basado en la liberación del niño y la niña del control, aquí la familia se presenta a través de una idea de neutralidad y de no interferencia. No hay consejos, ni castigos.

En México, la investigación realizada por Solís, Díaz, Medina y Barranco (2008) sobre los estilos parentales en la que evaluaron a 485 parejas con hijos e

hijos pequeños/as dio a conocer que en parejas que comparten un estilo parental común presentan una práctica parental permisiva, mientras que las parejas que presentaron estilos parentales diferentes predomina el estilo autoritario en las madres y el autoritativo en los padres. En otra investigación realizada en Yucatán, Flores, Góngora y Cortes (2005) demostraron que ciertas características de la práctica parental se relacionan con características de personalidad de los hijos y las hijas, como la autoestima, la asertividad, autoconcepto y estilos de enfrentamiento, y que además tiene influencia en la congruencia de la percepción de la práctica parental desde la perspectiva de los padres y madres como en la de los hijos e hijas.

Rodríguez, Oudhof, Arratia y Unikel (2011) estudiaron la percepción de la práctica parental en jóvenes mexicanos y obtuvieron como resultado que aparentemente los padres y madres de la muestra adecuaron las estrategias de la práctica parental a la edad de sus hijos e hijas. Además los y las jóvenes reportaron un interés por parte de los padres y madres para darles orientación sobre conductas de riesgo como alcoholismo, infecciones de transmisión sexual y drogas. Los autores afirman que los padres y las madres tienden a priorizar las necesidades afectivas e intereses de sus hijos e hijas. También encontraron que hay una diferencia por sexo en la percepción de interés y apoyo en sus actividades, siendo mayor en mujeres que en hombres, que coincide con un estudio realizado en 1994 por el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que encontró que las hijas tienden a recibir más apoyo y protección que los hijos.

## **2.4 Medición de estilos parentales**

Algunos de los instrumentos que se utilizan para medir las prácticas parentales son los siguientes:

➤ *Child's Report of Parent Behavior Inventory (CRPBI)* (Schaefer, 1965; Samper, Cortés, Mestre, Nácher & Tur, 2006). Las dimensiones evaluadas son: Autonomía, Autonomía y Amor, Amor, Amor y Control, Control, Control y

Hostilidad, Hostilidad y Autonomía. Las fiabilidad en las medias de las 4 dimensiones son: Amor = 0,84; Hostilidad = 0,78; Autonomía = 0,69; y Control = 0,66. (Schaefer, 1965).

➤ *Parenting styles and dimensions questionnaire* (PSDQ) (Robinson et al, 1995) El PSDQ es un cuestionario con 62 ítems tipo Likert. Fue diseñado con dos propósitos: para medir 3 medidas globales de estilos parentales según la tipología Baumrind de las dimensiones y estructura interna dentro de estas tipologías. La tipología con autoridad contiene 27 ítems y contiene subescalas de calidad y involucramiento (11 subescalas), razonamiento/ inducción (7 ítems), participación democrática (5 ítems) y buena naturaleza/fácil de llevar (4 ítems). La tipología autoritaria contiene 20 ítems. Incluye las subescalas de: hostilidad verbal (4 ítems), castigo físico (6 ítems), no razonamiento y estrategias punitivas (6 ítems) y directividad (4 ítems). La tipología permisiva contiene 15 ítems. Las subescalas son las siguientes: falta de acompañamiento (6 ítems), caso omiso al mal comportamiento (4 ítems), y autoconfianza (5 ítems).

➤ El *Parent-Child Relationship Inventory* (PCRI; Gerald, 1994), es un instrumento que sirve para valorar las actitudes de los padres y madres hacia la crianza y las actitudes hacia los niños y las niñas, y se puede aplicar tanto a padres como a madres. Mide las dimensiones de control y apoyo, satisfacción de crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol y deseabilidad, el instrumento cuenta con 78 ítems. La puntuación a cada ítem se realiza en una escala de tipolikt de 4 puntos que va, desde muy de acuerdo hasta total desacuerdo.

➤ Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008), la cual consta de nueve dimensiones, cinco para la madre: Comunicación (9 reactivos;  $\alpha = .92$ ); Autonomía (7 reactivos;  $\alpha = .86$ ); Imposición (8 reactivos;  $\alpha = .81$ ); Control psicológico (8 reactivos;  $\alpha = .80$ ) y Control conductual (7 reactivos;  $\alpha = .84$ ); y cuatro dimensiones para el padre: Comunicación/Control conductual (16 reactivos;  $\alpha = .97$ ); Autonomía (8 reactivos;  $\alpha = .94$ ); Imposición (8 reactivos;  $\alpha = .90$ ) y Control psicológico (8 reactivos;  $\alpha = .90$ ).

➤ Inventario de Estilos Parentales (YPI. Young Parenting Inventory, Young, 2003). Este cuestionario está compuesto por 72 ítems divididos en 17 escalas que identifican los orígenes de los esquemas cognitivos en las personas. Las escalas recogen los estilos parentales siguientes: estilo de Abandono, Abuso, Imperfección, Fracaso, Subyugación, Altos Estándares, Impulsivo, Apego, Inhibición Emocional, Necesidad de aprobación, Vulnerabilidad al daño y Privación emocional, Dependencia, Autosacrificio, Grandiosidad, Pesimismo y Punitivo. Cada una de las escalas tiene 5 alternativas de respuesta con las siguientes puntuaciones usando una escala de 6 puntos (1 = Totalmente falso, 2 = la mayoría de las veces falso, 3 = más falso que verdadero, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de las veces verdadero, y 6 = me describe perfectamente).

➤ El Cuestionario de Prácticas Parentales de Robinson *et al.* (1995) hay una versión en español publicada por Gaxiola *et al.* (2006). El cuestionario se basa en los planteamientos teóricos de Baumrind sobre los estilos educativos de los padres. Consta de 62 ítems tipo likert, con cinco opciones de respuesta que van de nunca (1) a siempre (5) y que evalúan tres estilos parentales: autoritativo, autoritario y permisivo. Los coeficientes de consistencia interna reportados por Robinson *et al.* (1995, 1996) fueron .91, .86 y .75, respectivamente. Estos tres estilos parentales están formados por grupos de ítems o factores, que de acuerdo a Robinson *et al.* (1995, 1996), determinan las prácticas parentales específicas: (1) Estilo autoritativo: a) calidez e involucramiento, b) razonamiento, c) participación democrática y d) relación amistosa (27 ítems, con un alfa de Cronbach de .91); (2) Estilo autoritario: a) hostilidad verbal, b) castigo corporal, c) no razonamiento, estrategias punitivas y d) directividad (20 ítems, con un alfa de Cronbach de .86); (3) Estilo permisivo: a) falta de confianza en las habilidades de crianza, b) ignorar mal comportamiento y c) falta de supervisión (15 ítems, con un alfa de Cronbach de .75).

➤ La Escala de Estilos de Crianza desarrollada por Lawrence Steinberg (Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991), con la que se examinó los patrones de competencia y ajuste en adolescentes, y sus relaciones con los estilos



parentales. El instrumento consta de 26 ítems agrupados en tres grupos que definen los aspectos principales de la crianza en adolescentes: compromiso, autonomía psicológica y control conductual. Las dos primeras escalas constan de ítems de 4 opciones, desde 1 (Muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo). La subescala de Compromiso evalúa el grado en que el y la adolescente percibe conductas de acercamiento emocional, sensibilidad e interés provenientes de su padre y su madre. La subescala de Autonomía Psicológica evalúa el grado en que los padres y las madres emplean estrategias democráticas, no-coercitivas y animan a la individualidad y autonomía. La subescala de Control Conductual consta de dos ítems de 7 opciones y otros seis de 3 opciones, y evalúa el grado en que el padre es percibido como controlador o supervisor del comportamiento del y de la adolescente.

➤ Y por último, y siendo éste instrumento el que se utilizará en la investigación es el Cuestionario de Prácticas Parentales (CBPP) formato para Adolescentes de González y Landeros (2012) que evalúan tres estilos parentales: autoritativo, autoritario y permisivo. Estos tres estilos parentales están formados por grupos de ítems o factores, que de acuerdo a Robinson *et al.* (1995, 1996), determinan las prácticas parentales específicas: (1) Estilo autoritativo: a) calidez e involucramiento, b) razonamiento, c) participación democrática y d) relación amistosa (27 ítems, con un alfa de Cronbach de .91); (2) Estilo autoritario: a) hostilidad verbal, b) castigo corporal, c) no razonamiento, estrategias punitivas y d) directividad (20 ítems, con un alfa de Cronbach de .86); (3) Estilo permisivo: a) falta de confianza en las habilidades de crianza, b) ignorar mal comportamiento y c) falta de supervisión (15 ítems, con un alfa de Cronbach de .75).

Este último instrumento fue el que se eligió para la evaluación de los estilos parentales por ser un instrumento validado para población mexicana, y porque Gaxiola, Frías, Cuamba, Franco y Olivas (2006) encontraron que de los 3 estilos parentales establecidos por Baumrid (1961) solo se detectaron los estilos autoritativo y autoritario en México, mismos que abarca el instrumento CBPP.

Es de suma importancia realizar el diagnóstico del tipo de estilo parental en el individuo para así conocer si tiene relación o no tiene relación con la génesis y evolución del trastorno de ansiedad social.

## **2.5 Estilos parentales en adolescentes**

Como se ha mencionado ya, la familia es un núcleo importante en el desarrollo psicológico y social del y de la adolescente. El medio familiar en el que crece el y la adolescente determina características económicas y culturales que podrían limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo (García, 2005). La percepción que tienen los y las adolescentes del clima familiar que impera en sus hogares es determinante al momento de desarrollar en ellos y en ellas actitudes favorables o no favorables frente a situaciones determinadas.

Al respecto, Steinberg (2001) afirma que quienes crecen en un ambiente indiferente, con falta de afecto y falta de supervisión presentan desajustes a nivel conductual como compulsividad, conducta delictiva y abuso de sustancias, también podrían presentar baja autoestima o problemas depresivos (Milevsky et. al., 2007). Vargas (2009) afirma que los adolescentes que perciben un clima familiar favorable y estable tienden a desarrollar una actitud positiva al perdón; por otra parte, los y las adolescentes que perciben relaciones menos positivas dentro de su familia muestran tener una predisposición a la venganza, es decir, a la búsqueda intencional de desquitarse por medio de un castigo similar o superior al que han padecido.

Según Vargas (2009) el grado de compenetración y apoyo entre los miembros de la familia se relaciona significativamente con las habilidades psicoafectivas porque para tener cohesión entre la familia es necesario tener una adecuada comunicación interpersonal, motivar, ayudar a nivel grupal, conocer y expresar los sentimientos, no generar peleas, saber hacer frente a las dificultades que tengan entre los miembros de la familia y el poder tomar decisiones familiares acertadas.

Los estilos parentales son determinantes también a la hora de formar actitudes frente a conductas sociales que podrían resultar problemáticas, tales como el uso de sustancias, las conductas sexuales, intentos suicidas, conducta social y conducta delictiva (Caballo, *et. al.*, 2004; Martínez *et. al.*, 2003 y Palacios, 2005). Así mismo, se demostró como el apoyo, la autonomía, el control y la supervisión parental son factores de protección o de riesgo para el desarrollo de conductas positivas o negativas en las y los adolescentes (Palacios, 2005). El efecto positivo que tienen las practicas parentales se refleja en una reducida actividad sexual, un incremento en el uso de métodos anticonceptivos y una menor probabilidad de embarazo en adolescentes (Meschke *et. al.*, 2002). Un clima familiar positivo también disminuye la probabilidad de intentos de suicidio en jóvenes (Lai & McBride-Chang, 2001).

La familia es un factor que promueve la salud y estabilidad en el y la adolescente, pues los factores que predicen la presencia de la conducta problema ocurren en los y las jóvenes que tienen menor supervisión de la mamá y mayor imposición por parte del papá (Palacios & Andrade, 2008).

## **2.6 Estilos parentales y ansiedad social**

Existen varios factores en las familias que vuelven vulnerable al y a la adolescente frente a la ansiedad social, tales como un estilo parental en el que predomine una excesiva sobreprotección, en dónde exista control, abandono del y de la adolescente por parte del padre y la madre o demasiada intromisión. Se ha encontrado que la familia de una persona que presenta ansiedad social tienen una alta probabilidad de presentar altos niveles de ansiedad social (Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989), misma que se reflejarían a través de mensajes verbales (como la creencia de conseguir un desempeño sumamente espectacular) y comportamentales (sentimientos de disgusto y evitación de algunas situaciones sociales para aliviar la ansiedad).

Festa y Ginsbur (2011) aseguran con respecto a los elementos parentales que inciden en el desarrollo del individuo y que se encuentran en relación con altos niveles de ansiedad social en y otros trastornos de tipo social, se encuentran la sobreprotección y el rechazo por parte del padre y la madre. Los autores definen como sobreprotección al comportamiento en el que se disminuyen las oportunidades que tiene el y la infante para explorar nuevas situaciones y también la adquisición de habilidades, en las que se encuentran habilidades sociales. Esto trae como consecuencia una menor competencia social y una mayor ansiedad.

Otro factor de vulnerabilidad en los estilos parentales frente a la ansiedad social es la poca concesión de oportunidades de práctica y exposición en los encuentro sociales, lo que desembocaría en un sentimiento de ineficacia para actuar frente a éstos encuentros. El sujeto ansioso menciona, en estos casos, que los padres se mostraron sobreprotectores, hubo carencia de afecto y una incapacidad para brindar apoyo emocional, (Arrindell, Emmelkamp, Monsma & Brillman, 1983; Arrindell *et al.*, 1989; Parker, 1979), además que presentarían una gran preocupación por la opinión de la gente y la utilización de la vergüenza como método de control y disciplina (Bruch & Heimberg, 1994).

Huver, Otten, de Vries y Engels (2010) reportaron que la extroversión y empatía son características de los padres autoritativos. Al igual que la sobreprotección, el rechazo del padre y la madre también se ha encontrado relacionado con una mayor ansiedad social, diciendo que los niveles de rechazo en el estilo parental aumentarían a la ansiedad social del individuo. (Festa & Ginsbur, 2011)

La percepción social de la crianza que tienen los padres y madres con respecto de sus hijos e hijas no sólo matiza los aspectos relacionados con el control y la disciplina, propios del hogar, sino también las expectativas, el éxito y el fracaso cotidiano y aún más allá, aquellos aspectos que tienen que ver con el tipo de ser humano que se quiere formar, ya sea en su masculinidad y feminidad, en su perspectiva de ser feliz, o la de ser responsable, trabajador y honesto (Flores, Góngora & Córtes, 2005). Los adolescentes que perciben a sus padres como

autoritativos tienen un mejor ajuste psicológico y una mejor respuesta emocional, que la población con otros estilos educativos familiares (Osorio, Rivas, Jokin & López, 2009).

Como se ha observado hasta ahora, el estilo parental conlleva dentro de sí un entramado de elementos que desarrollan en el individuo herramientas para permitir o no el establecimiento de relaciones interpersonales y con el entorno social. Cuando estos elementos no se desarrollan, porque el estilo parental no lo permite, aparecen en el individuo barreras comportamentales que merman el desarrollo psicosocial. Del mismo modo, y además de debilitar estas capacidades, se presentan otro tipo de consecuencias como lo puede ser la ansiedad social.

Aquí radica la importancia de conocer la relación entre el estilo parental vivido por un/a adolescente y el desarrollo de la ansiedad social. Aunado a esto, se puede mencionar a Caballo y Olivares (2003), quienes mencionan que en la génesis de la ansiedad social en un contexto social familiar negativo se encuentran los modelos y antecedentes familiares, la estimulación social deficiente, el aislamiento social de la familia, trastornos psicológicos de los padres, peleas y discusiones familiares, transmisión de información como creencias, supuestos y atribuciones, y los estilos educativos adquiridos dentro del núcleo familiar.

### 3. HABILIDADES SOCIALES

#### 3.1 Antecedentes

Las habilidades sociales como cualquier otro fenómeno de estudio de la psicología, tiene un origen o un antecedente a través de la historia, con matices y autores diversos. Williams en 1935 identificó una relación entre habilidades sociales con características en las cuales se incluyen aprobación social, simpatía, responsabilidad y conducta social. Thorndike (citado en García & Gil, 1995) mencionaba el término inteligencia social como aquellas habilidades que son necesarias para poder entrar en contacto y relación con los demás. Salter (1949) fue el primero en utilizar la palabra asertivo. También están los trabajos de Zigler y Phillips (1960) que hablan acerca de la competencia social, y el desarrollo de los principios de aprendizaje social de Bandura en 1982.

Según Rojas (2008), al revisar la literatura existente de habilidades sociales se pueden encontrar cuatro enfoques de estudio, y que cada uno de estos enfoques permite establecer bases conceptuales y entrenamiento de las habilidades sociales:

- Enfoque asertivo.

Este movimiento localiza su origen en Estados Unidos con el trabajo de Salter en 1949, *Conditioned Reflex Therapy*, aquí se utilizan varios conceptos pavlovianos y se menciona como es que el papel del cerebro y como los niveles de excitación e inhibición dan origen a ciertas conductas en el momento de la interacción social.

Wolpe (1958) también se encuentra entre los investigadores que trabajaron en este enfoque, él es el primero que propone y define el concepto de asertividad en 1958, y dice que esta es la expresión adecuada de cualquier emoción hacia otras personas, a excepción de la ansiedad. El trabajo de Wolpe pretendía reducir la ansiedad y temor interpersonales que impiden a la persona desenvolverse al relacionarse y defender sus derechos frente a los demás.

Un tercer personaje es el Lazarus (1971) quien trabajó el término Libertad Emocional y lo utilizó para la adecuada expresión de los estados afectivos; dentro de los aspectos de importancia en la libertad emocional está la asertividad y que tiene una directriz de defensa de los derechos propios.

➤ Enfoque de competencia social

En este enfoque, Galdwin (1967) plantea que la competencia social es definida de acuerdo a tres componentes fundamentales: conductas que son realizadas con la finalidad de alcanzar un objetivo, la habilidad de lograr utilizar una gama de sistemas y recursos que pueden encontrarse en el medio en el que se presenta la interacción y un eficiente análisis de la realidad.

➤ Enfoque de desarrollo de los principios de aprendizaje social

Entre los autores que se destacan en este enfoque está Albert Bandura (1982) quien desarrolla la Teoría del Aprendizaje Social en la cual se impulsan los procedimientos cognitivos, en esta teoría se incorpora la técnica llamada de modelado como parte del entrenamiento de las habilidades sociales para la modificación conductual. Un aporte a esta teoría es la que hacen Goldstein, Sprafkin y Klein (1980) que plantean la Teoría del Aprendizaje Estructurado.

➤ Enfoque de habilidades Sociales

Las habilidades sociales ya eran estudiadas desde los años 30, aunque no precisamente con ese nombre (Jack, 1934; Murphy & Newcomb, 1937 y Williams, 1935). Pero es hasta los años 60's y 70's que se establece el término "habilidades sociales", con sus bases teóricas y conceptuales, pues se comienza a investigar su evaluación y se diseñan programas de intervención y entrenamiento en este campo (Argle, 1967; Beck, 1976; Mahooney, 1974; Meichenbaum, 1977).

Hargie, Saunders y Dickson (1994) plantean que el término de habilidades sociales fue adoptado antes que el concepto de asertividad estuviese definido en totalidad. Por su parte, Rojas (2008) plantea que las habilidades sociales como

concepto fue mayormente empleado a enfoques o posturas que se encuentran orientadas al estudio del comportamiento social, debido a que su campo teórico de estudio es más complejo y por este mismo hecho es característico que se incorporen a este campo nuevos conceptos, conceptos que se verían limitados en el campo de la asertividad.

### **3.2 Conceptos y Definiciones**

Ladd y Mize (1983) afirman que las habilidades sociales son las capacidades de organización cognitivo y conductual dirigido a metas sociales o interpersonales culturalmente aceptadas, por decirlo de otra forma, son las que le permiten al ser humano conseguir una superación personal y profesional dentro de una sociedad exigente.

Según León y Medina (1997, 1998) plantean que las habilidades sociales son aquellas capacidades de realizar o ejecutar conductas que han sido aprendidas y que satisfacen de forma afectiva las necesidades de comunicación interpersonal y situaciones sociales en la vida de la persona. De esta definición los autores plantean cuatro características centrales: el carácter aprendido, la complementariedad e interdependencia de otro sujeto, la especificidad situacional y la eficacia del comportamiento interpersonal.

Para Méndez y Olivares (2001) las habilidades sociales son las conductas que realiza una persona ante una situación social determinada y en la cual se expresan deseos, sentimientos, opiniones, puntos de vista; pero que lo hace respetando y defendiendo de manera adecuada sus derechos personales, y al hacer esto disminuye la probabilidad de que tenga problemas en sus interacciones sociales. Gil (1998) dice que las habilidades sociales son conductas que son aprendidas y que posteriormente de su aprendizaje pueden ser enseñadas, estas conductas se observan en situaciones interpersonales que son socialmente aceptadas y son utilizadas como refuerzos ambientales.



Monjas (1994) describe que son capacidades o destrezas sociales específicas que son necesarias para ciertas circunstancias interpersonales. En lo que respecta al término habilidad describe que es un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no como un elemento de personalidad, y dichos comportamientos se ponen en acción en todo momento en que la persona interacciona con otras.

La definición que plantea Caballo (1997, 2005) menciona que las habilidades sociales son las conductas que son realizadas por una persona en una situación interpersonal, y en estas conductas se expresan elementos personales de una manera adecuada a la situación y el contexto, pero al mismo tiempo respetando dichas conductas en los demás y también se minimizan las probabilidades a posibles problemáticas o solución a las ya presentes. Del Prette y Del Prette (2002) las definen como el conjunto de desempeños y acciones que realiza un individuo frente a las demandas de una situación social peculiar.

Por su parte, Kelly (2002) define a las habilidades sociales como un conjunto de conductas aprendidas empleadas por las personas para mantener el reforzamiento de su ambiente en las relaciones interpersonales; esto presenta tres características fundamentales: a) el hecho de que un comportamiento es socialmente hábil en la medida que implique consecuencias reforzantes del ambiente, b) tener en cuenta las situaciones interpersonales en las que se expresan las habilidades sociales y c) la posibilidad de describir las habilidades sociales de modo objetivo, y así el individuo puede cumplir sus objetivos.

En el 2003, Roca propone a las habilidades sociales como una serie de conductas, pensamientos y emociones, que proporcionan la ayuda necesaria a la persona para que logre establecer relaciones interpersonales satisfactorias, además son las pautas de funcionamiento social.

### **3.3 Características de las habilidades sociales**

Dentro de las características que son necesarias para una mejor comprensión del fenómeno de las habilidades sociales se destacan las siguientes (Caballo, 1993 y Monjas, 1992):

- Las habilidades sociales son conductas que son adquiridas mediante el aprendizaje, y que por lo mismo se pueden cambiar, enseñar e inclusive mejorar mediante el mismo aprendizaje.
- Las habilidades que son realizadas en interacciones interpersonales son parte de las habilidades adaptativas del ser humano.
- Son de carácter recíproco y también dependientes de los repertorios de conducta de las demás personas con las cuales se interactúa.
- Contienen elementos que son observables, como son: elementos verbales, no verbales, componentes cognitivos, emocionales y fisiológicos.
- Fomenta el refuerzo social y la satisfacción mutua de las personas que interaccionan.
- Son específicas dependiendo la situación, el contexto, características personales.
- Es necesario que existan metas, propósitos o algún tipo de motivación social para un adecuado repertorio de habilidades sociales.

### **3.4 Tipos de Habilidades Sociales**

Algunos autores plantean que hay tipos de habilidades sociales. Ríos (1994) plantea que dentro de esos tipos de habilidades sociales pueden encontrarse las siguientes:

- **Habilidades comunicativas:** Este tipo de habilidades sociales son requeridas para que la persona pueda establecer y mantener vínculos comunicativos con otros. Las habilidades comunicativas se dividen en dos: No

Verbales (gestos, expresiones y posturas corporales) y Verbales (Habilidades conversacionales, expresión de pensamientos, sentimientos y emociones).

➤ Habilidades para transmitir afectos: Estas son requeridas para que la personas logre entablar relaciones adecuadas con otras personas, y a través de este adecuado vínculo lograr transmitir y expresar afecto; otra función de este tipo de habilidades es la expresión de desagrado hacia ciertas características de las demás personas o desagrado hacia ciertas actividades.

➤ Habilidades para alcanzar objetivos: Estas habilidades sociales son para demostrarse capaz y competente hacia circunstancias laborales o sociales.

➤ Conducta Aseriva: Esta conducta es planteada por Ríos como la capacidad que tiene una persona para transmitir y comunicar a otras personas pensamientos, creencias, posturas de una manera adecuada y eficaz sin agredir o sentirse incómodo.

Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1987) realizaron otra clasificación o tipología de las habilidades sociales, en las cuales ellos plantean que se encuentran las siguientes: Cumplidos, quejas, negativas, pedir favores, cuestionamientos, cambios de conducta, defensa de derechos, conversaciones, empatía, habilidades no verbales, interacciones con status diferentes, interacción con sexo opuesto, toma de decisiones, interacciones de grupo y afrontamiento de conflictos.

Asimismo Caballo (1991) propone otra lista de tipos de las habilidades sociales, la cual incluye 12 tipos que son: hacer cumplidos, aceptar cumplidos, hacer peticiones, expresar afectos, conversaciones, defensa de derechos propios, rechazar peticiones, expresión de opiniones, expresión de molestia, cambios de conducta, disculparse y afrontamiento de críticas.

Esta última definición fue la que se trabajó en la presente investigación, puesto que de igual forma se utilizó el instrumento creado por Caballo (1997) para la medición de las dimensiones anteriormente mencionadas.

Es dentro de la psicología cognitivo conductual donde se engloba la mayor parte de la teoría que fundamenta la asertividad. Definida en 1958 por el psicólogo Wolpe, la asertividad formó parte del campo de las habilidades sociales rápidamente. En España, Caballo (1993) ha desarrollado ampliamente este concepto dentro de sus estudios sobre habilidades sociales.

Es importante mencionar que para varios autores (Wolpe, 1958; Lazarus, 1990) el concepto “asertividad” llega a tener un gran parecido al concepto “habilidades sociales”. Es dentro de la psicología cognitivo conductual donde se engloba la mayor parte de la teoría que fundamenta la asertividad.

Lazarus (1990) define la asertividad de la siguiente forma:

“Mucha gente necesita aprender cómo defender sus derechos personales, como expresar pensamientos, emociones y creencias en forma directa, honesta y apropiada sin violar los derechos de cualquier otra persona. La esencia de la conducta asertiva puede ser reducida a cuatro patrones específicos: La capacidad de decir que no; la capacidad de pedir favores y hacer requerimientos; la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, y la capacidad de iniciar continuar y terminar conversaciones.” (Pp. 96)

Según Cotler y Guerra (1976) y Rich y Schroeder (1976), la asertividad es estar en contacto no sólo con uno mismo, sino conocer y expresar los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos; esto afecta directamente el modo de interactuar con otras personas, y con ello poder buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal. Al respecto Worren y Gilner (1978) afirman que dentro del contexto social, una conducta asertiva busca optimizar el reforzamiento.

Como se puede observar, la asertividad es definida por los autores de tal manera que al hacer la comparación de la asertividad con las habilidades sociales se encuentran elementos comunes como habilidades o capacidades, y como estás

son puestas en práctica, primeramente en los procesos cognitivos de la persona para después ponerse en práctica en los aspectos interpersonales, o dicho de otra forma, en procesos de interacción social en contextos específicos.

### **3.5 Desarrollo de las Habilidades Sociales**

Vigotsky (1988) mostró la importancia del proceso de socialización por el que se internalizan las normas sociales a través de la interacción con otros. Kirchner (1997) define a la socialización como un proceso en el que se adquieren los patrones de comportamiento de los valores propios con respecto del contexto al que pertenece o con el que se identifica.

Para explicar el proceso de socialización, Martorell, González, Aloy y Ferris (1995) propusieron el Modelo Jerárquico, este modelo incluye dos polaridades de la interacción social: un polo refiere a la conducta prosocial, y está formado por las dimensiones de Consideración con los demás y Autocontrol, y el otro refiere a la conducta antisocial, formado por la dimensión Agresividad.

Silva, Martínez y Ortet (1997) identificaron dos ejes y cuatro polos en los comportamientos sociales: el eje prosocial/antisocial, que comprende consideración por los demás y autocontrol de las relaciones sociales; mientras que el segundo está formado por agresividad y comportamiento antisocial, con resistencia a las normas sociales e indisciplina; el segundo eje es sociabilidad/baja sociabilidad, denominada por los autores como insociabilidad. El polo positivo agrupa ascendencia social y liderazgo; y el polo negativo reúne retraimiento social, ansiedad social y timidez.

Para Zavala, Valadez y Vargas (2008) la adolescencia es el período en el que se adquieren y practican las habilidades sociales más complejas, puesto que el adolescente deja el comportamiento infantil y lo sustituye por un comportamiento más crítico y desafiante frente a las normas sociales. Las

habilidades sociales presentadas en esta etapa juegan el papel más importante para la aceptación social del adolescente.

Weissmann (2003) afirma que la adolescencia es la etapa en la que el individuo alcanza una autonomía y asume la responsabilidad de su propia vida. En el trayecto de la pubertad a la adolescencia ocurren transformaciones en las que el individuo busca la autonomía con respecto a sus figuras parentales, a la identificación con su grupo de pares para lograr una red de apoyo social personal.

Desde su postura Monjas (2002) plantea que las habilidades sociales pueden adquirirse o desarrollarse por diferentes maneras:

- Por experiencia directa: las conductas de carácter interpersonal se encuentran en función de los reforzadores o elementos adversos que el entorno ejerce después de cada repertorio de conductas sociales.

- Forma institucional o verbal: La persona aprende por medio de lo que habla, del lenguaje de tipo verbal caracterizado de preguntas, instrucciones, incitaciones, explicaciones y/o sugerencias.

- Por feedback interpersonal: Esto se refiere a la explicación por parte de observadores de cómo es que ha sido el comportamiento efectuado por la persona que se encuentra presente en la interacción interpersonal, lo que permite correcciones en el repertorio de conducta.

- Por observación: Aquí se aprende el repertorio por medio de la expectación ante la exposición de modelos significativos.

Resaltando la importancia del desarrollo de habilidades sociales en el individuo, la investigación de Caballo (1993) ha tocado otros puntos importantes para la comprensión de las mismas, y la forma en que las habilidades sociales se complementan y son planteadas como dimensiones para el análisis y observación de las conductas.

### 3.6 Dimensiones de las Habilidades Sociales

Las habilidades sociales están conformadas por un entramado de planos que abarcan diversas situaciones de la vida social del individuo; cada una debe ser definida para aclarar la forma en la que debe ser evaluada. La literatura revisada menciona a algunos autores que abordan estas dimensiones.

Rojas (2008) plantea que las dimensiones de las habilidades sociales permiten ordenar aquellos tipos de respuesta que se ejecutan cuando se presenta una interacción interpersonal, se ha realizado estas dimensiones con el propósito de analizar y observar las conductas objeto de investigación y/o tratamiento, y dichas dimensiones son las siguientes:

- Conductual: En esta dimensión se refiere a aquellos repertorio de conductas que son observables y concretas, las cuales se dividen en los siguientes elementos: verbales, no verbales y paralingüísticos (Caballo, 1996 citado en Rojas 2008).

- Emocional: La emoción es una experiencia o estado de la psique que está caracterizado por un sentimiento muy fuerte que generalmente va acompañado de una expresión de tipo motora que generalmente es muy intensa (Rojas 2008).

- Cognitiva: El comportamiento observado en una interacción interpersonal se ve afectado por los sentimientos y cogniciones que el sujeto elabora sobre su interlocutor, sobre la situación social, sobre propios comportamientos y consecuencias en dicha situación, basado todo esto en las experiencias y en conocimientos previos. Algunos de los elementos principales en la dimensión cognitiva son la percepción, expectativas, creencias, estrategias y habilidades de procesamiento (Del Prette & Del Prette, 2002, citado en Rojas 2008).

Dentro de las habilidades sociales se encuentra otro campo de habilidades: las habilidades para la vida. Estas habilidades son el conjunto de habilidades que permiten al individuo actuar de manera competente y hábil en las

distintas situaciones de la vida cotidiana y de su entorno, son habilidades que favorecen comportamientos saludables en las distintas esferas sociales, que permiten a las personas, controlar y dirigir sus vidas (Choque & Chirinos, 2009).

Ginzburg (2012) afirma que las habilidades para la vida son destrezas psicosociales que les facilitan a las personas aprender a vivir. De esta forma, se considera que un enfoque basado en las habilidades para la vida, provee de una base teórica robusta para el diseño y la implementación de programas de intervención en población adolescente, cuyo propósito sea el desarrollo de habilidades sociocognitivas, y así contribuir para que el adolescente enfrente en forma efectiva los retos de la vida (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001; Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando & Pertegal, 2010).

Morales, Benitez y Agustin (2013) afirman que el factor más importante para el despliegue de habilidades para la vida es el contexto social en el que está inmersa la persona; este contexto puede facilitar u obstaculizar el sentimiento de bienestar subjetivo y, por lo tanto, el desarrollo de los y las adolescentes a lo largo de este período del ciclo vital. Estos autores realizaron una investigación en un contexto rural y afirman que este contexto puede favorecer el desarrollo de las habilidades sociales, debido a que cuentan con menor población, lo cual facilita notablemente la convivencia entre iguales. Además, afirman, los contextos rurales cuentan con mecanismos de resistencia cultural, valorando más el saber local y conservando las tradiciones y valores de la zona; lo cual, bien podría influir en la resistencia de los y las adolescentes para incrementar sus habilidades cognitivas.

### **3.7 Déficit y Entrenamiento de Habilidades Sociales**

Las habilidades sociales, como su nombre lo dice, son capacidades que se aprenden y se desarrollan, pero ¿Qué pasa cuando este aprendizaje y entrenamiento no ha sido de una manera adecuada? Algunos autores mencionan lo siguiente:



Autores como Ison (1997), Arias y Fuertes (1999), entre otros, comprobaron que los niños y adolescentes que presentan dificultades para relacionarse tienden a padecer problemas a largo plazo relacionados con deserción escolar, comportamientos violentos y perturbaciones psicológicas en la vida adulta. Estos problemas se presentan principalmente en personas que se vinculan poco evitando el contacto social con otras personas (Monjas, 2002) o por las relaciones violentas con sus pares (Cerezo, 1997).

Lacunza y Contini (2009) afirman que el déficit de habilidades sociales en la niñez y adolescencia incide de manera negativa en una construcción de identidad, así también como en la cristalización de trastornos psicopatológicos. Lang (1968) aseguró que las personas que son deficientemente hábiles se diferencian de las altamente hábiles en aspectos cognitivos y conductuales, por lo cual era necesario cuál de estas dos dimensiones estaba más alterada para determinar el tipo de intervención más adecuada.

En cuanto a la evaluación para la detección del tipo de las habilidades sociales en un individuo, se da como un proceso dividido en fases. Monjas (2002) afirma que la primera fase de la evaluación engloba a la identificación, clasificación y diagnóstico. La segunda fase es la planificación de los programas de intervención y la tercera remite a la evaluación de los efectos de la intervención. Sin olvidar el monitoreo antes, durante y después de la intervención. Garaigordobil (2008) menciona que para el monitoreo de la enseñanza de las habilidades sociales es necesaria una evaluación sumativa (que identifica el resultado o cambio producido por el programa de intervención) y formativa (evaluación continua del programa implementado).

Para disminuir la deficiencia en las habilidades sociales, Ponniah y Hollon (2008) han planteado que la solución es el entrenamiento en habilidades sociales, pero para esto habrá que definir qué es y cómo se logra un entrenamiento en habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales planteado por Vallejo y Ruíz (1993) consiste en un conjunto de técnicas que le permitirán al individuo adquirir aquellas habilidades que le permitan tener interacciones sociales adecuadas y satisfactorias cuando se desenvuelva en su contexto cotidiano. Con el entrenamiento se puede lograr aprender habilidades que no están en el repertorio o inclusive modificar las que ya se tienen pero que son inadecuadas.

Lo que plantea Monjas (1999) es que el entrenamiento en habilidades sociales es una estrategia de enseñanza y aprendizaje que se conforma por técnicas cognitivas y conductuales que se encuentran dirigidas a la adquisición de repertorios de conductas efectivas y adecuadas que la persona aun no posee o que posee pero puede modificar para que así se desenvuelva con eficacia en sus relaciones interpersonales.

Ovejero (1990) menciona que el objetivo del entrenamiento en las habilidades sociales es la mejora del cliente en problemas interpersonales, esto a través del fortalecimiento de sus destrezas sociales. Una de las aplicaciones de este entrenamiento es para orientar a la formación de profesionales que gran parte de su vida laboral se desarrolla mediante interacciones cara a cara (Ellis, 1980).

Puesto que las habilidades sociales también están intensamente determinadas por la cultura, su comprensión requiere de una explicación de múltiples causas que integren factores cognitivos, motores y autonómicos (Hidalgo & Abarca, 1990). Caballo (1997) es uno de los autores que propone un modelo de entrenamiento en habilidades sociales que ha sido considerado como entrenamiento base, compuesto por 4 dimensiones y que a continuación se explica.

1. Entrenamiento en habilidades sociales. En este aspecto se enseñan conductas específicas, que posteriormente son practicadas e integradas al repertorio conductual de la persona. Estos entrenamientos se encuentran estructurados por técnicas que cuya ejecución está dirigida al cumplimiento de

objetivos particulares. Las técnicas, los objetivos y la secuencia de aplicación tienen los siguientes puntos:

- \* Instrucciones y moldeamiento: El objetivo de esto es informar y hacer demostraciones de repertorios de conducta adecuados.

- \* Ensayo conductual: Este consiste en que la persona reproduzca y repita las conductas que se están aprendiendo.

- \* Retroalimentación y reforzamiento: Aquí se pretende moldear las conductas ejecutadas por el individuo para que progresivamente vayan siendo más adecuadas.

- \* Estrategias de generalización: Se facilita el mantenimiento y transferencia de conductas aprendidas.

2. Reducción de ansiedad: Lo que se pretende conseguir en este proceso es reducir la ansiedad de manera indirecta, poniendo en práctica la nueva conducta que se ha aprendido y que resulta incompatible con la respuesta de ansiedad. Pero en el caso de que el nivel de ansiedad sea elevado, se puede llegar a recurrir del uso de técnicas de relajación.

3. Reestructuración cognitiva. Se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del individuo, también tiene lugar indirectamente puesto que las cogniciones del sujeto se modifican por la adquisición de nuevas conductas.

4. Entrenamiento en solución de problemas. Enseña al sujeto a percibir y procesar “valores” de todos los parámetros situacionales que generen respuestas potenciales para obtener la capacidad de seleccionar una de esas respuestas y maximizar la probabilidad de alcanzar el objetivo impulsado por la comunicación interpersonal.

Para poder detectar el déficit en habilidades sociales y poder establecer el modo de intervención y así desarrollar un entrenamiento en dichas habilidades,

hay varios instrumentos que se pueden utilizar para poder hacer la evaluación y medición, algunos de estos instrumentos se exponen en el siguiente apartado.

### **3.8 Medición de las Habilidades Sociales**

Existen varios instrumentos que son utilizados para medir las habilidades sociales en distintas dimensiones, como lo son:

- Escala de Habilidades Sociales (González, 2002) de aplicación individual o colectiva para adolescentes y adultos, es un cuestionario constituido por 33 elementos que exploran la conducta de la persona en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan a esas actitudes. La información que ofrece el cuestionario queda contenida en factores como: Defensa de los propios derechos del consumidor; Tomar iniciativas con el sexo opuesto; Expresión de opiniones, sentimientos o peticiones; Decir "no" o defender los propios derechos; Expresarse en situaciones sociales; Cortar una interacción; Capacidad de hacer cumplidos y Expresión de enfado o disconformidad. Esta escala tiene un Alfa de Cronbach de .88 y las opciones de respuesta son tipo Likert con 4 alternativas de respuesta.

- La Batería de Socialización (BAS) (para padres y profesores) construido por Silva Moreno y Martorell Pallás (2010), es un instrumento elaborado para detectar varios aspectos de la conducta social en escolares. A partir de su aplicación se obtiene un perfil de socialización con cuatro escalas de aspectos facilitadores (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol) y tres escalas de aspectos perturbadores (agresividad-terquedad, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez). También se obtiene una apreciación global del grado de adaptación social. Evalúa la socialización de niño/as y adolescentes en ambientes escolares y extraescolares. Es de aplicación colectiva o individual para niños y adolescentes de 6 a 15 años. El tipo de respuesta es dicotómica (Si/No), con un Alfa de Cronbach de .73.

Para esta investigación se usó la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (Caballo, 1997) validado para población mexicana, cuestionario dirigido a evaluar pensamientos negativos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales como lo son: Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores, temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones; temor a hacer y recibir peticiones; temor a hacer y recibir cumplidos; preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto; temor a la evaluación negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; preocupación por la expresión de sentimientos; preocupación por la impresión causada en los demás; temor a expresar sentimientos positivos; temor a la defensa de los derechos; asunción de posibles carencias propias, prueba realizada por Caballo en 1997. Las opciones de respuesta van del 0 al 4 en una escala Likert, con un alfa de Cronbach de 0.92. Esta escala fue utilizada en otros estudios en población mexicana universitaria (Anguiano, *et. al.*, 2010; Quintanilla, Gaona y Zenizo, 2011); en estas investigaciones la muestra común fue de jóvenes con una media de edad de 20 años, ya que se relaciona con las dimensiones de la definición que se estipuló para esta investigación.

### **3.9 Habilidades Sociales en la adolescencia**

Según Díaz, Trujillo y Peris (2007) uno de los factores de protección en salud juvenil es el de las habilidades sociales, pues un déficit en las mismas conlleva modificaciones negativas en la autoestima. La posibilidad de poner en juego habilidades sociales asertivas en el contexto sociocultural en el cual se vive permite un ajuste social favorable. Además que el refuerzo de autoestima de pares potencia la valoración positiva en la personalidad.

En el caso de las habilidades sociales, además de los pares, son los padres quienes las fortalecen o debilitan en los y las adolescentes, dependiendo el estilo parental practicado en casa. Cuando se habla de adolescentes que no tienen padres y sus circunstancias los y las llevan a vivir en una casa hogar las cosas cambian. Para las adolescentes, vivir en una casa hogar genera sentimientos de culpa, además que pierden el sentimiento de valor de sí mismas (Ayllón, 2001). Además, la falta de seguridad, la falta de reconocimiento de la identidad propia, la falta de derecho, respeto y comprensión y la falta de confianza en sí mismo/a desemboca en una autoestima poco fortalecida, en pérdida de equilibrio emocional, fracaso en las relaciones con los demás e inseguridad al desarrollar su potencial disminuyendo su protagonismo (UNICEF, 2000). Al respecto, Peres (2008) realizó un estudio en el que se aplicó un programa de entrenamiento en habilidades sociales a 70 adolescentes de un orfanato, quienes al inicio del estudio presentaban un déficit en estrategias de afrontamiento a su entorno inmediato y al finalizar el estudio mostraron un mayor nivel de herramientas que les permiten incursionar en la vida laboral y social, y un fortalecimiento de su red de amistades.

Los y las adolescentes que presentan un patrón de interacción social caracterizado por comportamientos agresivos y hostiles hacia otras personas podrían presentar una conducta antisocial y otros trastornos de conducta (Inglés, *et. al.*, 2002). Carr (2007) afirma que la capacidad para formar y mantener amistades estables y satisfactorias está determinada por las experiencias de apego, los rasgos de personalidad (como la extroversión y la simpatía) y las oportunidades que brinda el entorno (la escuela, la familia y la comunidad).

Garaigordobil (2008) encontró que los adolescentes con numerosas conductas de cooperación hacia otros presentaban pocos síntomas psicopatológicos (como de ansiedad, hostilidad, obsesivos compulsivos, entre otros); aquellos sin síntomas psicopatológicos disponían de muchas habilidades sociales como de ciertos rasgos de personalidad (socialización positiva, tolerancia al estrés, alto autoconcepto, entre otros).

### **3.10 Habilidades Sociales, Estilos Parentales y Ansiedad Social en los y las adolescentes**

La literatura se ha complementado con las investigaciones en las que se han encontrado correlaciones positivas entre el uso correcto de las habilidades sociales y la competencia social y el ajuste psicológico (Vallés & Vallés, 1996), la adaptación escolar y la autoestima (Kagan & Moss, 1962; Lazarus, 1971; Wolpe, 1971) y la popularidad y el rendimiento académico (Gresman, 1981; Zigler & Trickett, 1978); esto da una idea de cómo trabajar las habilidades sociales de manera correcta para que el individuo tenga un buen desenvolvimiento en la vida social.

Es justamente en la adolescencia donde los y las jóvenes desarrollan diversas destrezas de afrontamiento, teniendo así la capacidad necesaria para salir adelante en circunstancias que el mismo adulto consideraría difíciles de afrontar (Coleman & Hendry, 2003; Zanini & Forns, 2005).

Herrera, Freytes, López y Olaz (2012) realizaron una investigación con universitarios y universitarias de primer y quinto semestre de la licenciatura en psicología para indagar sobre la posible influencia de la licenciatura con el desarrollo de las habilidades sociales. En los resultados notaron que el grupo de quinto semestre mostraba mayor déficit en habilidades sociales que los del grupo de primer semestre, desmintiendo así la influencia de la licenciatura con el desarrollo de las habilidades sociales. León, *et. al.*, (2009) en una investigación con alumnos y alumnas colombianas de primer semestre de las licenciaturas en psicología, medicina, enfermería y odontología encontraron relación entre su nivel de asertividad y su nivel de autoestima.

Deniz, Hamarta y Aris (2005) encontraron diferencias significativas en habilidades sociales y sentimientos de soledad entre estudiantes universitarios que se encontraban en pareja en relación a aquellos que no. De esta manera, aquellos estudiantes que estaban en pareja mostraron un repertorio de habilidades sociales más desarrollado y menos sentimientos de soledad.

Algunos autores (Heimberg & Barlow, 1998; Mersh, Emmelkamp, Bögels & Van der Sleen, 1989) han planteado que el entrenamiento en habilidades sociales es una de las maneras de intervención para el afrontamiento de la ansiedad social de forma terapéutica, pues el entrenamiento en habilidades sociales, como lo proponen Vallejo y Ruiz (1993) le permite al individuo tener interacciones sociales adecuadas y satisfactorias. Lacunza y Contini (2009) mencionan que el déficit en habilidades sociales incide en una construcción negativa de identidad, y en base a esto, el entrenamiento en habilidades sociales mejoraría la construcción de la identidad para mejorar también las interacciones sociales del individuo.

Tomando como referencia a los autores que afirman que las habilidades sociales se adquieren por medio de la socialización durante la infancia y la adolescencia (Davidoff, 1979; Vigotsky, 1988; Zavala, Valadez & Vargas, 2008) donde todas las habilidades y capacidades son recibidas y aprendidas en el entorno familiar, mismo entorno donde también es practicado un determinado estilo parental que complementa la creación y desarrollo de estas habilidades sociales (Baumrid, 1991; Myres, 1993 y Viveros, 2007); cuando el estilo parental practicado en la familia da pauta a una desajustada configuración de habilidades sociales, este hecho puede desencadenar en una ansiedad social en el individuo (Arrindel, 1989; Heimberg, 1994; Melfsen, Osterlaw & Florin, 2000).

Por esto mismo la importancia de investigar las variables elegidas individualmente para posteriormente indagar la manera en que se relacionan, pues de esta manera se obtiene una visión más amplia para el conocimiento y comprensión de la ansiedad social.



## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **4.1 Pregunta de Investigación**

¿Qué relación y diferencias entre carreras existen entre el estilo parental, las habilidades sociales y el nivel de ansiedad social en alumnos y alumnas de primer semestre de las licenciaturas en Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Farmacia, Psicología, Nutrición, Enfermería y Gerontología del Instituto de Ciencias de la Salud?

### **4.2 Objetivos**

General:

Determinar la relación y diferencias entre carreras existentes entre el estilo parental, nivel de las habilidades sociales y el grado de ansiedad social en alumnos y alumnas que pertenecen al primer semestre de las licenciaturas en Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Farmacia, Psicología, Nutrición, Enfermería y Gerontología del Instituto de Ciencias de la Salud.

Específicos:

1. Identificar el grado de ansiedad social de alumnos y alumnas de primer semestre de las licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.
2. Identificar el estilo parental predominante en alumnos y alumnas de primer semestre de las licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.
3. Identificar las áreas de habilidades sociales en las que presentan mayor dificultad alumnos y alumnas de primer semestre de las licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.
4. Relacionar variable estilos parentales con variable ansiedad social.
5. Relacionar variable habilidades sociales con variable ansiedad social.
6. Relacionar variable estilos parentales con variable habilidades sociales.
7. Comparar los niveles de ansiedad social entre licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

8. Comparar los estilos parentales percibidos entre licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.
9. Comparar los niveles de habilidades sociales entre licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

### **4.3 Justificación**

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003-2010, en México el 4.7% de la población padece ansiedad social. Es, por esta cifra, que el presente estudio indagó más sobre las variables relacionadas a este padecimiento, pues los síntomas o indicadores de la ansiedad social son difíciles de detectar porque su gestación es un entramado de variables distintas y algunas ocasiones se puede llegar a confundir con un aislamiento social, timidez, e inclusive un retraimiento social, además que las personas que padecen este trastorno por obvias razones evadirán las situaciones sociales que puedan exponerlos.

En este estudio se buscó la relación de la ansiedad social con las variables estilo parental y habilidades sociales, en específico en población universitaria; siendo aquí donde dicho trastorno ya tiene un lapso de desarrollo, dado que inicia entre los 14-16 años (Gil, 2009).

Dentro de la importancia de este estudio se encontró que, en base a las escalas que se utilizarán para su elaboración, se conoció la relación que hay entre las variables de estilos parentales, asertividad y ansiedad social, permitiendo así iniciar el planteamiento de variables relacionadas a ansiedad social en una población de estudiantes de una universidad perteneciente al estado de Hidalgo.

Otro rasgo importante a resaltar de este estudio es que la muestra estuvo conformada por alumnos de primer semestre y eso dio oportunidad a que, en caso de ser necesario, pueda darse una continuidad en cuanto a una atención integral de la salud del alumno en el transcurso de la carrera.

Cabe señalar que las variables fueron escogidas de esta manera pues autores como Sierra, Zubeidat y Fernández (2006) afirman que los familiares son un factor predeterminante en este trastorno, además que la ansiedad social ha sido asociada con la falta de habilidades sociales.

Los resultados de esta investigación son de gran utilidad en diversos ambientes para comprender y atender a las personas que presenten las características de este trastorno debido al nuevo ambiente en el que se desenvuelve el individuo, la vida lejos del hogar y de la familia nuclear y la adquisición de nuevas responsabilidades; a los docentes de cualquier institución educativa les puede ayudar en detectar síntomas e indicadores de la ansiedad social en alumnos que presenten dificultades en las exposiciones orales frente al grupo, y así buscar técnicas alternas para un desarrollo óptimo como estudiante. En una empresa un individuo con este padecimiento no lograría desempeñar las actividades como rol de empleado en donde tenga que contactar con otras personas, ya sea de la misma empresa o exteriormente. Y como profesionales de la salud, este estudio puede beneficiar la calidad de diagnóstico y atención especializada, especificada e integral de este trastorno y contar con las herramientas necesarias para diferenciarlo de algunos otros trastornos que se le parecieren, además de lograr una prevención de este trastorno en ambientes universitarios.

Por estos aspectos es de relevancia este estudio, en el que se pretendió seguir generando teoría respecto a este fenómeno que es la ansiedad social, el hacerlo permitió conocer un perfil más específico de lo que implica este trastorno en población juvenil para aportar más a la base teórica y así promover que se sigan estudiando y analizando las variables relacionadas dentro de la vida universitaria para darles a los y las jóvenes herramientas de autoconocimiento que les permitan mejorar su calidad de vida personal y profesional.

## 5. MÉTODO

### 5.1 Hipótesis

Conceptual o de trabajo

➤ HT: Existe una relación entre altos niveles de ansiedad social, los altos niveles de deficiencia de habilidades sociales y un estilo parental autoritario en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

Estadísticas

➤ H0<sub>1</sub>: No existe relación significativa entre ansiedad social y habilidades sociales respecto a estilo parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

➤ H1<sub>1</sub>: Existe una relación significativa entre ansiedad social y habilidades sociales respecto al estilo parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

Hipótesis objetivos específicos

De relación:

➤ H0<sub>2</sub>: No existe relación significativa entre ansiedad social y estilo parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

➤ H1<sub>2</sub>: Existe una relación significativa entre ansiedad social y parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

➤ H0<sub>3</sub>: No existe relación significativa entre ansiedad social y habilidades sociales en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

➤ H1<sub>3</sub>: Existe una relación significativa entre ansiedad social y habilidades sociales en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

➤ H0<sub>4</sub>: No existe relación significativa entre habilidades sociales y estilo parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

➤ H1<sub>4</sub>: Existe una relación significativa entre habilidades sociales y estilo parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa.

De diferencia:

- H05: No existen diferencias significativas entre carreras respecto a al grado de ansiedad social en alumnos y alumnas de primer semestre del ICsSa.
- H15: Existen diferencias significativas entre carreras respecto a al grado de ansiedad social en alumnos y alumnas de primer semestre del ICsSa.
- H06: No existen diferencias significativas entre carreras respecto al estilo parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICsSa.
- H16: Existen diferencias significativas entre carreras respecto al estilo parental percibido en alumnos y alumnas de primer semestre del ICsSa.
- H07: No existen diferencias significativas entre carreras respecto a las habilidades sociales en alumnos y alumnas de primer semestre del ICsSa.
- H17: Existen diferencias significativas entre carreras respecto a las habilidades sociales en alumnos y alumnas de primer semestre del ICsSa.

## 5.2 Variables

Ansiedad Social: Variable interviniente.

- Definición Conceptual: Según el DSM-V (2013) está caracterizada por un fuerte o intenso miedo a situaciones sociales en las que la persona se percibe expuesta al escrutinio y análisis de otro u otros, y que dicha evaluación será negativa para ella, con reacciones de tipo fisiológicas como rubores, temblores, sudoraciones tartamudeo etc., y comportamientos como el evitar la o las situaciones que sean causantes de la ansiedad.
- Definición Operacional: Se midió con el CASO-A30 de Caballo, Salazar, Arias, Irrutia, Calderero y Equipo de Investigación CISO-A España (2010), validado para población mexicana, donde se miden 5 dimensiones que son: 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”.

### Estilo Parental: Variable Interviniente

➤ Definición Conceptual: Baumrind (1991) plantea que los estilos parentales, son todas las maneras o formas de interacción, en las que los padres transmiten o dan a sus hijos educación, valores, roles, afectos comportamientos, que se irán incorporando, desarrollando y actuando a lo largo de su vida.

➤ Definición Operacional: Se midió con el Cuestionario de Prácticas Parentales en formatos para padres y para adolescentes de González y Landero (2012), validado para población mexicana, donde se detectara el estilo de práctica parental sea Autoritario o Autoritativo.

### Habilidades Sociales: Variable Interviniente

➤ Definición Conceptual: Caballo (1997, 2005) menciona que las habilidades sociales son las conductas realizadas por el individuo en una situación interpersonal, expresando elementos personales de una manera adecuada a la situación y el contexto, pero al mismo tiempo respetando dichas conductas en los demás minimizando las probabilidades a posibles problemáticas o solución a las ya presentes.

➤ Definición Operacional: Se midió con la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva, validado para población mexicana, cuestionario dirigido a evaluar pensamientos negativos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales, prueba realizada por Caballo (1997).

## 5.3 Participantes

Participaron 618 alumnos y alumnas de primer semestre del ICSa, de los cuales fueron 183 hombres y 435 mujeres, de un rango de edad de 16 a 26 años y una media de la misma de 19.02 años. El porcentaje por carreras fue de 17.9% Psicología, 16.1% Gerontología, 16.1% Enfermería, 18.4% Medicina, 15.3% Odontología, 12.7% Nutrición y 3.4% Farmacia. El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, debido a que la muestra fue seleccionada por características definidas.

#### 5.4 Criterios de Inclusión, Exclusión o Eliminación

Inclusión:

- \* Estudiantes del ICSa
- \* De Primer Semestre

Exclusión

- \* Que sean alumnos que estén recusando el primer semestre
- \* Que excedan el rango de edad de 16 a 26 años

Eliminación

- \* Que no hayan contestado alguno de los instrumentos
- \* Que haya contestado de forma incompleta
- \* Que haya contestado de forma errónea o través de patrones

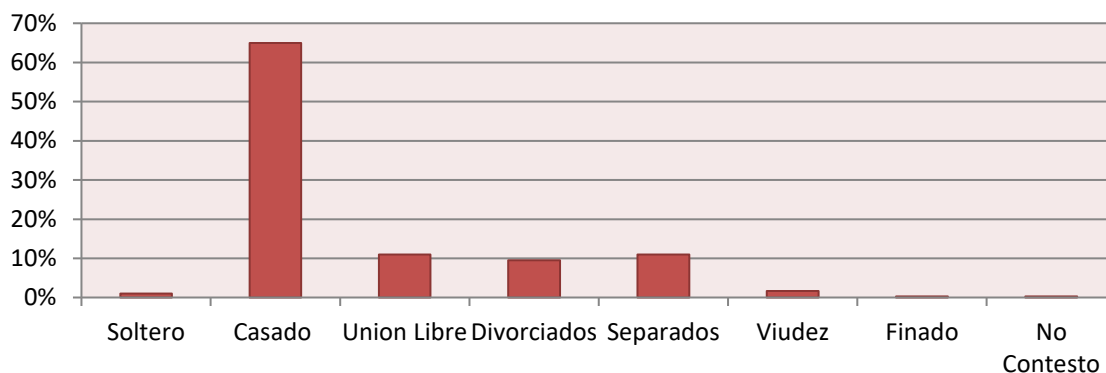
A continuación se presentan los datos descriptivos de la muestra estudiada. En esta tabla se observa la cantidad de alumnos correspondientes a cada licenciatura del ICSa. Las edades de 18 y 19 años son el rango de edad más constante, siendo 18 la edad predominante.

**Tabla 1.**

***Total de alumnos y alumnas por licenciatura.***

Licenciatura	Total Alumnos/Alumnas	Alumnos	Alumnas
Psicología	111	31	80
Gerontología	99	13	86
Enfermería	99	20	79
Medicina	114	61	53
Odontología	95	34	61
Nutrición	79	17	62
Farmacia	21	7	14

En cuanto al sexo hay 183 hombres que son el 30% de los participantes totales y 435 mujeres que son el 70%.



*Figura 1.* Estado Civil de los Padres. En la gráfica correspondiente al estado civil de los padres se observa que predomina en el estado civil: casados.

**Tabla 2.**

***Escolaridad de padre y madre***

Nivel de estudios	Madre	Padre
Sin formación	2	2
Primaria	71	82
Secundaria	164	182
Bachillerato	183	138
Licenciatura	128	150
Posgrado	18	31
No Contesto	52	33

En la tabla de escolaridad de los padres, el mayor nivel de escolaridad corresponde al de secundaria en el caso del padre y bachillerato en el caso de la madre.



## 5.5 Instrumentos

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos de Caballo, Salazar, Arias, Irrutia, Calderero y Equipo de Investigación CISO-A España (2010), cuenta con 30 ítems en escala likert de 5 puntos (desde 1="Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo" hasta 5= "Mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo"). El CASO-A30 evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario. Para la evaluación de los tipos de ansiedad social, mediante el CASO-A30, se considera el número de dimensiones temidas. Consistencia interna = .91 Validez concurrente = .66

Escala Multidimensional de Expresión Social parte cognitiva de Caballo (1997) es un cuestionario dirigido a evaluar pensamientos negativos asociados a situaciones de interacción social. Consta de 44 ítems de escala tipo likert, que va desde el 0 al 4 (donde 0= nunca o muy raramente y 4=siempre o muy a menudo). Ofrece información acerca de 12 diferentes factores que agrupan las siguientes situaciones: Temor a la expresión en Público y a enfrentarse con superiores, temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones; temor a hacer y recibir peticiones; temor a hacer y recibir cumplidos; preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto; temor a la evaluación negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; preocupación por la expresión de sentimientos; preocupación por la impresión causada en los demás; temor a expresar sentimientos positivos; temor a la defensa de los derechos; asunción de posibles carencias propias. Alfa de Cronbach= .92 Validez expresada por correlaciones estadísticamente significativas superiores a .40

Cuestionario Prácticas Parentales formato para Adolescentes de Gonzáles y Landero (2012): consta de 62 ítems tipo likert, con cinco opciones de respuesta

que van de nunca (1) a siempre (5) y que evalúan tres estilos parentales: autoritativo, autoritario y permisivo. Estos tres estilos parentales están formados por grupos de ítems o factores, que de acuerdo a Robinson et al. (1995, 1996), determinan las prácticas parentales específicas: (1) Estilo autoritativo: a) calidez e involucramiento, b) razonamiento, c) participación democrática y d) relación amistosa (27 ítems, con un alfa de Cronbach de .91); (2) Estilo autoritario: a) hostilidad verbal, b) castigo corporal, c) no razonamiento, estrategias punitivas y d) directividad (20 ítems, con un alfa de Cronbach de .86); (3) Estilo permisivo: a) falta de confianza en las habilidades de crianza, b) ignorar mal comportamiento y c) falta de supervisión (15 ítems, con un alfa de Cronbach de .75).

### **5.6 Tipo de estudio**

Transversal de campo: El estudio fue transversal pues solo se hizo en un momento y de campo porque se realizó en el aula de los alumnos.

### **5.7 Diseño**

No experimental correlacional: Es correlacional debido a que se relacionaron dos o más variables en un momento determinado, y es no experimental pues no se tuvo control de las variables.

### **5.8 Procedimiento**

Ya que ésta investigación formó parte de un proyecto más grande, que involucró a más investigadores y más variables relacionadas con la ansiedad social, se presentaron algunos inconvenientes durante todo el procedimiento de investigación.

En primer lugar, se armó una batería constituida por 23 instrumentos, que permitieron identificar distintos factores de riesgo y protección para universitarios, aunque para la presente tesis solo se evaluaron tres variables de las 23 trabajadas. Una vez constituida la batería y cuándo se delimitó la forma de trabajo y de evaluación se presentó a las áreas académicas de las 7 licenciaturas del

ICSa, para acordar el día y lugar de las sesiones de aplicación a los grupos de primer semestre. En esta etapa se consumió una gran parte de tiempo, ya que en algunas licenciaturas el permiso para ingresar a las aulas tardo más de 3 semanas, una vez que se daba el permiso, se tenía que gestionar con el grupo a aplicar y con el profesor o la profesora correspondiente la posibilidad de utilizar el horario establecido de su clase para la aplicación de la batería.

Antes de comenzar esta aplicación de la batería se dialogó con alumnos y alumnas la finalidad del proyecto, aclarando el aspecto de la confidencialidad y resaltando que una vez firmado el consentimiento informado eran ya participantes de la investigación. También se acordaba la forma de trabajo y los horarios establecidos para la aplicación. La duración de la aplicación para Psicología consto de 3 sesiones de 2 horas cada una, y para las demás áreas académicas fue 1 sesión de 4 horas, a excepción de los grupos 1ro. 2 de Enfermería y 1ro. 2 de Nutrición que correspondieron 2 sesiones, 1 de dos horas y 1 de 1 hora. En esta fase del procedimiento quedaron eliminados algunos participantes, ya que se presentaron a la primera sesión de aplicación y a la segunda no volvieron; o bien, en el tiempo destinado al descanso prefirieron retirarse a su casa sin terminar de contestar las pruebas.

Al finalizar la aplicación a todos los grupos se realizó la captura y el análisis estadístico para la obtención de resultados.

## 6. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos después de haberse realizado la captura de los instrumentos aplicados a las 7 carreras que tiene el ICSa, captura realizada en la versión 21 del programa SPSS. Los resultados se presentan en tres secciones.

En la primera sección que corresponde a la parte descriptiva se muestran las medias de los factores de las escalas aplicadas, en la segunda sección se abordan los análisis de correlación y en la última sección se abordan las comparaciones por grupos.

En el análisis estadístico inferencial se utilizaron:

-Estadística descriptiva para obtener las medias de cada uno de los factores de las muestras aplicadas, también se utilizó para obtener la desviación estándar.

-La prueba de Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson. Esta prueba se eligió debido a que realiza correlaciones entre las variables de tipo intervalar como las variables de este estudio, los cuales son los objetivos de esta investigación, a través de correlaciones bivariadas.

Se presentan las tablas de correlaciones en el siguiente orden: Tablas Generales (total de la muestra), Tablas por Sexo y Tablas por Carreras. La tabla correspondiente a las correlaciones entre Ansiedad Social y Habilidades se presenta dividida en tres para una adecuada apreciación de dichas correlaciones.

-Prueba Análisis de Varianza Simple (ANOVA) con prueba Post-Hoc de Tukey: El objetivo de utilizar esta prueba fue el de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las licenciaturas del ICSa.

Es necesario aclarar que se tuvo que eliminar en este análisis estadístico la licenciatura de Farmacia, debido a que la muestra no cuenta con los parámetros para poder ser comparada con las demás licenciaturas, contando con una  $n = 22$ ,

mientras que las demás carreras presentan una  $n = 79$  en el caso de Nutrición hasta una  $n = 114$  respectiva a medicina; lo que impide que se puedan comparar.

En el análisis se presenta la interpretación de dicho análisis estadístico mostrando a la o las licenciaturas que hacen diferencia con las demás; también se incluye una gráfica de barras donde se presentan las medias de cada licenciatura de acuerdo a los factores de las escalas de medición que se utilizaron.

### **6.1 Estadística Descriptiva. Medias por factor de escalas aplicadas**

En cuanto al instrumento de Ansiedad Social que se aplicó se presentan en la siguiente tabla las medias generales y por sexo, se presentan por sexo debido a que los puntos de corte respecto a hombres y mujeres para determinar la ansiedad social como tal son distintos entre ellos.

En la tabla 3 se observa que los niveles más elevados en la población en general son *Interacción con sexo opuesto* primeramente y después *Quedar en evidencia y en ridículo*. En cuanto a mujeres y hombres en ninguno de los dos casos se llegó a alcanzar el punto de corte en alguno de los factores indicando se estaría tratando de una ansiedad social ya diagnosticada como clínica. Pero se retoman los dos factores más elevados de mujeres y hombres; en mujeres los más elevados son *Interacción con sexo opuesto* y *Quedar en evidencia o en ridículo*; en hombres los más altos son *Quedar en evidencia o ridículo* e *Interacción con el sexo opuesto*. Como se observa, los niveles más altos los presentan las mujeres y también se puede observar que en los tres casos los niveles más elevados fueron *Interacción con sexo opuesto* y *Quedar en evidencia o ridículo*. En la tabla también se observan las desviaciones estándar generales, por mujeres y hombres; así como también se indica el rango teórico de la prueba que es de 6 a 30 puntos en cada uno de los factores.

**Tabla 3.****Medias Generales y por Sexo**

Factor	General				Mujeres		Hombres	
	Media	D.E.	Min.	Max	Media	D.E.	Media	D.E.
Hablar en público/interacción con personas de autoridad	14.85	5.52	6	30	15.65	5.51	12.91	5.05
Interacción con desconocidos	13.05	4.85	6	29	13.4	4.8	12.18	4.88
Interacción con sexo opuesto	16.21	5.95	6	30	17.18	5.87	13.86	5.5
Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	14.04	4.93	6	29	14.46	4.88	13.03	4.89
Quedar en evidencia o en ridículo	15.88	4.98	6	29	16.38	4.95	14.67	4.84

\*Rango teórico 6 a 30 puntos

Respecto a la escala CBPP que midió la percepción de estilo de práctica parental se encontraron las siguientes medias: Para el factor *Autoritativo* resultó una media de 3.71, una desviación estándar de .88, un mínimo de 1 y un máximo de 5, y para el carácter *Autoritario* una media de 1.83, una desviación estándar de .63, un mínimo e3 1 y un máximo de 4.33. Con esto se observa que el estilo de práctica parental con mayor percepción en los alumnos de primer semestre es el *Autoritativo*. Esta escala tiene un rango teórico de 1 a 5 puntos por factor.

Para la escala EMES-C, los factores que tienen las medias más altas en la tabla son: *Asunción de posibles carencias propias*, *Temor a hacer y recibir*

*cumplidos y Temor a hacer y recibir peticiones.* En base a esto se deduce que los alumnos de primer semestre presentan mayor dificultad respecto a estas áreas en lo que refiere a sus habilidades sociales.

**Tabla 4.**

***Medias por Factor del EMES-C***

Factor	Media	Mínimo	Máximo	D.E.
Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores*	1.05	0	4	0.79
Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos al rechazar peticiones*	.80	0	4	0.67
Temor a hacer y recibir peticiones*	1.11	0	4	0.86
Temor a hacer y recibir cumplidos*	1.25	0	4	0.84
Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto*	1.03	0	4	0.86
Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas*	.69	0	4	0.70
Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas*	.95	0	4	0.79
Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos*	.81	0	4	0.78
Preocupación por la impresión causada en los demás*	.89	0	4	0.81
Temor a expresar pensamientos positivos*	.83	0	3.75	0.73
Temor a la defensa de los derechos*	1.02	0	4	0.86
Asunción de posibles carencias propias*	1.36	0	4	0.94

\*Rango teórico de 0 a 4 puntos

## 6.2 Correlaciones Producto Momento de Pearson

### Tablas Correlaciones

En la tabla 5 se encontraron cuatro correlaciones estadísticamente significativas al .01, lo que implica que estas correlaciones están a un 99% de estar en lo correcto, indicando que en la muestra total del estudio hay relaciones bajas positivas entre el estilo parental *Autoritario* percibido y cuatro de los factores de Ansiedad Social que son: *Interacción con desconocidos*, *Interacción con sexo opuesto*, *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o en ridículo*. Esto implicaría que a mayor estilo parental *Autoritario* percibido mayor dificultad se presenta al realizar *Interacción con desconocidos*, así como mayor dificultad de *Interacción con el sexo opuesto*. También a mayor estilo parental *Autoritario* percibido mayor dificultad de *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* y mayor temor a *Quedar en evidencia o en ridículo*.

**Tabla 5.**

***Correlaciones entre Ansiedad Social (CASO-A30) y Estilo Parental percibido (CBPP)***

	Autoritativo	Autoritario
Hablar en público/interacción con personas de autoridad	-.07	.09
Interacción con desconocidos	-.08	.13**
Interacción con el sexo opuesto	-.03	.13**
Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado	-.03	.17**
Quedar en evidencia o en ridículo	-.03	.15**

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se puede observar en la tabla 6 las correlaciones entre los factores de Ansiedad Social y Habilidades Sociales son estadísticamente significativas al .01, lo que implica que están en un 99% de estar en lo correcto, además de que todas tienen una dirección positiva indicando que a mayor Ansiedad Social mayores



dificultades se presentan en las Habilidades Sociales. Se encontraron 8 correlaciones de Bajo nivel y 52 de un nivel Medio, a continuación se especifican dichas correlaciones, indicándose el Factor de Habilidades Sociales seguido por los factores de Ansiedad con los cuales correlacionó.

Las correlaciones Bajas que se encontraron fueron *Temor a hacer y recibir peticiones con Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado*, *Temor a hacer y recibir cumplidos con Interacción con el sexo opuesto*, *Temor a la defensa de los derechos con Hablar en público/Interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos*, *Interacción con el Sexo opuesto*, *Expresión asertiva de molestia desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Asunción de posibles carencias propias con Expresión asertiva de molestia desagrado o enfado*.

Las correlaciones Medias con valores de .3 a .39 fueron *Temor a la desaprobación con Interacción con el sexo opuesto* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Temor a hacer y recibir peticiones con Hablar en público/interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos*, *Interacción con el sexo opuesto* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Temor a hacer y recibir cumplidos con Hablar en público/interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos*, *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto* con *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado*, *Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas con Hablar en público/interacción con personas de autoridad*, *Interacción con el sexo opuesto*, *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos con Hablar en público/Interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos*, *Interacción con el Sexo opuesto*, *Expresión asertiva de molestia desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Preocupación por la impresión causada en los demás con Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado* y *Asunción*

de posibles carencias propias con *Interacción con desconocidos*, *Interacción con el Sexo opuesto* y *Quedar en evidencia o ridículo*.

Otro rango de correlaciones Medias con valores de .4 a .49 fueron *Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores* con *Expresión asertiva de molestia desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Temor a la de los demás al expresar sentimientos negativos al rechazar peticiones* con *Hablar en público/interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos* y *Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado*, *Preocupación por la expresión de sentimientos propios y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto* con *Habla en público/interacción con personas de autoridad* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas* con *Interacción con desconocidos*, *Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas* con *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos*, *Interacción con el Sexo opuesto*, *Expresión asertiva de molestia desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Preocupación por la impresión causada en los demás* con *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos*, *Interacción con el Sexo opuesto* y *Quedar en evidencia o ridículo*, *Temor a expresar pensamientos positivos* con *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad*, *Interacción con desconocidos*, *Interacción con el Sexo opuesto*, *Expresión asertiva de molestia desagrado o enfado* y *Quedar en evidencia o ridículo* y *Asunción de posibles carencias propias* con *Hablar en público/interacción con personas de autoridad*.

Las siguientes correlaciones son las que presentan un mayor nivel de relación entre los niveles de .5 a .533 y por lo tanto a *Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores* mayor dificultad habrá en la *Interacción con desconocidos* e *Interacción con el sexo opuesto*. También a mayor *Preocupación por la expresión de sentimientos positivos* mayor dificultad habrá en la *Interacción con desconocidos* e *Interacción con el sexo opuesto*.

La correlación más elevada es *Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores* con *Hablar en público/interacción con personas de autoridad*, pero se plantea que esta correlación fue elevada debido a que, a pesar de que son dos instrumentos diferentes, se evalúa el mismo factor que es el hablar o expresarse en público aunado con la interacción enfrentamiento a superiores o personas de autoridad.

**Tabla 6.**

***Correlaciones entre Ansiedad Social (CASO-A30) y Habilidades Sociales (EMES-C)***

	CASO- A30 F1	CASO- A30 F2	CASO- A30 F3	CASO- A30 F4	CASO- A30 F5
Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores	.66**	.53**	.50**	.44**	.48**
Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos al rechazar peticiones	.41**	.43**	.39**	.40**	.37**
Temor a hacer y recibir peticiones	.35**	.36**	.33**	.29**	.32**
Temor a hacer y recibir cumplidos	.31**	.31**	.28**	.31**	.30**
Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto	.47**	.50**	.50**	.38**	.42**
Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas	.37**	.41**	.37**	.37**	.38**

	CASO- A30 F1	CASO- A30 F2	CASO- A30 F3	CASO- A30 F4	CASO- A30 F5
Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas	.48**	.48**	.45**	.40**	.47**
Temor a expresar pensamientos positivos	.43**	.44**	.46**	.40**	.42**
Temor a la defensa de derechos	.23**	.25**	.25**	.25**	.25**
Asunción de posibles carencias propias	.42**	.36**	.36**	.28**	.32**

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Todas las correlaciones que se muestran en la tabla 7 se encuentran en un nivel estadísticamente significativo de .01, en niveles bajos con dirección negativa entre los factores de habilidades sociales con el estilo parental autoritativo y dirección positiva con el estilo parental autoritario.

En base a esto la inferencia es que a mayor Estilo Parental *Autoritativo* Percibido, menor *Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores*, menor *Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos al rechazar peticiones*, menor *Temor a hacer y recibir peticiones*, menor *Temor a hacer y recibir cumplidos*, menor *Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto*, menor *Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas*, menor *Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas*, menor *Preocupación por la expresión de los demás en la*

*expresión de sentimientos, menor Preocupación por la impresión causada en los demás, menor Temor a expresar pensamientos positivos y menor Asunción de posibles carencias propias.*

Respecto al otro estilo parental la inferencia es que a mayor Estilo Parental Autoritario Percibido mayor *Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores, mayor Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos al rechazar peticiones, mayor Temor a hacer y recibir peticiones, mayor Temor a hacer y recibir cumplidos, mayor Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto, mayor Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas, mayor Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas, mayor Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos, mayor Preocupación por la impresión causada en los demás, mayor Temor a expresar pensamientos positivos y mayor Asunción de posibles carencias propias.*

**Tabla 7.**

**Correlaciones Habilidades Sociales (EMES-C) y Estilo Parental (CBPP)**

	Autoritativo	Autoritario
Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores	-.12**	.16**
Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos al rechazar peticiones	-.16**	.26**
Temor a hacer y recibir peticiones	-.12**	.24**
Temor a hacer y recibir cumplidos	-.15**	.15**
Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto	-.18**	.22**
Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas	-.11**	.24**
Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la		

	Autoritativo	Autoritario
expresión de conductas positivas	-.14**	.23**
Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos	-.14**	.30**
Preocupación por la impresión causada en los demás	-.12**	.26**
Temor a expresar pensamientos positivos	-.26**	.26**
Temor a la defensa de los derechos	-.06	.16**
Asunción de posibles carencias propias	-.15**	.07

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### 6.3 Comparaciones entre licenciaturas

#### 6.3.1 Comparaciones de Ansiedad social entre licenciaturas del ICSa:

Se realizó un análisis estadístico de ANOVA Simple para encontrar diferencias entre las carreras del ICSa respecto al factor *Hablar en público/Interacción con personas de autoridad*  $F(5,575)=3.03$ ,  $p=.007$ . Se encontraron diferencias estadísticamente significativas y a través de la prueba Post Hoc de Tukey las diferencias se presentan entre los grupos de Odontología ( $\mu=12.80$ ), Nutrición ( $\mu=15.32$ ), Gerontología ( $\mu=15.52$ ) y Psicología ( $\mu=15.65$ ). Esto implica que las licenciaturas de Nutrición, Gerontología y, en particular, Psicología son las que presentan mayor dificultad de *Hablar en público e Interaccionar con personas de autoridad* a diferencia de Odontología que es la menor dificultad presenta.

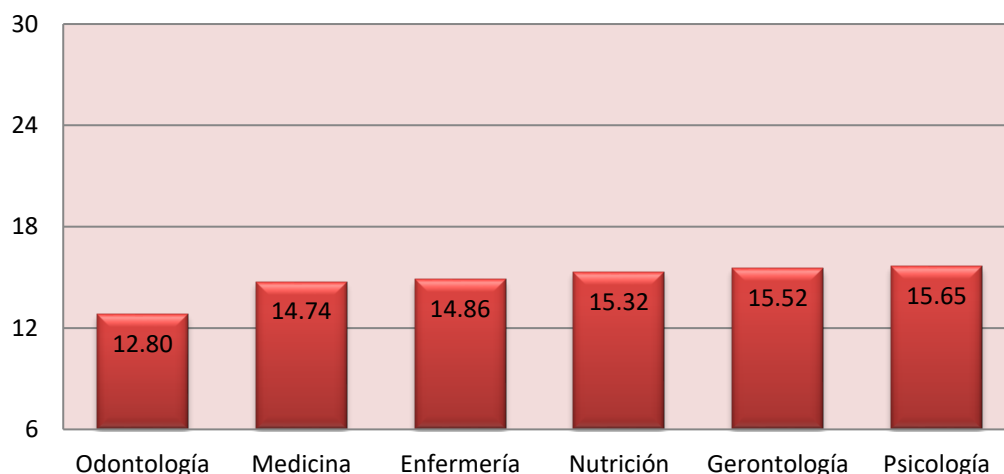


Figura 2. Hablar en público/Interacción con personas de autoridad. Se presentan las medias del factor.

Al realizarse análisis estadístico de ANOVA Simple en el factor *Interacción con desconocidos*  $F(5,575) = 2.036$ ,  $p = .072$ , con una prueba pos hoc de Tukey no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las licenciaturas del ICSa.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre licenciaturas al realizarse el análisis ANOVA Simple en el tercer factor del CASO-A30 que es *Interacción con el sexo opuesto*  $F(5,575) = 3.418$ ,  $p = .005$ , y a través de la prueba pos hoc de Tukey se puede identificar que dichas diferencias están entre los grupos de Odontología ( $\mu = 14.19$ ), Gerontología ( $\mu = 17.09$ ) y Psicología ( $\mu = 17.23$ ), siendo estos dos últimos grupos los que presentan mayor dificultad de establecer *Interacción con el sexo opuesto* y Odontología el que presenta menor dificultad.

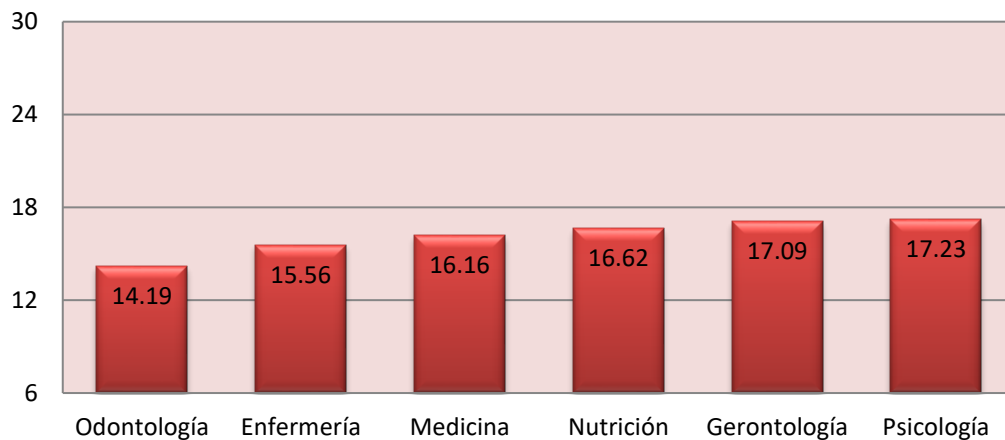


Figura 3. Interacción con el sexo opuesto. Se presenta las medias del factor.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al realizarse el análisis ANOVA Simple en el factor de Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado  $F(5,575) = 4.527$ ,  $p = .000$ . y a través de la prueba pos hoc de Tukey se puede identificar que dichas diferencias están entre los grupos de Odontología ( $\mu = 12.21$ ), Psicología ( $\mu = 14.28$ ), Nutrición ( $\mu = 14.43$ ) y Gerontología ( $\mu = 15.56$ ) siendo los tres últimos grupos los que presentan mayor dificultad a la Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y Odontología la que menos dificultad presenta.

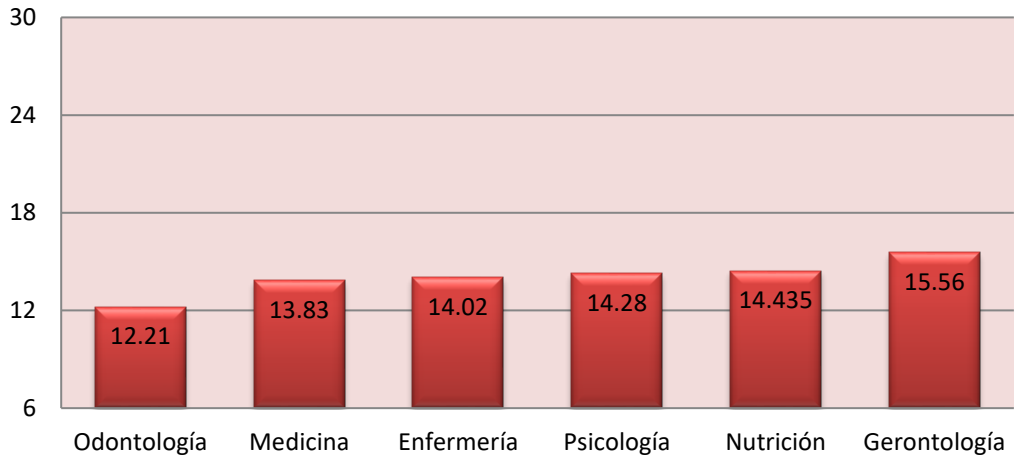


Figura 4. Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. Se presenta las medias del factor.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor *Quedar en evidencia o ridículo*  $F(5,575) = 3.639, p = .003$  al realizarse la prueba de ANOVA de un factor. A través de la prueba pos hoc de Tukey se encontró que las diferencias están entre los grupos de Odontología ( $\mu = 14.26$ ) y Gerontología ( $\mu = 17.22$ ), implicando que Odontología presenta menor temor a *Quedar en evidencia o ridículo* y Gerontología el que presenta mayor temor.

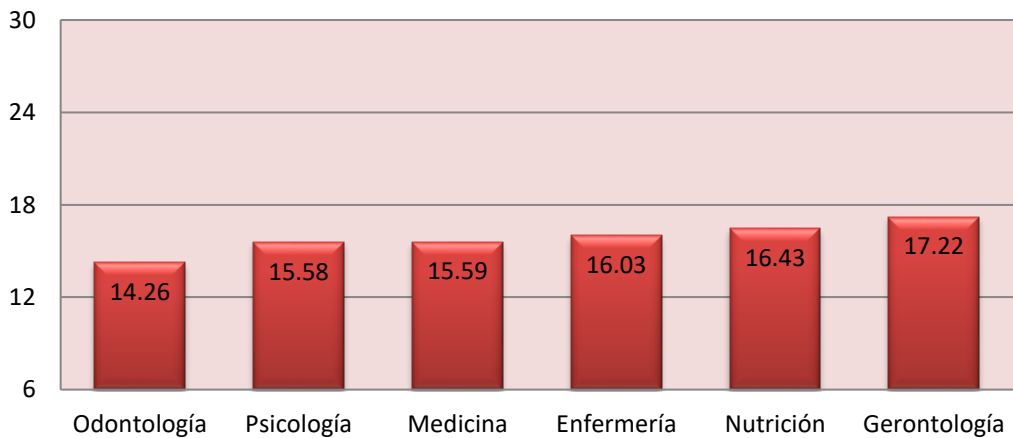


Figura 5. Quedar en evidencia o en ridículo. Se presenta las medias del factor.



### 6.3.2 Comparación de Estilo Parental Percibido entre licenciaturas del ICSa:

Se realizó una prueba de ANOVA Simple con prueba pos hoc de Tukey y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores del CBPP que son *Autoritativo*  $F(5,580) = 1.190$ ,  $p = .312$  y *Autoritario*  $F(5,580) = 1.725$ ,  $p = .127$ .

### 6.3.3 Comparación de Habilidades Sociales entre licenciaturas del ICSa:

De los doce factores del EMES-C solo tres resultaron con diferencias significativas y nueve no tuvieron diferencias, a continuación se especifican los datos de todos los factores.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor *Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores*  $F(5,583) = 2.753$ ,  $p = .018$  al realizarse la prueba de ANOVA de un factor. A través de la prueba pos hoc de Tukey se encontró que las diferencias están entre los grupos de Odontología ( $\mu = .87$ ) y Psicología ( $\mu = 1.26$ ), implicando que Odontología presenta menor *Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores* y Psicología el que presenta mayor temor.

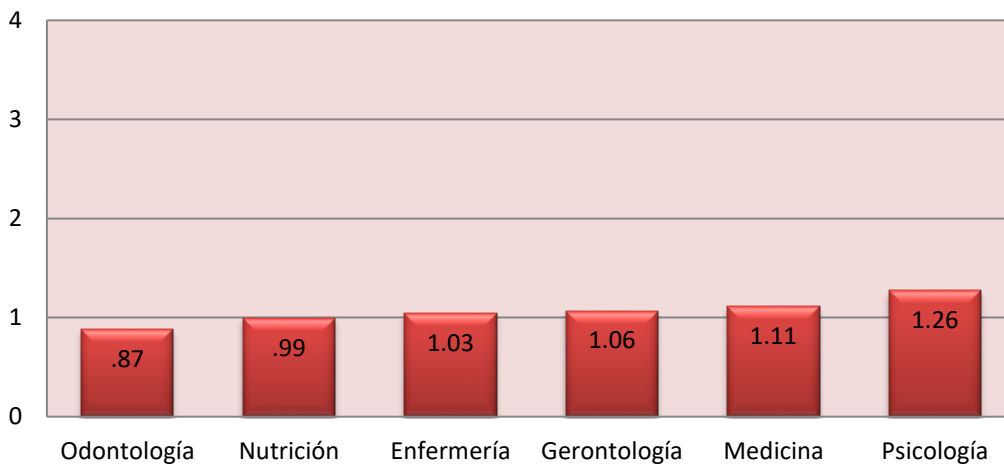


Figura 6. Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores. Se presenta las medias del factor.

Al realizarse la prueba de ANOVA de un factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor *Temor a expresar sentimientos positivos*  $F(5,583) = 2.933, p = .013$ . A través de la prueba pos hoc de Tukey se encontró que las diferencias están entre los grupos de Enfermería ( $\mu = .69$ ) y Psicología ( $\mu = .99$ ), implicando que Enfermería presenta menor *Temor a expresar sentimientos positivos* y Psicología el que presenta mayor temor.

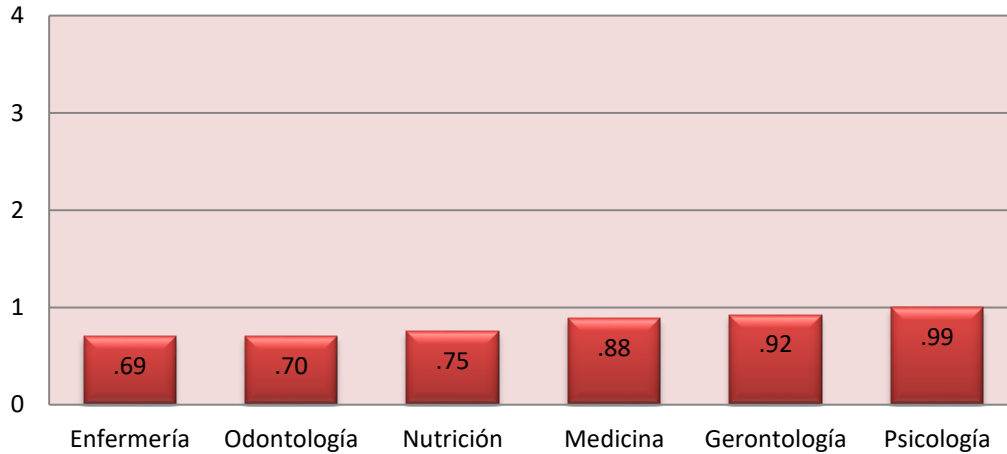


Figura 7. Temor a expresar pensamientos positivos. Se presenta las medias del factor.

Se realizó una prueba de One Way, en la cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor *Temor a la defensa de los derechos*  $F(5,583) = 2.612, p = .024$  y por medio de la prueba pos hoc de Tukey se encontró diferencia entre las licenciaturas de Enfermería ( $\mu = .91$ ) y Medicina ( $\mu = 1.25$ ).

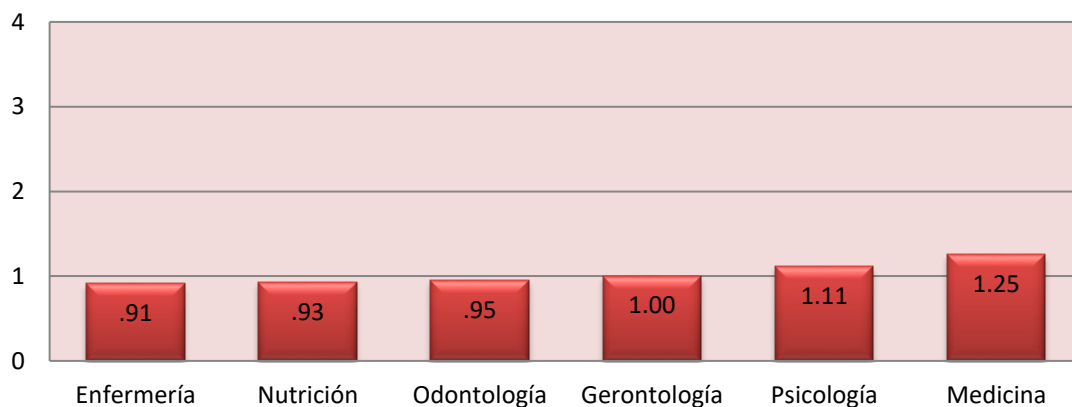


Figura 8. Temor a la defensa de los derechos. Se presenta las medias del factor.

Se realizó una prueba de ANOVA Simple con prueba pos hoc de Tukey y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 9 factores del EMES-C que son: *Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos al rechazar peticiones*  $F(5,583) = 2.043, p = .071$ , *Temor a hacer y recibir peticiones*  $F(5,583) = 1.920, p = .089$ , *Temor a hacer y recibir cumplidos*  $F(5,583) = 1.490, p = .191$ , *Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto*  $F(5,583) = 1.510, p = .185$ , *Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas*  $F(5,583) = 1.241, p = .288$ , *Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas*  $F(5,583) = 2.132, p = .060$ , *Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos*  $F(5,583) = 2.118, p = .062$ , *Preocupación por la impresión causada en los demás*  $F(5,583) = 1.271, p = .275$  y *Asunción de posibles carencias propias*  $F(5,583) = 2.223, p = .051$ .

## 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para iniciar este apartado citamos la pregunta de investigación con la cual se establecieron los objetivos para poder responderla. La pregunta fue: *¿Qué relación y diferencias entre carreras existen entre el estilo parental, las habilidades sociales y el nivel de ansiedad social en alumnos de primer semestre de las licenciaturas en Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Farmacia, Psicología, Nutrición, Enfermería y Gerontología del Instituto de Ciencias de la Salud?*

Así mismo, el objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación entre el estilo parental, habilidades sociales y la ansiedad social en alumnos y alumnas de primer semestre de las licenciaturas Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Farmacia, Psicología, Nutrición, Enfermería y Gerontología del ICSa. En cuanto a este objetivo se encontraron las siguientes relaciones: que entre la ansiedad social y las habilidades sociales correlacionaron todos los factores de las escalas aplicadas, en donde un 85% de las correlaciones son de tipo media, y en base a este resultado se puede inferir que, así como lo plantean Heimberg y Barlow (1998); Mersh, Emmelkamp, Bögels y Van der Sleen (1989); Vallejo y Ruiz (1993) & Lacunza y Contini (2009), el déficit de habilidades sociales en una persona influye en la génesis de la ansiedad social.

Un primer grupo de Objetivos Específicos fueron identificar el grado de ansiedad social, el estilo parental predominante y las habilidades sociales en las que presentan mayor dificultad los alumnos de primer semestre de las licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

Los factores elevados en Ansiedad social también pueden ser explicados a través de la cultura y en específico de la educación, dentro de la cultura mexicana hay pensamientos en los que plantean que no existen relaciones de amistad entre personas del sexo opuesto, si no que en la mayoría de casos se busca establecer una relación de pareja, lo que al tratar de interaccionar con una persona con el sexo opuesto podría influir este pensamiento y por lo tanto se generaría otro pensamiento y temor de poder quedar en evidencia o en ridículo, este temor

también puede ser originado por una educación punitiva dentro del sistema familiar mexicano, en donde el quedar en ridículo puede ocasionar perder relaciones personales, relaciones laborales y oportunidades de vida (Arrindel, Emmelkamp, Monsma & Brillman, 1983; Brunch, Gorsky, Caballo & Olivares, 2013; Collins & Berger, 1989; Brunch & Heimberg, 199; Festa & Ginsbur, 2011; Hernández, 1997 y Lieb *et. al.*, 2005).

El estilo parental percibido que predominó fue el Autoritativo; las habilidades sociales que presentan mayor dificultad son: Asunción de posibles carencias propias, Temor a hacer y recibir cumplidos y Temor a hacer y recibir peticiones; y en cuanto al grado de ansiedad social ninguno de los factores supero los puntos de corte que indicaría la ansiedad en un nivel patológico, sin embargo hay factores que salieron elevados y cercanos a los puntos de corte, dichos factores son: Interacción con sexo opuesto y Quedar en evidencia y en ridículo.

Algunas posibles razones por las cuales en esta muestra el estilo parental percibido fue el autoritario podrían ser: a) El nivel de escolaridad de los padres (Hernández, 1997 y Rodriguez, Oudhof, Arratia & Unikel, 2011): en esta población los niveles más altos de escolaridad se presentaron de secundaria, bachillerato y universidad. El nivel educativo en los padres puede ser un factor que influya en el tipo de estilo parental el cual emplearan con sus hijos, debido a que las instituciones educativas promueven un desarrollo óptimo de la persona no solo en ámbito intelectual sino en el personal; y podría confirmarse a través que la muestra estudiada fue de estudiantes universitarios por lo que sus padres procuran un desarrollo óptimo de todas las habilidades que poseen como individuos, y esto es una característica del estilo parental autoritativo. b) Una muestra heterogénea (Flores, Góngora & Córtes, 2005 y Rodriguez, Oudhof, Arratia & Unikel, 2011), debido a que los alumnos provienen no solo de Pachuca Hidalgo, sino también de otros municipios del estado e incluso de otros estados, produce que la población pueda presentar la aleatoriedad necesaria para que se presente una muestra con un ejercicio y percepción predominantes del estilo parental autoritativo. c) Modificaciones de las pautas culturales familiares

(Hernández, 1997; Minuchin, 1985 y Viveros, 2007), modificaciones que a través del tiempo han ejercido que se cambie el estilo parental del autoritario al autoritativo. Dichas modificaciones pueden ser causadas por programas institucionales que se han dedicado al fortalecimiento del sistema familiar.

Una razón por la cual los factores de Habilidades sociales (Temor a hacer y recibir cumplidos y temor a hacer y recibir peticiones) hayan resultado elevados o con problemáticas podría ser por la influencia de la cultura mexicana, debido a que dentro de esta se observan dichos factores o características negativas al hacer peticiones ya que podría generar molestia a la persona a quien se hace la petición (Carr, 2007), dentro de la cultura mexicana una persona que pide es una persona molesta (Díaz, Trujillo & Perís, 2007); muy parecido es la cuestión de cumplidos, el hacerlos implica que no es real el cumplido pero que se hace por el fin de obtener algo a cambio, y el recibirlos es considerado como una característica de soberbia (Inglés *et. al.*, 2002).

Un segundo grupo de objetivos específicos fueron relacionar los estilos parentales con la ansiedad social, habilidades sociales con ansiedad social y estilos parentales con habilidades sociales, respectivamente.

En la relación de ansiedad social con estilos parentales se encontró relación con 4 factores del estilo autoritario, lo que demuestra que ciertas características de este estilo parental (sobrepotección, falta de afecto, poca concesión de oportunidades) son determinantes para el desarrollo de la ansiedad social (Arrindel, Emmelkamp, Monsma, & Brillman, 1983; Baumrid, 1966; Brunch & Heimberg, 1994; Schaefer, 1983; Torío, Peña & India, 2008).

Tal vez la razón por la cual el factor Hablar en público/Interacción con personas de autoridad no resulto con correlación con el estilo parental autoritario puede ser: que la muestra no fue lo suficientemente representativa como para poder evaluar de una manera más adecuada si es que si existe relación o no entre este factor y el estilo parental autoritario; y si no tuviera relación en una muestra con mayor representatividad el que no correlacione podría deberse a que

elementos dentro de la cultura familiar mexicana dicho factor no se tome en cuenta al ejercitar el estilo autoritario y que se relacione entonces a otros círculos sociales como pueden ser los de amistades, los escolares y los laborales.

En cuanto a la relación de Ansiedad Social y Habilidades Sociales hubo una correlación total de factores entre escalas, cómo ya fue expuesto anteriormente.

Las relaciones que resultaron entre Habilidades sociales y Estilo parental se encontraron relaciones bajas, pero las características es que a mayor estilo parental autoritativo percibido menos problemáticas o dificultades en las habilidades sociales; y a mayor estilo parental autoritario percibido mayor dificultades o problemáticas se presentan en las habilidades sociales. Y es en este punto donde esta investigación coincide con lo planteado con otros autores que mencionan que las habilidades sociales son adquiridas en la infancia y adolescencia a través de la influencia de los padres en los hijos por medio del estilo parental practicado (Davidoff, 1979; Vigotsky, 1988; Zavala, Valadez & Vargas, 2008; Baumrid, 1991; Viveros, 2007; Myres, 1993; Arrindel, 1989; Heimberg, 1994; Melfsen, Osterlaw & Florin, 2000).

De este modo, podría concluirse que no tiene relación con el estilo autoritativo, pues los datos indican que los padres y madres eficientes que contribuyen a un mejor ajuste y desarrollo socioemocional de los niños y las niñas, son los autoritativos o democráticos, en tanto que los otros estilos parentales contribuyen menos a desarrollar sentimientos positivos o recursos para enfrentar los problemas de manera sana y ajustada y pueden debilitar la autoconfianza y la curiosidad, menoscabar la capacidad de los niños para conocer, expresarse y actuar de acuerdo con sus sentimientos, especialmente si la dimensión afectiva es escasa o ausente (Miller, 1983, en Papalia & Wendkos-Olds, 1998).

Un tercer grupo de objetivos específicos fueron de comparación de niveles de ansiedad social, estilos parentales percibidos y niveles de habilidades sociales. La comparación se realizó entre las carreras del ICSa y fue comparando factor por factor.

En cuanto a los niveles de ansiedad social los factores que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre carreras son: Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, Interacción con el sexo opuesto, Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y Quedar en evidencia o ridículo. En estas comparaciones la carrera que presenta los menores niveles es Odontología, y Gerontología presenta diferencias respecto a odontología en las 4 comparaciones, seguido por Psicología que presenta diferencias en 3 comparaciones, en dos de estas hay mayor diferencia entre Psicología y Odontología que en Gerontología y Odontología; y Nutrición presenta diferencias en dos ocasiones.

El que odontología haya salido como la licenciatura con menor nivel en Ansiedad social a diferencia de psicología, gerontología y nutrición, se puede deber a las características de cada licenciatura, en general las cuatro están dedicadas a la salud de las personas, pero en diferentes ámbitos odontología en el aspecto bucal, nutrición en los aspectos alimenticios que influyen en la salud y físico de las personas, psicología en los aspectos de pensamientos y emociones de la persona y gerontología en el acompañamiento y cuidado de los adultos mayores, como podemos ver odontología podría ser la que menos contacto con emociones y pensamientos podría tener debido a que se enfoca al tratamiento bucal, a diferencia de psicología y gerontología ya que en estas dos carreras intervienen distintas formas de pensar y procesos emocionales dentro del trabajo del psicólogo y gerontólogo, y en nutrición a pesar de que no pudieran generarse procesos tan semejantes puede haberlos de cierta manera al tratar los hábitos alimenticios con personas son sobrepeso o bajas de peso debido a que estos dos pueden generar problemas de salud como también quedan fuera de los estereotipos de belleza de la cultura occidental lo que podría generar problemas en la autoestima de personas; los problemas de la diferencia de pensamientos y trato de emociones es como intervenirlos de forma adecuada, lo que al no saber cómo hacerlo se presenta el temor a expresar opiniones, expresar molestias o en el trato con autoridades.



Respecto a los estilos parentales percibidos no hubo diferencias significativas entre las carreras del ICSa.

A pesar de que el estilo parental autoritativo fue el que resulto mayor percibido, no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos estilos parentales evaluados; y la explicación a este se debe a que la muestra proviene de distintas partes del estado de Hidalgo y de otros estados, por lo que es una muestra heterogénea, lo que ocasionaría que la percepción de los estilos parentales se presenten de forma semejante.

En las comparaciones entre carreras los Factores de Habilidades Sociales en los cuales se presentaron diferencias son: Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores, Temor a expresar sentimientos positivos y Temor a la defensa de los derechos. En estas tres diferencias Psicología presenta en dos ocasiones los niveles más altos, en la tercera ocasión el nivel más alto lo presentó Medicina. Respecto a los niveles más bajos en dos ocasiones los presenta Enfermería y en una ocasión Odontología.

Una explicación a que en los índices en deficiencias en Habilidades sociales sean más bajos en Enfermería y Odontología y más elevados en Psicología y Medicina podría ser que en estas dos últimas carreras se presente con mayor percepción el estilo parental autoritario y de ser así las deficiencias en las habilidades sociales estarían en relación con este estilo parental, para esto podría realizarse en un posterior estudio la detección de que estilo parental es predominante es en estas carreras para corroborar si dicha hipótesis es veraz.

Con estos resultados se plantea que en la de la población estudiantil del primer semestre del ICSa el estilo parental percibido predominante es el Autoritativo y que como ya se mencionó antes este estilo parental no tiene relación con la génesis de la ansiedad social; por otra parte en la población que percibe el estilo parental Autoritario presenta relación con las habilidades sociales y que estas a su vez presentan alta relación con los niveles de ansiedad; el haber realizado la comparación entre carreras permitió identificar las carreras que se

encuentran más vulnerables tanto a ansiedad social como a la deficiencia en las habilidades sociales, dichas carreras son: Psicología y Gerontología.

Respecto a lo encontrado en este estudio hay similitudes con lo que encontraron Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez (2008), en su estudio hallaron que en estudiantes mexicanos había una alta prevalencia de ansiedad social en las personas que no tenían pareja y no tenían trabajo, en este estudio los estudiantes presentaron problemas en la interacción con el sexo opuesto y temor o problemas en la interacción con personas de autoridad.

En conclusión se plantea que la Hipótesis de Trabajo se cumplió al encontrar relación entre el estilo parental autoritario, las habilidades sociales y la ansiedad social. Al plantearse esta relación se confirma que en esta población el entrenamiento en habilidades sociales ayudaría a disminuir el nivel de ansiedad social y por lógica el fortalecimiento de las habilidades sociales de los estudiantes.

## 8. ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Esta investigación se vio limitada en factor tiempo, pues al ser parte de un macroproyecto las gestiones con las coordinaciones de licenciaturas del ICSa se veían sesgadas o detenidas para la aplicación de las baterías. En el caso de la Licenciatura de Medicina, la aplicación fue un día sábado en el no tuvieran clases o alguna otra actividad. Para la Licenciatura de Enfermería, la última sesión de la aplicación se cambió de día varias veces ya que los profesores no daban permiso a los alumnos y las alumnas a faltar a la clase, aun cuando ya se había enviado desde la coordinación un oficio detallando el permiso que ya había sido dado; a pesar de eso, la tercera sesión de aplicación con todo un grupo se anuló.

Otra limitación es la poca bibliografía que existe al respecto de la relación de las variables aquí mencionadas, ya que no se ha investigado mucho sobre la relación de Ansiedad Social, Habilidades Sociales y Estilos Parentales y mucho menos con la población universitarios y sus carreras. Además que dentro del marco teórico, muchos autores en la actualidad siguen ocupando definiciones y afirmaciones de autores de hace años, lo que dificulta tener actualizada la información.

En cuanto a los alcances, esta investigación ha abierto un campo de estudio en relación a las variables, y los resultados que aquí se presentan pueden servir para futuras investigaciones en las que podrían incluir una intervención. Además que en México es de los primeros acercamientos a la relación de estas variables.

En base a estos resultados, se sugiere que para probables futuras investigaciones se tomen en cuenta licenciaturas que tengan otras áreas de estudio como administración o ingenierías, además de equilibrar la muestra en la cantidad de mujeres y hombres para lograr resultados más específicos por diferencia de sexo, además que se utilice también la parte motora del EMES-C.

## REFERENCIAS

- Abarca, N., e Hidalgo, C. (1989). *Taller de Habilidades Sociales*, video educativo. PROMAV. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Abraido, A. (1999) The Latino mortality paradox: a test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health*:1543e8.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000) *Mental health practioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alegría, M., Mulvaney, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z. & Canino, G. (2007) Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *Am J Public Health*: 68e75.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed., ed. rev.). Washington, DC: Autor.
- Andrade, P. y Betancourt, D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Lovig, R. Sán-chez-Aragón e I. Reyes-Lagunés. *La Psicología social en México*, vol. XII, pp. 561-565
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than than the differences. En R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 3-20). Nueva York: Guildford Press.
- Anguiano, et. al. (2010). Las Habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *Liberabit*. 16(1): 17-26.
- Argyle, M. (1994). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Universidad.
- Arias, B. & Fuertes, J. (1999). Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional. *Mente y Conducta en situación educativa. Revista electrónica del Departamento de Psicología*. 1(1), 1-40.
- Arkowitz, H., Liechtenstein, E., McGovern, K. & Hines, P. (1975). The behavioral assessment social competence in males. *Behavior Therapy*. 6. 3-13.
- Arrindel, W., Emmelkamp, P., Monsma, A. & Brilman, E. (1983) The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 183-187.
- Arrindel, W., Kweem, M., Methorst, G., Nam der Ende, J., Pol, E. & Moritz, B. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Ayllón, S. (2001). *Identidades Tatuadas (Una aproximación a las representaciones sociales de las marcas de las niñas de la calle)*. Programa Oqhaikuna. La Paz, Bolivia.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Bobes, J., Beidel, D. , Ono, Y. & Westenberg, H. (1988). Consensus statement on panic disorder from the Internacional Consensus Group on Depression ad Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59. 54-60.
- Bandura, A. (1982) *Teoría del aprendizaje Social*. Madrid: Espasa: Calpe.

- Baños, R., Botella, C., Guillén, V. & Benedito, M. (2003). Fobia social: comorbilidad y diagnóstico diferencial. En Botella, C., Baños, R. y Perpiñá, C. (Eds.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. 33-67. Barcelona: Paidós.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11 (1), 56-95.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50,386-395.
- Borkovec, T., Stone, N., O'Brien, G. & Kaloupek, D. (1974). Identification and measurement of a clinically relevant target behavior for analogue outcome research. *Behavior Therapy*. 5. 503-513.
- Bornstein, M., Hahn, C. & Haynes, O. (2011). Maternal personality, parental cognitions and parenting practices. *Developmental Psychology*. 47(3). 658-675.
- Breslau, J. Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Kendler, K., Su, M. & Kessler, R. (2007). Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-Born descendants: evidence from the national comorbidity survey replication. *J Nerv Ment Dis*;195:189e95.
- Breslau, J., et al. (2011). Migration from Mexico to the US and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: a cross-national study. *Arch Gen Psychiat*;68:428e33.
- Brunch, M. & Heimberg, R. (1994) Differences in perception of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 155-168.
- Brunch, M. (1989) Assessing familial and developmental antecedents of social phobia: issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9, 37-47.
- Brunch, M. (1989) Assessing familial and developmental antecedents of social phobia: issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9, 37-47.
- Brunch, M., Gorsky, J., Collins, T. & Berger, P. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Journal of Anxiety Research*, 2, 57-65.
- Caballo, C., García, R., Secader, V., Fernández, H., García, C., Erraste, P. & Al-Halabi, D. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*. 16, 674-679.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (6° Edición). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. Madrid: Siglo veintiuno.
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1(1), 73-99.

- Caballo, V., Salazar, I., Arias, B., Iruña, M. & Calderero, M. (2010). Validación del “cuestionario de ansiedad social para adultos” (caso-a30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Psicología Conductual*, 18(1), 5-34.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Cerezo, F. (1997). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.
- Cheek, J. & Buss, A. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 330-339.
- Choque, R. & Chirinos, J. (2009). Eficacia del Programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública*, 11(2).
- Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Clark, D., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067.
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4ª ed.). España: Morata.
- Compton, S. N., Burns, B. J., Egger, H. L., & Roberston, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 1240-1266.
- Cotler, y Guerra, (1976) *Evaluación de habilidades sociales*. México: Siglo XXI.
- Darling, N. & Steinberg (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*, (pp. 377-386). Santo André: ESETec.
- Denis, M., Hamarta, E. & Aris, R. (2005). An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of turkish students. *Social Behavior and Personality*, 33, 19-32.
- DeWitt, D., Chandler-Counts, M., Offord, D., King, G., MacDougall, J., Specht, J. & Stewart, S. (2005) Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 479-502.
- Díaz, M., Trujillo, A. & Peris, L. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7 (1), 80-99.
- Ellis, R. (1980). Simulated social skills training for interpersonal professions. En W.T. Singleton et al (eds.). *The analysis of social skill*. New York: Plenum Press.
- Flores, M., Góngora, E. & Cortés, M. (2005). Estilos de crianza en familias de Yucatán: su impacto en el proceso de educación y socialización de los hijos. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. 235. 5-21.

- Fyer, A., Mannuza, S., Champan, T., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General psychiatry*, 50, 286-293.
- Garaigordobil, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes: un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- García, J., & Román, J. (2003) Escala de identificación de prácticas educativas familiares. Madrid: CEPE
- García, M. y Gil, F. (1995). "Conceptos, supuestos y modelo explicativo de las habilidades sociales", en F. Gil, J.M. León y L. Jarana (Eds.), *Habilidades sociales y salud*, Madrid, Pirámide, 47-58.
- García, R. (2005). Habilidades sociales, clima sociofamiliar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*. 11. 63-75,
- Gaxiola, J., Frías, M., Cuamba, N., Franco, J. & Olivas, L. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11 (1), 115-128.
- Gerard, A.B. (1994). Parent-child relationship inventory. *Westerns Psychological Services (WPS)*. Los Angeles, California
- Gil, F. (1998) *Habilidades Sociales: Teoría, investigación e intervención*. España: Síntesis.
- Gismero, E. (2000) EHS. *Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: Tea Ediciones.
- Gismero, E. (2000). *EHS: Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.
- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, N., & Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Grant, B., Stinson, F., Hasin, D., Dawson, D., Chou, S. & Anderson, K. (2004). Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic Whites in the United States results from the national epidemiologic survey.
- Gresman, F. (1981). Social Skills Training with Handicapped Children: A Review. *Review of Educational Research*. 51. 139-176.
- Habke, A., Hewitt, P., Norton, G. & Asmundson, G. (1997). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: An exploration of the dimensions of social anxiety and sex differences in structure and relations with pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 19. 21-39.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U. & Maier, T. (2014). Psychopathology and resident status e comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry*, 55(4):818e25.
- Heimberg, R. & Barlow, D. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D. & Schneier, F. (2000). *Fobia social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Heimberg, R., Salzman, D., Holt, C. y Blendell K. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Hernández, A. (19997) *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Ediciones el Búho. Bogota, Colombia.

- Herrera, A., Feytes, M., López, G. & Olaz, F. (2012) Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de Psicología. *Internal Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12(2). 277-287.
- Hood, S. D., & Nutt, D. J. (2001). Psychopharmacological treatments: An overview. En W. R. Crozier & L. Alden. (Eds.), *International handbook of social anxiety* (pp. 471-504). Chichester, UK: Wiley.
- Huver, R., Otten, R., de Vries, H. & Engels, R. (2010). Personality and parenting style in parents of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33 (3), 395-402.
- Inglés, C., Méndez, F., Hidalgo, M. e Iderbitzen, H. (2002). *Evaluación de la conducta prosocial y antisocial en adolescentes españoles y estadounidenses*. Jornadas sobre habilidades sociales: La competencia social y personal. Presente y Futuro. Valladolid, España.
- Isaza, L. & Henao, G. (2012). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. *Persona*. 15. ISSN: 1560-6139. 253-271.
- Ison, M. (1997). Déficits en habilidades sociales en niños con conductas problema. *Revista Interamericana de Psicología*. 3(2), 243-255.
- Jack, L. (1934). *An experimental study of ascendant behavior in preschool children*. Iowa City: University.
- Kagan, J. & Moss, H. (1962). *Birth to Maturity*. Nueva York
- Karno, M. et al. (1989) Anxiety disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *J Nerv Ment Dis*;177:202e9.
- Katzman, M. A., Koszycki, D., & Bradwejn, J. (2004). Effects of CCK-tetrapeptide in patients with social phobia and obsessive-compulsive. *Depressive and Anxiety*, 20, 51-58.
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: D.D.B.
- Kendall, P., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (pp. 243-296). New York, NY: The Guildford Press.
- Kirchner, T. (1997). Evaluación del desarrollo psicosocial. En Buela-Casal, G. & Sierra, C. *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Lacunza, A. & Contini, N. (2009). *Perspectiva multi-método en el diagnóstico de las habilidades sociales. Su vinculación a dificultades comportamentales*. Memorias del I Congreso de Psicología del Tucumán. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.
- Ladd, W. & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review*. 90, 127-157.
- Lai, K., & McBride-Chang, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*. 36. 81,87.
- Landsford, J., Bornstein, M., Dodge, K., Skinner, A., Putnick, D. & Deater-Deckard, K. (2011). Attributions and attitudes of mothers and fathers in the United States. *Parenting: Science and Practice*. 11. 199-213.
- Lang, P. (1968). Fear reductions and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed.). *Research in psychotherapy*. Vol.3. Washington: D.C. American Psychological Association.



- Lazarus, A. (1971). *Behavior Therapy and Beyond*, Nueva York, McGraw-Hill.
- Leary, M. & Kowalski, R. (1995). *Social anxiety*. Nueva York: Guilford Press.
- Lecrubier, Y. (1998) Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *Journal of Classical Psychiatry*, 59, 33-38.
- Lee, S, Daniels, M. & Kissinger, D. (2006). Parental Influences on adolescent Adjustment: Parenting Styles Versus Parenting Practices. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14 (3), 253-259.
- León, A., Rodríguez, C., Ferrel, F. & Ceballos, G. (2009) Asertividad y Autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de ciencias de la salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24, 91-105.
- León, J. & Medina, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J. León (Edit.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. 13-23. Madrid: Síntesis Psicología.
- Lépine, J., & Pelissolo, A. (1996). Comorbidity and social phobia: Clinical and epidemiological issues. *Internacional Clinical Psychopharmacology*. 11. 35-41.
- Lieb, R., Wittchen, H., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. & Merikangas, K. (2000) Parental psychopathology, parental styles, and the risk of social phobia in offspring. *Archives of General Psychiatry*. 22, 89-90.
- Liebowitz, M. (1987). Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 22, 141-173.
- Liebowitz, M., Schneier, F., Campeas, R. et al. (1992) Phenzelzine versus atenolol in social phobia: a placebo controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 49, 290-300
- Maccoby E., & Martin, J. (1983) Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Socialization, personality, and social development*. 4(4). 1-101.
- Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H., McGonagle, K. & Kessler, R. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53. 159-168.
- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, M.A.:Ballenger.
- Mangrulkar, L., Vince, C. & Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud.
- Martínez, G., Robles, L. & Trujillo, M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas ilegales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3, 461-475
- Martorell, M., González, R., Aloy, M. & Ferris, M. (1995). Socialización y conducta prosocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 1, 73-102.
- Mattick, R. & Clarke, J. (1998). Developmental and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 36, 455-470.
- Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.

- Melfsen, S., Osterlaw, J. & Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 249-261.
- Meschke, K., Bartholomae, S. & Zentall, S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promotion healthy teen choices. *Journal of adolescent Health*. 31, 264-279.
- Michelson, L. (1981). *Social skills assessment and training with children: An empirically bases handbook*. Nueva York: Plenum Press.
- Michelson, L., Sugai, D., Woop, R. & Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miguel-Tobal, J. J. & Cano-Vindel, A. R. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1,37-60.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S. & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 39-47.
- Minuchin. S. (1985) *Familias y terapia familiar*. Ediciones Gedisa. México.
- Monjas, I. (1992). *La competencia social en la edad escolar. Diseño, aplicación y validación del Programa de Habilidades de Interacción Social*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- Monjas, M. (1994). Evaluación de la competencia social y las habilidades sociales en la edad escolar. En Verdugo, M.A. (Dir.). Evaluación curricular. *Una guía para la intervención psicopedagógica*. (pp. 423- 497). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Monjas, M. (1996). *Programa de Enseñanza de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Monjas, M. (1999). *Programa de enseñanza en habilidades sociales*. Madrid: Martínez Roca.
- Monjas, M. (2002). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Morales, M., Benítez, M. & Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(3), 98-113. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol15no3/contenido-moralesetal.html>
- Murphy, G., Murphy, L. & Newcomb, T. (1973). *Experimental social psychology*. New York: Harper and Row.
- Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. & Pertegal, M. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234.
- Ortega, A., Rosenheck, R., Alegría, M. & Desai, R. (2000). Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics. *J Nerv Ment Dis*;188:728e35.
- Osorio, A., Rivas, S., Jokin, M. & López, C.(2009). Evaluación de los estilos educativos parentales en una muestra de estudiantes filipinos: implicaciones educativas. *Revista Panamericana de Pedagogía*, 14, 13-37.

- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento. Un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2) 93-112.
- Palacios, D. (2005). *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Palacios, J., & Andrade, P. (2008). Influencia de las practicas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 7(7). 7-18
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics in relation to trait depression and anxiety levels in anonclinical group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13,260-264.
- Peres, M. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato*. Universidad de Granada. ISBN: 978-84-691-8336-6.
- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med*, 38, 3-14.
- Quintanilla, M., Gaona, C. y Zenizo, G. (2011). Imagen corporal y autoestima en las relaciones sociales en estudiantes mexicanos (un estudio piloto) *UPdate* (1) 14-16.
- Rich, A. & Schroeder, H. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Robinson, C. C., Mandelco, B., Frost, O. S. & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77, 819-830.
- Robinson, C., Hart, C., Mandelco, B., Olsen, S., Russel, A., Aloa, V., Jin, S., Nelson, D. & Bazarskaya, N. (1996). Psychometric support for a new measure of authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: cross-cultural connections. *Conference presented in 14th Biennial International Society for the study of Behavioral Development, Quebec, Canadá*, 12-16.
- Robles, E. & Oudhf Van Barneveld, H. (2010). Validación de un cuestionario de tareas de crianza en mujeres mexicanas. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 73-80.
- Rodríguez B., Oudhof H., González-Arratia N.I. & Unikel C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33, pp. 325-332.
- Rumbaut, R. & Komaie, G. (2010). Immigration and adult transitions. *Future Child*; 20:43e66.
- Satir, V. (1988) *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. México: Pax-México
- Schaefer, C. & Briesmeister, J. (1989). *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems*. Somerset, NJ: John Wiley & Sons.
- Schaefer, E. (1965). *Ghildren's reports of parental behavior: An inventory*. *Child Development*, 36,413-424.
- Schaefer, E. S. (1965). "Children' s reports of parental behavior an inventory". *Child Development*, 36, 413-424.

- Schneier, F., Chin, S., Hollander, E. & Liebowitz, M. (1992). Flouxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 62-64.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. C. (2001). *BAS-3 Bateria de Socialización. Manual*. Madrid: TEA
- Silva, F., Martínez, R. & Ortet, G. (1997). La evaluación de la orientación interpersonal: revisión de una línea de investigación. En Cordero, A. (Coord.) *La evaluación psicológica en el año 2000*. Madrid: Tea Ediciones.
- Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (1994). *El adolescente de escuelas oficiales de México: sus intereses, necesidades y costumbres*. México DF: DIF.
- Solís, P., Díaz, M., Medina, M. & Barranco, Y. (2008). Valoración objetiva del estilo de crianza y las expectativas de parejas con niños pequeños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 305-319.
- Stark, K., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnobelen, S., Simpson, J., & Molnar, J. (2006). Treatment of Childhood Depression: *The ACTION Treatment Program*. En P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (pp. 169-216). New York, NY: The Guilford Press.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-19.
- Steinberg, L., Mounts, N.S., Lamborn, S. & Dornbusch, S. (1991). Authoritative parenting adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19-36.
- Tancer, M., Stein, M., & Uhde, T. (1995). Lactic acid response to caffeine in panic disorder: Comparison with social phobics and normal controls. *Anxiety*, 1, 138-140.
- Torgersen, S. (1979). The nature and origins of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*, 134, 343-351.
- Torío-López, S., Peña-Calvo, J. & Inda-Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70.
- Trower, P., Gilbert, P., & Sherling, G. (1990). Social anxiety, evolution and self-presentation: An interdisciplinary perspective. In H. Leintenberg (Ed.), *Handbook of social and evolution anxiety* (pp.11-45). New York: Plenum Press.
- Turner, S., Beidel, D., Dancu, C. & Keys, D. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- 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.
- UNICEF (2000). *Características del adolescente institucionalizado*.
- Vallejo, M. & Ruíz, M. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid. Fundación Universidad.
- Valles, A. & Valles, C. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela. Una propuesta curricular*. Madrid, EOS.
- Vargas, J. (2009). Percepción de clima sociofamiliar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía. *Interdisciplinaria*, 26(2), 289-316.

- Vega, W., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. & Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiat*, 55:771e8.
- Verhulst, F., Van der Ende, J. & Koot, H. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR) {Manual for the Youth Self-Report}*. Rotterdam, the Netherlands: *Erasmus University/Sophia Children's Hospital*.
- Vigotsky, L. (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. México: Grijalbo.
- Watson, D. & Friend, R. (1969) Measurement of social evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol*; 33:448-457.
- Weissmann, P. (2003). Concepciones sobre la adolescencia en la Argentina en los albores del siglo XX. *Temas de Historia de la Psiquiatría*. Argentina. Buenos Aires: Polemos.
- Williams, D. & Mohammed, S. (2013) Racism and health I: pathways and scientific evidence. *Am Behav Sci*; 57:1152e73.
- Williams, H. (1935). A factor analysis of Beme's social behavior in young children. *Journal of Experimental Education*. 4, 142-146.
- Wilson, J. & Rapee, M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 19. 245-274.
- Wolpe J. (1958) *Psicotherapy by reciprocal inhibition*. San Francisco: Standford University Press.
- Wolpe, J. (1971). Neurotic Depression: Experimental Analogy, Clinical Syndromes, and Treatment. *American Journal of Psychotherapy*. 25, 362-368.
- Young, J. (2003). *Young Parenting Inventory (YPI)*. Disponible en: [www.schematherapy.com/id205.htm](http://www.schematherapy.com/id205.htm)
- Zanini, D. & Forns, M. (2005). Afrontamiento de problemas, personalidad y malestar psicológico en adolescentes. Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. 123-146. España: Ciencia y técnica.
- Zavala, M., Valadez, M. & Vargas, M. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6 (2), 319-338. Disponible en:
- Zigler, E. & Phillips, L. (1962). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65: 215-223.
- Zigler, E. & Trickett, P. (1978). IQ, Social Competence, and Evaluation of Early Childhood Intervention Programs. *American Psychologist*. 33(9), 789-798.
- Zubeidat, I., Fernández, A. & Sierra, J. (2005) *Ansiedad y Fobia Social: Revisión de los Autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil*. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.
- Zubeidat, I., Fernández, A., & Sierra, J. (2005). *Ansiedad Social específica y generalizada en jóvenes*. Editorial de la Universidad de Granada. ISBN: 84-338-3413-4.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. & Salinas, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social ya otras psicopatologías en adolescentes. *Salud mental*, 31(3), 189-196.

# ANEXOS

**CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS (CASO-A30)**  
(Caballo, Salazar, Irrutia, Arias y Equipo de Investigación CISO-A, 2010)

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

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

**Grado de malestar, tensión o nerviosismo**

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

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

1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	1	2	3	4	5
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	1	2	3	4	5
3. Hablar en público	1	2	3	4	5
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	1	2	3	4	5
5. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	1	2	3	4	5
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5
7. Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
8. Hablar con alguien y que no me preste atención	1	2	3	4	5
9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
10. Hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	1	2	3	4	5
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
14. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	1	2	3	4	5
15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	1	2	3	4	5
16. Que me gasten una broma en público	1	2	3	4	5
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	1	2	3	4	5
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	1	2	3	4	5
21. Equivocarme delante de la gente	1	2	3	4	5
22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	1	2	3	4	5
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	1	2	3	4	5
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal	1	2	3	4	5
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	1	2	3	4	5
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	1	2	3	4	5
27. Sacar a bailar a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
28. Que me critiquen	1	2	3	4	5
29. Hablar con un superior o una persona con autoridad	1	2	3	4	5
30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO BREVE DE PRÁCTICAS PARENTALES (VERSIÓN PARA HIJOS)

Marca la opción que mejor se adecue a tu situación:

- 1 Nunca
- 2 Pocas Veces
- 3 Algunas Veces
- 4 Muchas Veces
- 5 Siempre

EP1. Mis padres me motivan a hablar con ellos de mis problemas	1	2	3	4	5
EP2. Mis padres me disciplinan por medio del castigo más que usando la razón	1	2	3	4	5
EP5. Mis padres me felicitan cuando me porto bien	1	2	3	4	5
EP9. Mis padres muestran comprensión (empatía) cuando me encuentro herido(a) o frustrado(a)	1	2	3	4	5
EP10. Mis padres me castigan quitándome privilegios con poca o ninguna explicación	1	2	3	4	5
EP12. Mis padres me brindan confianza y entendimiento cuando me encuentro triste	1	2	3	4	5
EP13. Mis padres me gritan o rezongan cuando me porto mal	1	2	3	4	5
EP17. Mis padres me ofenden y critican para que mejore	1	2	3	4	5
EP19. Mis padres me jalan (o jalonean) con fuerza cuando soy desobediente	1	2	3	4	5
EP21. Mis padres están atentos a mis deseos y necesidades	1	2	3	4	5
EP23. Mis padres discuten conmigo	1	2	3	4	5
EP25. Mis padres me explican las razones de las reglas que deben ser obedecidas	1	2	3	4	5
EP26. Mis padres se preocupan más de sus sentimientos que de los míos	1	2	3	4	5
EP27. Mis padres me dicen que aprecian mis logros o intentos de lograr algo	1	2	3	4	5
EP29. Mis padres me motivan a que hable acerca de las consecuencias de mis propias acciones	1	2	3	4	5
EP32. Mis padres explotan en enojo conmigo	1	2	3	4	5
EP33. Mis padres se dan cuenta de mis problemas y preocupaciones de la escuela (o trabajo)	1	2	3	4	5
EP35. Mis padres me expresan afecto con abrazos o besos	1	2	3	4	5
EP37. Mis padres emplean el castigo físico como una manera de disciplinarme	1	2	3	4	5
EP42. Mis padres hablan y razonan conmigo cuando me porto mal	1	2	3	4	5
EP43. Mis padres me dan una cachetada cuando me porto mal	1	2	3	4	5
EP48. Mis padres me animan a que libremente exprese lo que siento cuando no estoy de acuerdo con ellos	1	2	3	4	5
EP50. Mis padres me ofenden y critican cuando no hago bien lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5
EP51. Mis padres respetan mis opiniones ayudándome a que las exprese	1	2	3	4	5
EP53. Mis padres me explican cómo se sienten con mi buena o mala conducta	1	2	3	4	5
EP54. Mis padres me amenazan con castigarme con poca o ninguna justificación	1	2	3	4	5
EP56. Cuando pregunto a mis padres por qué tengo que hacer algo, me contestan que porque ellos lo dicen o porque es mi mamá (o papá) o porque así lo quieren	1	2	3	4	5
EP59. Mis padres me exigen que haga las cosas	1	2	3	4	5
EP61. Mis padres me jalan (jalonean) cuando soy desobediente	1	2	3	4	5
EP62. Mis padres me explican las razones de las reglas (de la casa)	1	2	3	4	5



## ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL PARTE COGNITIVA (EMES-C) (Caballo, 1997)

El siguiente inventario se ha diseñado para proporcionar información sobre algunos pensamientos que puedes tener de vez en cuando. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección:

4: Siempre o muy a menudo; 3: Habitualmente o a menudo; 2: Algunas veces; 1: Raramente; 0: Nunca o muy raramente

1. Temo llamar la atención en una reunión de grupo aunque con ello exprese mis opiniones personales
2. Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decírselo directa y claramente
3. Temo expresar opiniones personales en grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente
4. Pienso que si no estoy seguro(a) de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría meter la pata
5. Me preocupa que el expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causarles una mala impresión
6. Temo la desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando están aprovechando de mí
7. Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos(as) cuando sé que no se encuentran de humor
8. Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos(as) que aceptarlos y poder causar una impresión negativa
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que él/ella me critiquen
11. Temo hablar en público por miedo hacer el ridículo
12. Me importa bastante la impresión que cause a las personas del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos
13. Me preocupa hacer una escena cuando defiendiendo mis derechos personales antes mis padres
14. He pensado que tenía de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos(as)
15. Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación
16. He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo hayan pedido
17. Temo expresar cariño hacia mis padres
18. Me preocupa hablar en público por temas a lo que los demás puedan pensar en mí
19. Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo
20. He estado preocupado/ sobre que pensarían las otras personas de mí si defiendiendo mis derechos frente a ellos
21. Cuando expreso mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación
22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería dar cumplidos tan a menudo
23. He pensado que cuando una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona
24. Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados
25. Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta
26. Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí
27. Me inquieta hablar en público por miedo a parecer incompetente
28. Temo rachar las peticiones que provienen de mis padres
29. Me importa bastante el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos(as) cuando expreso mi afecto hacia ellos/as
31. Me preocupa lo que piensa la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho
32. He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer
33. Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables solo puede esperar malas contestaciones
35. Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser una manera de conocer a esa persona
36. Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso mi cariño
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as probablemente dé lugar a situaciones violentas
38. Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un(a) adulator(a)
39. El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable
40. Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal
41. Temo que la gente me critique
42. Me preocupa notablemente que al expresar sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión
43. Si pido favores a personas que no conozco o conozco muy poco temo causarles una impresión negativa
44. Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto

**EMES-C**  
**(Hoja de respuestas)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Por favor, lee atentamente cada pregunta y marca con una equis (X) en la casilla correspondiente la contestación que describe más adecuadamente tu forma de pensar:

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1	0	1	2	3	4
2	0	1	2	3	4
3	0	1	2	3	4
4	0	1	2	3	4
5	0	1	2	3	4
6	0	1	2	3	4
7	0	1	2	3	4
8	0	1	2	3	4
9	0	1	2	3	4
10	0	1	2	3	4
11	0	1	2	3	4
12	0	1	2	3	4
13	0	1	2	3	4
14	0	1	2	3	4
15	0	1	2	3	4
16	0	1	2	3	4
17	0	1	2	3	4
18	0	1	2	3	4
19	0	1	2	3	4
20	0	1	2	3	4
21	0	1	2	3	4
22	0	1	2	3	4
23	0	1	2	3	4
24	0	1	2	3	4
25	0	1	2	3	4
26	0	1	2	3	4
27	0	1	2	3	4
28	0	1	2	3	4
29	0	1	2	3	4
30	0	1	2	3	4
31	0	1	2	3	4
32	0	1	2	3	4
33	0	1	2	3	4
34	0	1	2	3	4
35	0	1	2	3	4
36	0	1	2	3	4
37	0	1	2	3	4
38	0	1	2	3	4
39	0	1	2	3	4
40	0	1	2	3	4
41	0	1	2	3	4
42	0	1	2	3	4
43	0	1	2	3	4
44	0	1	2	3	4